



Memorias Encuentro Internacional de Salud Intercultural

Proyecto Embera Wera - Risaralda

26,27 y 28
Julio 2010



Dachi Joma
Todos Unidos

Encuentro Internacional de Salud Intercultural



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF-

Elvira Forero Hernández
Directora General

Mauricio Hernando Canal Rojas.
Director de Prevención (e)

Equipo Técnico Nacional de Asuntos Étnicos

Henry Matallana Torres
Jefe Oficina de Comunicaciones

Grupo Multimodales de Comunicación

Consejo Regional Indígena de Risaralda – CRIR-

Gilberto Nacavera
Consejero Mayor Consejo Regional Indígena de Risaralda – CRIR-

Norfilia Caízales Tazón
Consejera

Alberto Emilio Wazorna Bernaza
Consejero

Diosdado Guapacha
Consejero

Wilmar Nacavera Nacavera
Consejero

David Cardona Cardona
Consejero

Barlaán Díaz Ibarra
Consejero

Jorge Augusto Arce Guarumo
Enlace CRIR para la CARDER
Corporación Autónoma Regional de Risaralda –CARDER-

Jorge Ulicer Vélez Osorio
Apoyo CRIR para ejecución de proyectos

Gobernación de Risaralda

Víctor Manuel Tamayo- Gobernador

Equipo de Campo Proyecto Embera Wera

Jesús Julián Piedrahita Montes
Antropólogo

Ancizar Hiupa
Líder Indígena

Magda Liliana Delgado Becerra
Trabajadora Social

Nancy Haydeé Millán Echeverría
Coordinadora general del proyecto en terreno

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Tania Patriota
Representante

Lucy Wartenberg
Representante Auxiliar

Esmeralda Ruiz González
Asesora en Género y Derechos

Unidad de Comunicaciones

Programa Integral contra Violencias de Género MDG/F

Flor María Díaz
Coordinadora General

María Teresa Duque Orrego
Especialista en Políticas Públicas

Organización Internacional para las Migraciones –OIM en convenio con USAID.

Marcelo Pisani
Jefe de Misión

Comité de edición de las memorias

Fabian André Daccarett- ICBF
Diana Catalina Buitrago- UNFPA
María Teresa Duque MDG/F
Nathalie Rengifo - MDG/F
Aliva Diez -OIM

Diagramación y diseño

Escala

Fotografías

Freddy Martín Cabarcas

Bogotá, Julio de 2011

ISBN

978-958-8735-06-1

Esta publicación se realizó en el marco del Convenio 196 suscrito el 31 de diciembre de 2009, entre el ICBF y la OIM con los aportes de UNFPA y MDG/F, como parte del Plan Anual de Trabajo 2010 del Proyecto Embera Wera, concertado con las Autoridades Indígenas Embera de Pueblo Rico, Mistrató y el CRIR –Consejo Regional Indígena de Risaralda-



CONTENIDO

Agradecimientos	6
Presentación	8
Instalación	12
- Martín Siagama, Consejero Mayor del CRIR.....	12
- Javier Darío Marulanda Gómez. Secretario de Salud de Risaralda.....	13
- Flor María Díaz, Coordinadora del programa Integral contra Violencias de Género MDG/F	15
- Martha Liliana Huertas. Directora de Prevención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.....	18
- Norfilia Caizales, Consejera del Área de Mujer y Familia del Consejo Regional Indígena de Risaralda –CRIR.....	20
- Tania Patriota, Representante del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA.....	22
- Gina Carrioni. Coordinadora Grupo Asuntos Étnicos y Género de la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social.....	24
I. Marco conceptual sobre diálogo intercultural en salud. Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil. Roberto Campos, Universidad Autónoma de México.....	27
II. Panel 1: La salud indígena y el Pueblo Embera de Risaralda. Modera Jorge Vélez del CRIR y Hernán Quintero, Oficial de Educación y Asuntos Étnicos de OIM.....	36

1.1. Avance del proceso en salud de los pueblos indígenas en Colombia, Álvaro Piranga Cruz. Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC.....**36**

1.2. Avance de la situación de salud propia de los pueblos indígenas en Risaralda, Jorge Arce. Consejo Regional Indígena de Risaralda - CRIR. Colombia.....**39**

1.3. Proyecto Embera Wera – La salud de las mujeres Embera. Norfilia Caizales. CRIR.....**43**

III. Panel 2: Experiencias de salud intercultural en Colombia: vida en pareja y salud de las mujeres. Modera Jorge Vélez del CRIR y Judith Sarmiento.....48

2.1 Experiencia del pueblo indígena Kankuamo, Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. Donaldo Francisco Maestre.....**48**

2.2 Experiencia de salud intercultural en trabajo con parteras. Hospital de Mistrató, Risaralda. Colombia. Yiriam Carvajal.....**51**

2.3 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento del Cauca (Colombia). Alcides Musse.....**54**

2.4 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento del Valle (Colombia). Guillermo Ipiá Medina.....**58**

2.5 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento de Caldas (Colombia) Marleny Tapasco y Aurora Motato.....**60**

IV. Panel 3: Experiencias de salud intercultural en otros países. Modera Jorge Vélez del CRIR y Gina Carrioni. Ministerio de la Protección Social.....65

3.1 Experiencia en la construcción de los modelos de salud intercultural. Lily Rodríguez. UNFPA Ecuador.....**65**

3.2 Normas en salud intercultural, a partir de una experiencia local. Causa Nanchispa. Yolanda Vargas. Bolivia.....**69**

3.3 Atención a la salud sexual y reproductiva, y a la violencia familiar en comunidades indígenas de alta marginación. Elsa Santos, UNFPA México.....**74**

3.4 Programa y retos para construir un modelo intercultural e instrumentos de monitoreo y referencia comunitaria. Delfina Ruedas y Carmen Ríos, UNFPA Panamá.....**77**

V. Panel 4: La salud de las mujeres y la vida en pareja. El desafío intercultural. Modera Lucy Wartenberg, Representante Auxiliar de UNFPA.....85

4.1. Relatoría “Las parteras y el sistema nacional de salud y el Sumak Kawsay”. Myriam Conejo. Ministerio de Salud Pública, Ecuador.....**85**

4.2. Adecuación cultural de los servicios de salud: desarrollo de herramientas para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos para la reducción de la mortalidad materna en comunidades indígenas. Lucy del Carpio, MINSA, Perú.....**87**

4.3. La experiencia de trabajo desde una comunidad organizada para reducir las demoras que causan las muertes maternas. Mayra Arena. Panamá.....**91**

4.4. Mortalidad Materna y Perinatal: Retos para su disminución. Rafael Borda. Ministerio de la Protección Social. Colombia.....**96**

VI. Resultados sobre Minutas diferenciales y alimentos autóctonos. Alba Victoria Serina. Dirección de Prevención, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF..... 102

VII. La Ablación Genital Femenina, porqué es considerada en el mundo como una violencia contra la mujer y un asunto de derechos humanos. Lecciones aprendidas. Naffisatou Diop, Experta UNFPA New York..... 106

VIII. Reflexiones de los grupos de trabajo..... 114

1. Parteras como guardianas de la cultura.....**114**

2. La espiritualidad indígena medicina tradicional.....**117**

3. La salud intercultural un desafío posible.....**121**

IX. Conclusiones y recomendaciones generales del encuentro..... 128

1. La salud intercultural: conceptos, avances y desafíos.....**128**

2. Políticas públicas y salud Intercultural.....**130**

3. Derechos de las mujeres y salud intercultural. Retos de la interculturalidad en la superación de prácticas tradicionales y la violencia contra la mujer.....**132**

Agradecimientos

Esta publicación fue posible gracias a la dedicación y el esfuerzo de un equipo interinstitucional de funcionarios integrado por Fabián André Daccarett del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, Diana Catalina Buitrago del Fondo de Población de Naciones Unidas –UNFPA-, Nathalie Rengifo y María Teresa Duque del Programa Integral contra Violencias de Género –MDGF-, y Áлива Diez de la Organización Internacional para la Migraciones –OIM-.

Extendemos también un agradecimiento especial a todos los ponentes del seminario por autorizar la publicación de sus disertaciones.

Finalmente, merece una mención especial Diana Catalina Buitrago, quién tuvo a su cargo la coordinación general de estas memorias.



Presentación

TODOS UNIDOS – DACHI JOMA –

Sabemos que tenemos diferencias en la atención del embarazo y el parto, pero siendo mujeres, esas diferencias no deberían ser tan profundas, por ello considero que con un esfuerzo de ustedes y nosotros podremos alcanzar un equilibrio entre dos pensamientos que en teoría son diferentes, para que en la práctica estas diferencias no sean tan profundas.

Norfilia Caizales, Consejera CRIR

Esta frase expresa con gran precisión el objetivo del “Encuentro Internacional de Salud Intercultural” que se realizó del 26 al 28 de julio de 2010 en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, Colombia, en el cual autoridades indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, el Consejo Regional Indígena de Risaralda –CRIR-, parteras, jaibanás, yerbateros y representantes indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, Cauca, Valle y Caldas; junto a instituciones del orden nacional, departamental, municipal y de cooperación internacional; y expertos de otros países de la región compartieron experiencias y saberes sobre medicina tradicional y occidental para mejorar la salud y la vida de las mujeres indígenas.

Durante tres días, con la participación exclusiva de las y los indígenas en el primero de ellos, se dio un intercambio enriquecedor sobre diferentes concepciones acerca de la salud y la enfermedad, así como de experiencias exitosas que han demostrado la complementariedad de estos saberes a partir del reconocimiento y el respeto de las diferencias. Para los pueblos indígenas la salud está relacionada con el equilibrio, se inscribe en la relación del ser humano con la naturaleza y hace parte de un todo.

El encuentro puso de presente los retos para que el conocimiento milenario pueda dialogar con los avances de occidente, así como la necesidad de que la medicina occidental se adecúe y asuma cambios que reconozcan otras miradas del mundo.



También se presentaron experiencias y políticas institucionales que incluyen las prácticas ancestrales y la importancia del papel de las parteras en México, Perú, Bolivia y Ecuador. Temas como atención del parto vertical, la entrega de la placenta para ser enterrada y las bebidas tradicionales durante el embarazo, entre otros, fueron socializadas durante el Encuentro.

Con estas experiencias internacionales se demostró cómo la flexibilización de los servicios de salud occidentales facilita el acceso de las mujeres indígenas a la salud, evita la mortalidad materna y mejora los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Una de las actividades destacadas del encuentro fue la presentación por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del libro *Salud intercultural y derechos, claves para la reconstrucción del Sumak-Kawsay- Buen Vivir*, producto del esfuerzo conjunto del ministerio y el Fondo de Población de Naciones Unidas y del Organismo Andino de Salud.

El libro recoge las ponencias presentadas en el Seminario Internacional sobre Interculturalidad y Derechos, realizado en noviembre de 2009 en Quito, acerca de las discusiones actuales en América Latina sobre la necesidad de abordar la interculturalidad desde las políticas públicas (especialmente las relacionadas a la salud) y la transformación que ello implica para el Estado y las políticas de salud intercultural.

El encuentro contribuyó a profundizar la reflexión del pueblo Embera, de sus autoridades, y especialmente de sus parteras en relación con la erradicación de la práctica de la ablación o mutilación genital femenina – A/MGF-decisión que el pueblo Embera hizo pública meses después¹.

El seminario también dejó en evidencia los grandes retos que se tienen en Colombia en cuanto a la implementación de servicios y políticas de salud interculturales y el camino que falta recorrer para lograr el reconocimiento y el respeto de los derechos de las mujeres indígenas.

¹ El pueblo Embera de Mistrató y Pueblo Rico tomó la decisión definitiva de erradicar la práctica de la ablación genital femenina en las asambleas generales llevadas a cabo en el mes de septiembre de 2010.

Con la publicación de las memorias del encuentro realizado en el marco del proyecto Embera Wera², se busca promover la salud y los derechos reproductivos de las mujeres embera, y transformar prácticas nocivas para la vida y la integridad de las mismas, especialmente la práctica de la ablación genital femenina, y abrir un espacio de reflexión para la sociedad colombiana que muestre nuevos caminos que reconozcan e integren las diferentes culturas en pro de las mujeres indígenas del territorio nacional.

ELVIRA FORERO HERNÁNDEZ

Directora Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-.

GILBERTO NACAVERA

Consejero Mayor Consejo Regional Indígena de Risaralda – CRIR-.

TANIA PATRIOTA

Representante Fondo de Población de Naciones Unidas –UNFPA-.

FLOR MARÍA DÍAZ CHALARCA

Coordinadora Programa Integral contra Violencias de Género –MDGF-.

MARCELO PISANI

Jefe de Misión, Organización Internacional para las Migraciones –OIM-.

VICTOR MANULE TAMAYO

Gobernador de Risaralda

² El proyecto Embera Wera es adelantado desde finales del año 2007 por el pueblo Embera de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), acompañados por el Consejo Regional Indígena de Risaralda –CRIR- en asocio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-, el Programa Integral contra Violencias de Género del Fondo para los Objetivos de Desarrollo del Milenio –MDGF- y la Organización Internacional para las Migraciones –OIM- entidad que participó en el marco del Convenio ⁰⁹⁶ suscrito entre el ICBF y esa entidad. Así mismo el proyecto Embera Wera cuenta con la participación de la Mesa Interinstitucional Central, en la cual participan el Ministerio del Interior y Justicia, el Ministerio de la Protección Social, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y con el acompañamiento de la Gobernación de Risaralda la Asamblea Departamental de Risaralda y las alcaldías de Pueblo Rico y Mistrató. Para el Encuentro Internacional de Salud, OIM participó con los aportes de USAID.



Tania Patriota

Secretaria de Estado de Relaciones Exteriores

UNO 13

Instalación

Martín Siagama. Consejero Mayor del CRIR.

Buenos días para todas las autoridades tradicionales, líderes y sabios de nuestro pueblo embera y de las demás comunidades indígenas de otros departamentos o países que nos acompañan en este encuentro. Reciban un saludo de bienvenida también los representantes de instituciones que se encuentran aquí presentes.

Para nosotros como pueblo embera es muy importante contar con la presencia de todos y todas ustedes en esta minga por la salud porque es la forma en que podremos compartir las experiencias y conocimientos frente a nuestros usos y costumbres ancestrales en salud. Además de permitirnos establecer un diálogo con la medicina occidental donde reconozcamos otros conocimientos y pensamientos para que se mejore la salud de nuestra población.

Para nuestros sabios y mayores, la salud es un equilibrio o armonía entre el espíritu, el cuerpo y la naturaleza (madre tierra), es la posibilidad de tener fuerza para realizar el trabajo diario, para poderse recrear y para alimentarse adecuadamente. Es estar bien con uno mismo y con lo que nos rodea, principalmente con el territorio. Mientras que la enfermedad es todo aquello que produce tristeza, aburrimiento, dificultad para trabajar en el monte, debilidad, falta de apetito, es cuando el territorio no produce buenos frutos debido a los químicos o al conflicto armado.

Teniendo presente esta definición, el intercambio que podamos realizar en este evento, permitirá el análisis del estado actual de nuestra medicina tradicional y de la salud de nuestro pueblo, del reconocimiento de nuestra sabiduría tanto al interior de las comunidades como por parte de la medicina occidental porque en los dos casos estamos identificando una fuerte crisis.

En primer lugar, los jóvenes no se están formando para heredar estos conocimientos y cada vez desconocen más a nuestros mayores. En segundo lugar, algunos aprendices comienzan a brindar atención a la población sin haber tenido los suficientes conocimientos y tiempo de formación para proteger esa vida.



Esta situación se nos está presentando por ejemplo, en el caso de las parteras. Y es aquí donde quisiera mencionar la importancia que tienen para nosotros las parteras porque son ellas quienes nos han ayudado a tener nuestros hijos, son las que han orientado a las mujeres, enseñándoles los cuidados durante el embarazo, después del parto. Son sabias que se esfuerzan por ir a dónde las llamen sin importar la distancia, la hora en que deban ir atender el parto, haciendo largas caminatas que pueden durar de 3 a 6 horas.

Sin embargo, su trabajo y esfuerzo no ha sido valorado por las instituciones, ellas tienen necesidades que no pueden cubrir porque no reciben pago por su trabajo. También llamo la atención a las parteras aprendices para que sigan preparándose por más tiempo porque no se puede brindar una atención sin tener los suficientes conocimientos de nuestras mayores pues esto pone en riesgo la vida de nuestros futuros hijos.

En tercer lugar, sentimos que la medicina occidental no tiene en cuenta nuestros conocimientos, de los jaibanás, de los médicos tradicionales, los cuales han permitido que sobrevivamos durante muchos años, salvando vidas, recuperando la armonía entre el cuerpo, el espíritu y la naturaleza.

Por esto, agradezco la presencia de los compañeros de otros países quienes se han sumado a esta construcción conjunta ya que ellos nos pueden guiar para buscar alternativas para mejorar la articulación entre medicina tradicional y medicina occidental y para fortalecer nuestros conocimientos propios, que nos puedan aportar en la forma como ellos y sus países han logrado ampliar cobertura y calidad en la prestación del servicio de salud, evitando así la enfermedad y la muerte de niños, niñas, hombres, mujeres, ancianos y ancianas de nuestro pueblo embera.

Es así como deseo que nuestro dios Karagabí nos muestre el camino para que entre todos, unidos, construyamos un camino donde la palabra de cada uno sea un escalón para llegar al objetivo final.

Javier Darío Marulanda Gómez. **Secretario de Salud de Risaralda.**

Reciban una calurosa bienvenida, un abrazo de todo corazón y un saludo de paz a toda la comunidad Emberá que nos acompaña en el día de hoy y a los representantes de las diferentes organizaciones internacionales.

Para el Dr. Manuel Tamayo, quien por motivos de trabajo no nos ha podido acompañar en el día de hoy, ustedes como comunidad Embera han sido muy importantes y creo que eso se ha sentido a través de la presencia de esta administración en las diferentes comunidades del Departamento.

La Gobernación quisiera agradecerles por esta invitación y saludar a la mesa principal, a todas la autoridades que nos acompañan en el día de hoy, y, de manera especial, a todo el pueblo Emberá Risaraldense (parteras, Jaibanas, yerbateros; promotores de salud de los cabildos, líderes y líderes), servidores públicos, compañeros del sector salud, médicos, paramédicos, enfermeras de las diferentes instituciones; IPS prestadores del servicio de salud y EPS de comunidades Indígenas.

Queremos saludar también a los funcionarios de la administración departamental y municipal, a las Secretarías del Gobierno de Desarrollo social y Salud del Departamento; al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quien ha sido gestor y promotor de este tipo de actividades y quien del mismo modo, nos ha acompañado en cada uno de los retos que hemos emprendido con la comunidad indígena. Por último, quisiéramos saludar al Ministerio de la Protección Social, que de por sí sé que no es el único ni el último que gestionará, promoverá e impulsará este tipo de proyectos y al Consejo Regional Indígena de Risaralda- C.R.I.R - y a los gobernadores indígenas, con quienes nos hemos reunido en varias ocasiones para hablar del plan de vida, los problemas de salud del pueblo Embera y para tratar de encontrar soluciones en conjunto.

Desde la Gobernación, hemos avanzado en algunos temas, en otros aún no, por lo que esperamos que este encuentro internacional de salud intercultural nos ayude a forjar espacios en los que podamos lograr encontrar soluciones concertadas, teniendo en cuenta que tenemos objetivos en común como es la salud de la población y metas que nos unen.

Queremos agradecer toda la disposición que han tenido en las diferentes actividades en las que hemos participado, tales como brigadas de salud y actividades puntuales de formación y capacitación. Como Secretario de Salud, quiero reconocer y agradecer el gran corazón y la apertura que ha tenido el pueblo Embera, especialmente, en el último año y medio.

Hemos trabajado en el programa *AIEPI³, en el cual muchos de ustedes se han formado y se han capacitado. Tan solo llevamos un año de implementación; pero es una herramienta de respuesta a la alta mortalidad entre los niños y niñas pertenecientes a población indígena de nuestro departamento, cuyos índices eran muy elevados y este año, han disminuido.

³El AIEPI " La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI" es una estrategia nacional que permite reconocer enfermedades prevalentes en la infancia como enfermedades respiratorias y diarreicas.



Hemos trabajado también con ustedes y con los Jaibanás, con los que hemos ejecutado el programa ampliado de inmunización y vacunación; programa que hasta ahora no había sido posible realizar por no haber podido llegar a concertar esas jornadas de vacunación. Hoy en día la población indígena, aunque no tiene la cobertura total, ya está empezando a tener cobertura en vacunación.

También es necesario resaltar la labor de las parteras, con quienes hemos estado trabajando desde el Municipio de Pueblo Rico, procurando no violentar los escenarios de la vida diaria ni mucho menos la cultura; tratando de respetarnos en cada uno de los espacios donde se ponen en práctica las dos técnicas medicinales ya que ambas son respetables y ambas tienen resultados positivos demostrables.

Del mismo modo, nuestro objetivo es ponernos de acuerdo en cuales han sido las fortalezas que tienen las prácticas occidentales y las prácticas tradicionales. Creo que hemos logrado tener puntos de encuentro, promover el acercamiento y poder fortalecer el proceso a través de experiencias y con medicina basada en evidencias. La muestra de esto son ustedes mismos, su estado es producto de tradiciones realizadas desde hace muchos años; cuyos resultados y efectos validan sus utilidades. Así mismo, cabe destacar que la medicina occidental, la que practicamos nosotros, tiene otro tipo de validación, y que pese a que no es la verdad absoluta, puede servirles.

Si logramos ponernos de acuerdo en fusionar muchas de las actividades por el bien común de la comunidad Embera y del pueblo Risaraldense y de la ciudadanía en general, podemos lograr grandes objetivos.

Flor María Diaz. **Coordinadora del programa Integral** **contra Violencias de Género MDG/F**

Colombia es un país pluri-étnico y multicultural, reconocido así en la Constitución Política. El proyecto Embera Wera, que significa “Mujer emberá”, trabaja desde marzo de 2007 con las autoridades del Consejo Regional Indígena de Risaralda y los resguardos, de Pueblo Rico y Mistrató.

El proyecto Embera Wera es desarrollado a partir de reconocer que todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres constituyen un asunto de derechos humanos.



El proyecto trabaja para potenciar los derechos de las mujeres y fortalecer su salud integral, con el fin de asegurar que todas las mujeres sean tratadas con dignidad y respeto y que ninguna niña Emberá muera o enferme a causa de la ablación.

Como antecedente y principio fundamental de este proyecto, quisiera resaltar que este proceso es un ejemplo muy claro de la coordinación y confrontación de múltiples visiones del mundo; de diferentes competencias e intereses institucionales, de diferentes mandatos de autoridades y agencias; y, sobre todo, es un ejemplo de grandes y permanente esfuerzos por entender, aprender y construir a partir del reconocimiento y del respeto del otro y de las diferencias.

En Marzo del 2007, con la noticia de la muerte de un niña Embera a causa de la práctica de la ablación genital, la Defensoría del Pueblo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNPFA, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, el Consejo Regional Indígena de Risaralda-CRIR, los Cabildos Indígenas de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico y la comunidad Embera; se unieron para analizar la situación en materia de salud y de los derechos de las mujeres Embera con el objetivo de avanzar en un proceso de transformación hacia la radicación de la ablación genital femenina .

Se constituyó entonces la mesa interinstitucional central, un escenario de coordinación y de articulación nacional sobre el tema, como una estrategia dirigida a asegurar que el trabajo garantizara la sensibilidad a la cultura Embera y que se hiciera en el marco de un dialogo fluido y organizado, tanto con las autoridades como con el pueblo Embera. Se entregaron al mismo tiempo las diferentes competencias iniciales y aportes de la cooperación y se dio inicio al trabajo.

Quisiera destacar que a esta mesa se han ido sumado paulatinamente otros actores institucionales. Estos son, por parte del Estado: el Ministerio del Interior y Justicia, el Ministerio de la Protección Social, y la Procuraduría. Además, se unieron autoridades de la región como la Gobernación de Risaralda, la Asamblea Departamental y las Alcaldías de Pueblo Rico y Mistrató.

Desde el 2009, nos hemos vinculado como Programa Integral contra Violencias de Género del Fondo español para los Objetivos de Desarrollo del Milenio-MDG/F; en el cual participamos la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, en representación del Gobierno Nacional y en asociación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNPFA y la Organización Internacional para las Migraciones-OIM, organismos internacionales promotores de este proyecto.



Es desde la mesa interinstitucional central, donde se coordinan todas las acciones y todas las decisiones relacionadas con el proyecto, obviamente con la participación de las autoridades indígenas y de la comunidad. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, es hoy en día y desde hace varios meses, la instancia coordinadora de dicha mesa. Este es un proyecto que hemos procurado desarrollar con un enfoque sensible a la cultura, que parte de conocer a las personas como sujetos de derechos y bajo la concepción de que las comunidades tienen también la capacidad de transformar prácticas que ponen en riesgo su vida, su salud, su integridad y la supervivencia misma de los pueblos.

Podemos afirmar que a lo largo de este tiempo, hemos estado en diálogo permanente y hemos construido confianza, especialmente en materia de derechos de salud sexual y reproductiva; particularmente en lo que tiene que ver con la proyección de la violencia contra las mujeres: violencia doméstica, violencia y explotación sexual y erradicación de la práctica de la ablación genital, mediante un proceso de reflexión propio de las mujeres Emberá.

Quiero reconocer en voz alta, que tanto las autoridades indígenas como las mujeres y la comunidad entera, han asumido este proceso con toda seriedad y compromiso. Por lo cual, el nuestro como instituciones y como agencias de cooperación, ha sido básicamente el de aliadas para apoyarles y acompañarles en cada proceso.

Reconocer también el trabajo del Consejo Regional de su área de mujer, a las mujeres líderes Emberá, quienes desde el inicio han participado como protagonistas de esta historia. A cada una de ellas, quienes nos han acompañado de manera tan especial le doy nuestro agradecimiento.

Finalmente agradecer al equipo de terreno, a Nancy Millán, coordinadora general; a Magda, Julián, Gilberto y Myriam. Todos ellos junto con muchos otros más, en especial de la mesa nacional; han sido fundamentales en esta tarea que adelantamos y que todavía estamos en proceso de consolidación.

También el reconocimiento especial al consejero Alberto Wazorna, una persona clave que ha ayudado a construir puentes entre estos dos mundos que enfrentamos hoy.

Este encuentro internacional de salud intercultural, constituye una oportunidad única y espléndida, para avanzar en este diálogo de cosmogonías, en el cual con una mente abierta por parte de cada uno de los participantes podemos entender y conocer otras formas de hacer lo que hacemos, otras miradas del mundo y de mejorar especialmente lo que nos corresponde en materia de la salud de nuestros pueblos.



Martha Liliana Huertas.
Directora de Prevención
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF-.

Soy portadora de un cálido mensaje de paz y de afecto, de parte de nuestra Directora General, la doctora Elvira Forero Hernández, y de todos los servidores públicos que trabajan en pro de las comunidades indígenas aquí representadas.

Desde el año 2002, cuando asumió la presidencia de la República el doctor Álvaro Uribe Vélez; los temas de infancia se convirtieron en temas de políticas de Estado y de seguridad nacional, con énfasis en comunidades de desplazados, indígenas afro colombianos, y con logros muy significativos en cobertura, inversión y calidad de vida. Es una especie de sueños y retos que se ven traducidos en la realidad, en hechos evidentes a favor de las comunidades más necesitadas y de quienes habitan en zonas remotas de nuestra geografía.

En esta región de Colombia: Risaralda, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- ha desarrollado estrategias de prevención, atención y protección para las comunidades vulnerables; con un énfasis muy grande en el fortalecimiento de los derechos humanos de todas las comunidades Emberá Chami y Emberá Katío y, especialmente, de todos sus niños y mujeres.

El Gobierno Nacional muestra especial interés por la situación presentada en las familias indígenas del país y las incluye en la filosofía de inversión social con sentido de equidad; con políticas claves y acciones contundentes, en todo el margen de prevención y protección, en los derechos de los niños de las niñas y de los adolescentes.

Conscientes de toda esta diversidad étnica cultural del país, el ICBF desarrolla y aplica una política de atención diferencial a grupos étnicos. En ese marco de atención diferencial, el Instituto lleva a cabo minutas alimentarias, teniendo en cuenta los patrones y las costumbres alimentarias de cada una de las comunidades. Además, realiza una acción muy importante en materia de salud y nutrición como es la estrategia de los centros de recuperación nutricional que ha evitado más de 40.000 muertes en niños menores de 5 años en el país. Esta estrategia se ha implementado en el Departamento de Risaralda con la comunidad Embera, aquí en Mistrató y Pueblo Rico y también en comunidades como la Awa, en Nariño. Esto evidencia avances muy importantes en todas las acciones de atención, por el enfoque diferencial que hacemos a todas las comunidades.

Desde el 2007, cuando el ICBF empezó a liderar la aproximación del Estado a las comunidades Embera Chami y Embera Katío de Risaralda, y a partir de la detección por parte del sistema total de salud de una muy importante y particular atención que se le hace a las mujeres; se han evidenciado casos de problemas relacionados con complicaciones en la práctica tradicional, llamada “ablación o mutilación genital”, práctica que las parteras realizan en estas comunidades

Aunque esta práctica hace parte de un sistema de códigos culturales que tiende a retomar roles y estatus de la organización y estructura social Embera, el Gobierno Nacional considera que, aunque procede de su sistema de sus creencias, esta práctica afecta el derecho a la integridad del cuerpo, en un concepto contemplado por la sentencia T349 de 1997 de la Corte Constitucional.

Estos principios constitucionales, se deben respetar por encima de las diferencias culturales que existen entre los diferentes grupos humanos; debido a un consenso internacional por la protección de los derechos que está por encima de los valores universales.

Por esta razón, y con el fin de lograr un proceso de reflexión que lleve a la erradicación de la práctica; hemos realizado un acompañamiento permanente por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desde la sede nacional así como desde la dirección regional, con todo nuestro equipo y a través de nuestros aliados de la cooperación internacional.

Este proceso constituye un ejemplo de concertación y diálogo entre pares, articulado permanentemente con las autoridades tradicionales de los cabildos Embera, del Consejo Regional Indígena de Risaralda, el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-, el Programa Integral contra Violencias de Género –MDG-F- y la Organización Internacional de las Migraciones -OIM; el cual, ha permitido que se posicione en la comunidad la figura de la mujer como líder, el respeto a sus derechos y la suspensión de la práctica de la ablación.

Hoy nuevamente, queremos lograr renovar nuestros compromisos como colombianos, como servidores públicos con todos los niños y adolescentes de Colombia y muy especialmente con nuestras comunidades indígenas.

Queremos que todos nuestros compatriotas, sean gestores de paz, gestores de felicidad; y que nuestras comunidades indígenas gocen de respeto y confianza, para que progrese en una tierra que realmente nos pertenece a todos.

Norfilia Caizales.

Consejera del Área de Mujer y Familia

Consejo Regional Indígena de Risaralda –CRIR.

Doy un saludo fraternal a mis autoridades, nuestros sabios, sabias, mayores y mayores, líderes y lideresas del pueblo embera, así como a todos nuestros hermanos indígenas de otros países y otros departamentos. También saludo a las instituciones que están participando de este evento.

Quisiera aprovechar este espacio para compartir con ustedes la experiencia que hemos tenido de trabajo con el proyecto Embera Wera en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico. En primer lugar, quiero resaltar que a través de este proyecto las mujeres de estos dos municipios nos hemos fortalecido como lideresas, hemos aprendido a participar más en las reuniones internas y en los espacios institucionales. Antes nosotros no hablábamos por pena, o por temor, ahora sabemos que somos capaces, que nuestro conocimiento es importante y que podemos aportar en la construcción organizativa de nuestro pueblo.

En segundo lugar, quiero resaltar la colaboración de nuestras autoridades indígenas porque nos han permitido y apoyado en este crecimiento como mujeres embera. Desde que está el proyecto, las autoridades nos han ayudado e invitado a participar más en los espacios de toma de decisiones. Nos han facilitado espacios de reunión para que las mujeres podamos analizar nuestra situación y han compartido con nosotras estos espacios, ayudándonos, tanto hombres como mujeres, a encontrar la forma de mejorar nuestra condición, de recuperar la armonía entre hombres y mujeres que ancestralmente había en nuestro territorio, como nos lo enseñó nuestro dios Karagabí.

En tercer lugar, las mujeres hemos aprendido muchas cosas sobre nuestra ley de origen, sobre nuestros derechos, sobre educación, salud, territorio, política organizativa a través del proyecto ya que nuestras autoridades indígenas y las instituciones comprendieron que la mejor manera para fortalecer nuestros derechos como mujeres es hacerlo a través de una formación integral ya que es la forma en que nosotros como indígenas entendemos el mundo.

Algo muy importante con el proyecto Embera Wera, es que nos ha ayudado a cuestionarnos, a reflexionar sobre algunas prácticas, usos y costumbres propios que hemos tenido durante mucho tiempo pero que están afectando nuestros derechos como mujeres y como pueblo embera, como es el caso de la ablación o curación, o de castigos o sanciones que discriminan a la mujer.



En cuanto a la salud propia, el proyecto facilitó espacios de reflexión para analizar la situación que estamos viviendo tanto al interior de las comunidades como por la relación con la medicina occidental

El proyecto Embera Wera también facilitó el trabajo con jóvenes, quienes antes no tenían un espacio propio pues según nuestros ancestros uno pasa de ser niño a ser adulto, sin embargo, actualmente los muchachos y muchachas que están entre los 12 a los 16 años quieren hablar de sus temas, de la forma de tener familia, de la ley de origen, del derecho mayor y esto se logró el año pasado a través del proyecto.

También ha sido importante el apoyo que el mencionado proyecto ha brindado al área de mujer y familia del Consejo Regional de Autoridades Indígenas de Risaralda, a quien represento desde el año pasado, pues ayudaron a la anterior consejera Solany Zapata a participar en reuniones nacionales e internacionales para representarnos como pueblo embera. Así también ha sido durante este año, ya que me han apoyado para representar a las mujeres embera en reuniones nacionales para que las instituciones conozcan nuestra situación y nos puedan apoyar.

Por último, quiero mencionar como un gran avance de nuestro pueblo embera, el mandato de mujeres que realizamos el año pasado, con apoyo del proyecto embera wera. Nos reunimos más de 500 mujeres de los siete municipios que están aquí presentes para analizar la situación de nuestro pueblo, desde nuestro pensamiento como mujeres, para aportar en nuestra autonomía, en el fortalecimiento organizativo pero también para recuperar los derechos que como mujeres hemos ido perdiendo desde la presencia española en nuestro territorio. Este mandato ha sido estudiado por todas las mujeres, por las autoridades propias y estamos poco a poco buscando espacios de análisis para que podamos actuar frente a todo lo que se escribió allí, en el marco de nuestra autonomía.

Quiero terminar solicitando a las instituciones que nos sigan apoyando, que continuemos el trabajo durante el 2011 y que apoyemos a los otros 5 municipios donde no se ha podido avanzar en el tema de los derechos de las mujeres. Queremos seguir trabajando unidos, todos juntos así como nos invita a todos este importante evento.



Tania Patriota. **Representante del Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA.**

Distinguidos invitados y participantes del pueblo Embera y de otras comunidades indígenas, como representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, quisiera empezar diciendo que me siento muy honrada con la oportunidad de participar en un proceso con tantas lecciones aprendidas, con tantos avances y logros, productos de la coordinación y concertación que han comentado antes Flor María y Norfilia.

En primer lugar, quiero mencionar que el derecho a la cultura y el derecho a la salud merecen para nosotros el mayor respeto y atención. En efecto, la salud es un derecho y un deber individual y colectivo en el ámbito social cultural y espiritual.

Siguiendo estos conceptos, quisiera mencionar algunos elementos que agregan valor al proceso Embera Wera y que plantean al mismo tiempo desafíos permanentes en el trabajo por hacer.

En este orden de ideas, es importante mencionar como un elemento central la resistencia al cambio, que está instalada en todas las culturas; pero que solo es visible para nosotros en la cultura de los demás. La cultura en su dinámica histórica para cada persona y para cada pueblo, es algo que se apropia tanto que parece natural, pero ya hemos visto que se puede transformar; particularmente cuando se trata de cambiar algunas cosas que identificamos como riesgos o amenazas para la salud o la vida.

Aquí el desafío, está en lograr elevar el nivel de reflexión de un pueblo sobre una situación determinada hasta que el pueblo en su conjunto, sus autoridades y cada miembro de la comunidad, entienda y decida en su vida cotidiana que un comportamiento o una práctica causa daño y que aunque esto lleva tiempo, es posible lograrlo.

En virtud de lo anterior, tenemos que los diálogos interculturales no son lineales sino generalmente circulares y eventualmente progresivos; lo que quiero decir es que mantener un diálogo franco, con la mente abierta con el ánimo de construir entre tantas personas con diferentes comprensiones y visiones del mundo no es fácil, pero es, sin duda, necesario en todos los procesos en que interviene el ser humano.

Consideramos fundamental mantener y fortalecer los escenarios de diálogos de la mesa interinstitucional central, de esta mesa con las autoridades departamentales, municipales y el pueblo Embera y de las autoridades Embera con su pueblo.

En este diálogo, garantizar la voz de las mujeres Embera resulta absolutamente fundamental. Un importante desafío es sin duda, fortalecer la participación de las mujeres Embera en los procesos organizativos de sus comunidades; para lo cual el proyecto y las autoridades indígenas y territoriales, debemos responder a la solicitud de establecer la escuela de formación de mujeres en los resguardos. En esta escuela se abordaran temas como la ley y origen, los derechos, la prevención de la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva, entre otros.

Un desafío adicional, es el de fortalecer el área de mujer y familia del Consejo Regional, en torno al mandato del segundo encuentro de mujeres Emberá. Del mismo modo, es una tarea importante promover que todos los niños y niñas Embera vayan a la escuela y trabajar por erradicar todas las formas de violencia contra la mujer. Estas son leyes de la propuesta que las mujeres Embera han ido construyendo, un desafío que convoca el esfuerzo conjunto de las autoridades nacionales departamentales, municipales e indígenas.

Es una necesidad consolidar el Plan de Salvaguarda, ordenado en el Auto 04 de la Corte Constitucional; de manera que se garantice al pueblo Embera, un entorno que facilite el cambio en una perspectiva de respeto cultural, salud integral, educación, seguridad alimentaria, saneamiento básico ambiental y oportunidades productivas. Consideramos como un desafío central para el pueblo Emberá de Risaralda, unido al proyecto Embera Wera, una meta para sus autoridades y para sus mujeres, el asegurar que cada mujer Embera sea tratada con dignidad y respeto y que ninguna de sus niñas enferme o muera a causa de la práctica de la ablación.

Para el Ministerio de la Protección Social, esperamos que este encuentro le sea un insumo importante para considerar el desarrollo de una política de salud Intercultural. Para terminar, quisiera resaltar la importancia de la reunión que hoy convoca a diferentes pueblos en torno al tema de la salud; lo cual considero una oportunidad de aprendizaje mutuo que abre nuevos entendimientos y saberes para seguir construyendo mejores condiciones de vida para nuestros pueblos.

Gina Carrioni.
Coordinadora Grupo Asuntos Étnicos y Género
Dirección General de Promoción Social del Ministerio de
la Protección Social.

En nombre del Doctor Carlos Ignacio Cuervo, Viceministro de Salud y Bienestar, y del grupo que lidero en el Ministerio de la Protección Social, un cordial saludo a todos los asistentes y a cada una de las instituciones que representan.

Un especial agradecimiento al UNFPA, al ICBF y al CRIR, que nos hicieron partícipes de tan importante evento. A la Secretaria Departamental de Salud, por su decidido apoyo y compromiso, y a mis compañeros del Ministerio que me acompañan aquí el día de hoy.

El señor Viceministro se excusa por no poder acompañarnos el día de hoy, pero como ustedes saben empieza un nuevo gobierno y él se encuentra en el proceso de empalme con el gobierno que comienza a partir del 7 de agosto.

Cuando hablamos de salud intercultural, en el marco de lo que concebimos como interculturalidad, es porque estamos reconociendo que por lo menos hay dos sistemas de salud que están interactuando. Por un lado hay sistema de salud que hemos llamado occidental, alopático, facultativo o como lo quieran llamar en los distintos países, y por otro lado, hay unos sistemas de salud propios de los pueblos indígenas y de las poblaciones afrocolombianas.

Pero estas relaciones que se han establecido entre estos dos sistemas de salud no han sido iguales sino que han sido unas relaciones de imposición y de dominación; como decía Martín, del no reconocimiento del otro.

Justamente cuando hablamos de salud intercultural, es porque queremos modificar esas relaciones; porque queremos generar unas relaciones de respeto y mutuo reconocimiento. Reconocimiento de que existe una medicina tradicional, que existen personas que la practican y que, además, existen unas parteras que cumplen una función fundamental dentro de la medicina tradicional.

Precisamente desde el Ministerio, venimos hace varios años tratando de lograr ese objetivo y lo hemos venido haciendo con los mismos pueblos indígenas; por eso los temas que nos ocupan en el día de hoy y mañana, como decía la representante del Fondo de Población, se convierten en un insumo fundamental en este proceso en el que estamos trabajando con los indígenas.



Pero la salud intercultural va más allá de eso, el tema de las relaciones de pareja, como lo llaman los Embera, de salud sexual y reproductiva y de la función de las parteras; es un elemento más dentro de lo que tenemos que trabajar en el marco de la salud intercultural.

Tenemos que trabajar con miras a generar unas políticas públicas al reconocimiento de la salud intercultural, tenemos que formar personal tanto de los pueblos indígenas y de las poblaciones afrocolombianas, como no indígenas y no afros, para trabajar en salud intercultural.

Tenemos que hacer investigación sobre la medicina tradicional, y reconocer el papel de todos los actores que trabajan en la medicina tradicional, y eso es un trabajo de gran envergadura. Desde el Ministerio, y eso lo saben los pueblos indígenas muchos de los cuales están aquí presentes, tenemos toda la disposición de hacerlo independientemente del Gobierno que esté, porque esto es una política de Estado y va mucho más allá de un gobierno.

Por lo cual, invito a todos para que aprovechemos este espacio e intercambiamos todos nuestros conocimientos, para que pongamos al servicio del otro todo ese conocimiento y saber que tenemos y así logremos el objetivo del encuentro que nos invita en el día de hoy.

A todos muchas gracias, a los amigos que nos volvemos a encontrar de otros países Miryam y Roberto, un gusto de volverlos a ver. A los compañeros de las IPS y EPS indígenas, a las organizaciones, las alcaldías municipales y especialmente al pueblo Embera.



ernacion
tercultur
ra Wera - Risar



I. Marco conceptual sobre diálogo intercultural en salud.

Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Roberto Campos
Universidad Autónoma de México⁴.

El intercambio respetuoso de saberes y de prácticas que debemos tener entre médicos académicos y médicos indígenas en América Latina es una cuestión fundamental que debe comenzar a fructificar en nuestros países con una conformación multiétnica y pluricultural.

Antes de iniciar esta conferencia solicito permiso a las compañeras parteras y en especial a los jaibanás aquí presentes, e igual a mis colegas doctores para expresar mi palabra. En mi país los compañeros indígenas realizan una ritualidad a la Madre Tierra y piden permiso a sus mayores para comunicar sus ideas y preocupaciones. Yo también quiero -con humildad- pedir permiso para tomar la palabra.

Primero, quiero compartirles mi experiencia con Doña Rosita, una curandera mexicana que me curó espiritualmente de un accidente que tuve a finales del año pasado cuando fui asaltado y una bala entró en la parte de atrás de mi rodilla derecha y viví una situación de violencia, miedo y susto. El tratamiento inicial que se hizo fue la revisión médica académica, puesto que había hemorragia y debíamos verificar si estaba dañada la arteria, ya que de ser así, podía morir desangrado. Afortunadamente no estaba dañada, y regresé a México con una bala calibre 22 en mi interior, pero me faltaba la curación espiritual, y la curación de susto fue precisamente hecha por Doña Rosita, quien me haría el tratamiento para retornar nuevamente el alma en mi persona. Finalmente, la bala se movió y cayó en la articulación, tuvimos la necesidad de sacarla mediante una operación quirúrgica mediante la medicina académica, dentro de un hospital. Con todo este relato lo que quiero decir, es que es posible utilizar de manera complementaria ambas medicinas, y así se ha hecho desde que ambas medicinas coexisten.

⁴ Asesor de la Comisión Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud, profesor y médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México y aprendiz de curandero.

Por esto, y por muchas otras razones que expondré más adelante, para mí es tan importante el diálogo intercultural, porque finalmente es la articulación efectiva entre la medicina académica y la medicina tradicional indígena.

México, al igual que Colombia, es una nación multiétnica y pluricultural, tiene muchos grupos indígenas y muchas culturas. Esa diversidad de grupos hace que se parezca a la pluriétnicidad de Colombia. La diversidad de grupos en México queda reflejado en los pueblos originarios que van desde los rarámuris y guarijíos de Chihuahua en el norte del país, hasta los Lacandones del sur, los Tzeltales de Tenejapa (también en Chiapas) en la frontera con Guatemala; incluyendo los grupos mestizos de Campeche, los jarocho de Veracruz, y del resto del país, más los migrantes extranjeros que han llegado en los últimos doscientos años de vida republicana independiente, cuyos descendientes son ahora también ciudadanos mexicanos. Hay elementos comunes de identidad nacional y lo que nos une a la mayoría de mexicanos, (que también se van a dar cuenta que los une a ustedes los embera), es un cultivo alimentario, el cultivo del maíz. El maíz es parte de lo que nos une e identifica a los mexicanos, por ser parte fundamental de nuestra alimentación básica.

Para entrar en el tema de este Encuentro, deseo hacerlo con la palabra de los indígenas chiapanecos que se reunieron en 1974 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, quienes expresaron sus problemas y preocupaciones con respecto a la atención de los problemas indígenas de salud.

Ellos expresaron lo siguiente:

“Tenemos por un lado la medicina tradicional de hierbas y por el otro lado la medicina de los doctores”. Vamos a presentar cada una de ellas:

- *“ Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo, no hablan la lengua indígena, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor, y así, aunque sea buen médico, no nos puede curar, por eso no le tenemos confianza a los doctores ”.*
- *“ Ellos no se preparan para tratarnos, si nos enfermamos somos de segunda categoría, además la medicina de ellos es un negocio, a veces solo tenemos dinero para pagar la ficha pero no la medicina y además venden una medicina de mala calidad ”.*
- *“ En cambio la medicina de hierbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias, sabemos que de las hierbas sacan pastillas, pero nadie estudia nuestras hierbas, para que nos digan cuales son buenas y para qué; y entre nosotros solamente unos pocos conocen las hierbas y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de hierbas es buena ”.*



Luego de decir esto vienen las soluciones que ellos proponen:

En primer lugar exponen que:

1. *“Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros”. Y es cierto, en las universidades no enseñan cómo tratar con el compañero indígena”*
2. *“Que los doctores, (los médicos de bata blanca), nos traten como gente, nos traten como humanos, y que aprendan nuestra lengua”.*
3. *“Que los doctores conozcan la medicina tradicional”.*

Hasta aquí la cita textual de los hermanos indígenas chiapanecos, que veinte años más tarde en 1994 expresarían nuevamente su voz, esta vez acompañada de un movimiento armado.

Cuando aquí ellos dicen que los médicos conozcan la medicina tradicional, no solamente es conocerla, si no también reconocerla, valorarla y respetarla.

De tal modo, que si uno trata de entender la medicina tradicional, necesariamente tiene que meterse uno dentro de ella, y contamos con recursos humanos, recursos materiales y simbólicos, así como procedimientos y maniobras especiales.

Dentro de los recursos humanos en materia de medicinas tradicionales son ustedes, las madres de familia, las mujeres sencillas que saben de hierbas medicinales, que saben hacer tratamientos caseros; que son parteras; que son sobadores, sacerdotes, curadores jaibanas...son las personas que conservan en la memoria colectiva las estrategias de supervivencia.

También están los recursos materiales y simbólicos, las limpias, las plantas medicinales que están en todos nuestros países, que sirven para curar diversas enfermedades. Las veladoras líquidas, que sirven para la curación, el temascal que es un baño de vapor de origen prehispánico que sigue existiendo. Pero también están ahora las cuestiones simbólicas y los mexicanos somos también dados a ellas. Así en la Ciudad de México se encuentra la Basílica de la Virgen de Guadalupe y las peticiones de protección son incontables, y ello también interviene en las curaciones, aunque los médicos académicos estén haciendo intervenciones quirúrgicas, el paciente y los familiares van a rogarle a la Virgen de Guadalupe que los salve, y cuando han salido bien, los votos de agradecimiento son muestra de esta religiosidad que ayuda a la gente a salir adelante.

Además, están los procedimientos manuales: están los masajes, el uso de la sábila; el uso de ventosas para poder curar ciertas enfermedades musculares; también encontramos las protecciones y prevenciones, por ejemplo para el mal del ojo o la curación cuando una persona pierde el alma, entonces requiere de una curación para recuperar el alma y se le hace mediante un ritual que es muy especial, se llama a la persona por su nombre. También para ver cosas que ni la medicina académica las sabe ni las piensa, que es la cuestión de la brujería.

Para todo esto sirve y es útil la medicina indígena tradicional.

En México, nuestros médicos indígenas a partir de finales de los años 80, se fueron reuniendo, primero en forma local, luego regional, hasta tener un primer Congreso Nacional en Oaxtepec, Morelos en 1989 y dos años más tarde en 1991 formaron un Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, en donde indígenas como doña Rosita, han estado dando su palabra en reuniones nacionales e internacionales (en San José de Costa Rica; en Winnipeg, Canadá; en Nueva York, etc.). Ellos se siguen reuniendo, por que están dando su palabra para poder exigir sus derechos y han formado centros de desarrollo de la medicina indígena con el apoyo de gobiernos pasados.

Entonces estamos hablando de que hay un derecho indígena a la salud, en donde existen instrumentos nacionales, pero también internacionales. De los internacionales está el Convenio 169 de la OIT, el cual es de gran importancia, ya que el artículo 25 de este convenio, defiende todos los intereses de la medicina tradicional:

“Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”

Y este Convenio es de observancia legal, porque cuando una nación lo firma y lo ratifica, tiene la misma calidad que la Constitución, que es el máximo estatuto jurídico de nuestros respectivos países. México y Colombia ya lo han firmado y ratificado, y por tanto, tiene una calidad jurídica de primer orden, cuyo incumplimiento conlleva a denuncias por parte de los pueblos originarios.

Otro instrumento, es la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos Indígenas apenas emitido en 2007 y donde se dice textualmente:



Artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Artículo 25:

Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado de otra forma y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras.

Como se podrá observar en los dos artículos existe un pleno apoyo a las medicinas indígenas, sin menoscabo de que los enfermos indígenas tengan el derecho de utilizar la medicina académica que se ofrece en las instituciones de salud.

Por otra parte, como instrumentos a nivel nacional se encuentran las constituciones. En el caso de México, precisamente por la presión zapatista en Chiapas, el gobierno tuvo que modificar y reformar artículos de la Constitución para dar cabida a las peticiones de los indígenas. En 2001 el gobierno reconoció la medicina indígena tradicional.

En el artículo segundo de la Constitución mexicana, se establece el reconocimiento a la medicina tradicional y dice:

“Para abatir carencias y rezagos que afectan a las comunidades indígenas, las autoridades federales, estatales y municipales; tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional”.

Y en el Diario Oficial de la Federación en septiembre de 2006, aparecen las reformas a la Ley General de Salud donde el artículo 93 dice que el Estado mexicano reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena.

¿Qué significa esto? Significa que hay que hacer cambios, y, aunque cuesta trabajo, se pueden lograr.

Algunos ejemplos de salud intercultural en nuestra América

En las últimas dos décadas se han experimentado modificaciones en las instituciones académicas y de servicios de salud, que antes hubieran sido catalogadas como simples utopías.

En toda América Latina existen cursos de salud intercultural, espacios donde les enseñamos a los futuros médicos que hay que reconocer, valorar y respetar a los médicos indígenas.

- Un ejemplo son los estudiantes de medicina de mi Universidad, de un lado podemos observar a los estudiantes de la UNAM y del otro lado, el acompañamiento de los papás. A estos estudiantes se les enseña acerca de las plantas medicinales, examinando plantas que muchas veces ni conocen. Y también podemos ver a los papás que están dando su palabra y que están enseñando a sus propios hijos estudiantes de medicina, sobre la utilidad de las plantas medicinales. Con ello, los estudiantes de medicina, se dan cuenta que sus papás no son ignorantes, que sí tienen conocimiento sobre las plantas medicinales y que esos recursos fueron usados cuando ellos eran niños.

- En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace más de quince años se viene dando un curso monográfico de medicina tradicional y uso de plantas medicinales, donde médicos y enfermeras aprenden lo que nunca les fue enseñado en las escuelas y facultades. Se trata de un curso teórico pero también práctico donde los profesionales de la salud aprenden a respetar los saberes y las prácticas de los médicos tradicionales.

- Cursos de capacitación y sensibilización sobre las medicinas indígenas tradicionales se han realizado en México, Panamá, Bolivia, Perú, Argentina, con asistencia de trabajadores de la salud, docentes universitarios, médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos y otros profesionistas relacionados con la atención médica.

- Adecuaciones en servicios de salud, como la atención hospitalaria del parto a la manera indígena. Ponemos el ejemplo del Hospital de Patacamaya, un poblado intermedio entre La Paz y Oruro, que en forma reciente ha construido –además de la sala médica para la atención del parto–, una habitación más para atender a las mujeres indígenas aymaras que los soliciten, donde se permite la entrada de familiares (especialmente el esposo), se facilita que la mujer parturienta adopte la posición que le sea más cómoda, donde el espacio está pintado con colores “cálidos”, la cama es baja, las colchas de muchos colores, las sábanas coloradas, el piso de madera, cuenta con estufa para brindar comida y bebidas calientes, se ofrecen tizanas con hierbas medicinales, y la atención del parto



se pretende que sean las propias parteras quienes los atiendan (con el pago correspondiente), y en caso de complicación el envío inmediato al espacio médico occidental que está –prácticamente- a un lado, con presencia de especialista gineco-obstetra. En este sentido pensamos que un parto normal es parto que debe ser atendido por una partera tradicional. Hasta ahora hay excelentes resultados. Ejemplos semejantes se están realizando en Chile, Perú y Ecuador.

- En otro sentido, tenemos la experiencia chilena, donde los propios indígenas mapuches están dirigiendo y administrando espacios hospitalarios. Es el caso pionero de Makewe, y ahora el Complejo de Salud Intercultural de Nueva Imperial, donde está el hospital occidental y junto el Centro de Medicina Mapuche. Por otra parte, en Chile se inicia la inclusión de un personal bilingüe que no solamente funciona como traductor e intérprete al servicio de médicos y pacientes, sino que se convierte en un activo comunicador de ambas culturas. Son los llamados “facilitadores interculturales” quienes apoyan y orientan a los enfermos indígenas en los intrincados y laberínticos espacios hospitalarios.

- Los “facilitadores interculturales” han sido retomados en varios hospitales de Bolivia, de Perú, pero donde han tenido un crecimiento rápido y vertiginoso ha sido en la República Bolivariana de Venezuela. Liderados por una médica epidemióloga de origen wayuu, se ha logrado que más de 20 hospitales que atienden población indígena tengan este servicio de facilitación intercultural con resultados muy positivos, en especial en el hospital más grande de Venezuela ubicado en Maracaibo, donde la Oficina de Salud Indígena del Hospital Universitario comenzó apenas con tres facilitadores y ahora son más de veinticinco, extendiendo sus servicios por todas las secciones donde se requiere desde urgencias hasta maternidad y pediatría.

- Todo este cúmulo de experiencias andinas, por fortuna, se han canalizado de manera institucional mediante la creación de la Comisión Andina de Salud Intercultural dependiente del Organismo Andino de Salud, que es una instancia de asesoría de los ministerios de salud del área. Desde 2005 mantiene actividades de promoción, desarrollo y aplicación de programas de salud con enfoque intercultural en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

- Aunque no forma parte del Organismo Andino de Salud, Argentina tiene también indígenas en su región andina, y los grupos originarios ubicados en regiones del noroeste (Tucumán, Salta, Jujuy) pero también del sur (en especial mapuches) están implementando proyectos de salud intercultural. En el caso del Noroeste argentino se empezaron a reunir desde el 2007 y existe un genuino interés por establecer políticas de interrelación con las instituciones de salud. Hasta ahora los resultados son alentadores.



Con todos estos ejemplos, deseamos que aquí en Colombia se establezca este diálogo y comunicación intercultural. No se trata de únicamente de establecer una relación amistosa y respetuosa entre colegas de la medicina occidental y de la medicina indígena tradicional, sino de establecer vínculos para lograr el abatimiento de la mortalidad materna e infantil, de enfrentar con un sólido bloque, el embate de las enfermedades en general. Iniciar el diálogo intercultural, significa articularnos, significa que tengamos el don de expresar la palabra pero también de saber escucharla. Y saber escuchar no se hace mediante la fuerza ni con la violencia, sino con el permanente diálogo intercultural donde nos reconozcamos, valoremos y respetemos.





II. Panel 1: La salud indígena y el Pueblo Embera de Risaralda.

**Modera. Jorge Vélez del CRIR y Hernán Quintero
Oficial de Educación y Asuntos Étnicos de OIM.**

1.1 Avance del proceso en salud de los pueblos indígenas en Colombia,

Álvaro Piranga Cruz⁵. Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC.

En este espacio es bueno tocar desde el marco de la sostenibilidad del conocimiento ancestral, el conocimiento tradicional de cada uno de los pueblos indígenas en Colombia; pero también un foco centralizado desde el proceso del pueblo indígena Embera. Por eso creemos que a partir de este espacio de reflexión, debemos construir entre todos, a partir del conocimiento de los pueblos indígenas: individual y colectivamente; para así de este modo aportar en la construcción de la salud, no solamente de los pueblos indígenas, sino también para toda la humanidad.

Por eso, es importante tener una visión mucho más amplia, desde la cosmovisión, desde el conocimiento de la medicina tradicional; la cual nos lleva a despertar mucho más de lo que hoy se quiere construir a partir de la constitucionalidad. Por eso nosotros decimos que la salud, no puede ser construida desde la institucionalidad sino desde los conocimientos ancestrales de cada uno de los pueblos.

Quisiera compartir un mensaje que dice: *“La pobreza debe ser en sí misma, una violación de los derechos humanos básicos. La falta de salud, la pobreza cultural, la desigualdad económica, la discriminación y desconocimiento de los derechos fundamentales, de los pueblos indígenas y de género; la degradación medioambiental, la globalización de la economía y la persistencia de regímenes totalitarios, constituyen algunos de los factores de riesgo para el estallido de conflictos armados y por consiguiente la violación de los derechos humanos de la población.”*

⁵ Consejero de la Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.



Pese a los tratados internacionales, a los planes de salvaguarda, de respeto a los colectivos más vulnerables, como la mujer, los niños y los ancianos; la realidad arroja cifras crecientes de refugiados, desplazados internos y personas a quienes les han sido vulnerados sus derechos más elementales.

El respeto de las convenciones internacionales, que protegen los derechos fundamentales, es el paso previo para asegurar una vida digna a todos los seres humanos y un estado de bienestar donde el disfrute de los derechos básicos de las personas, sea una realidad.

Para hablar de la salud en Colombia, debemos ver los factores que afectan en el proceso desde la enfermedad misma de los indígenas, como también la falta de territorio, la desnutrición, el asistencialismo, la presencia de los actores armados, elementos que nos impiden visitar sitios sagrados; falta de oportunidades que estimulan el trabajo en los cultivos ilícitos, pérdida de identidad, debilitamiento de la gobernabilidad de los territorios indígenas, baja disponibilidad de saneamiento básico y agua potable, como consecuencia del daño ambiental.

Con esto, quiero resumir de manera global sobre la problemática de la salud de los pueblos indígenas en Colombia que se suma al desconocimiento del Estado en relación a la magnitud de la problemática de la salud de los pueblos indígenas.

En cuanto a la medicina tradicional podemos expresar que la fortaleza de la identidad, direcciona nuestro camino a seguir; es el centro de la vida y la defensa del territorio y es la principal extensión de la resistencia de los pueblos indígenas.

Por esto, a partir del conocimiento tradicional ofrecemos respeto a los médicos tradicionales, a las parteras, a aquellos compañeros que con su iniciativa o nuestra herencia, practican la medicina tradicional. Esa es nuestra manera de pervivir, esa es la resistencia de los pueblos, porque acá si hablamos de la salud, estamos hablando de un todo, estamos hablando de territorio; pues ahí es donde están las plantas medicinales, ahí es donde están los sitios sagrados, ahí es donde está la selva; y allí se encuentra también la cosmovisión del mundo indígena.

Pero también, si hablamos de la salud estamos hablando de la educación propia, incentivar la salud desde la educación, formando a nuestros aprendices como médicos tradicionales. Ahí es donde está la educación propia, donde enseñamos los conocimientos tradicionales para que sigamos perviviendo como pueblo.

También allí está la autonomía de los pueblos indígenas, donde si hablamos de las creencias, si hablamos de nuestra forma de salvar la vida desde nuestros conocimientos tradicionales estamos hablando de la salvación no solamente de los pueblos indígenas, sino también de la humanidad.

De esta manera, encontramos factores en Colombia, que frente al impacto de la ley 100, donde fácilmente se confunde, una ley sin consulta para los pueblos indígenas, donde se violan los derechos fundamentales, un sistema para enfermos, que ha generado divisiones en las comunidades indígenas.

Podemos hablar de una política pública que la mayoría de las veces es un sistema económico. Por ejemplo si un indígena llega a un centro de salud o a un hospital, muchas veces no los atienden porque no les pagan. A las entidades no les importa la salud de los indígenas, lo que les interesa es la satisfacción económica. Por eso entendemos que la salud pública, desde la institucionalidad, desconoce los derechos fundamentales de los pueblos indígenas.

De igual manera, para evaluar un poco este proceso de la salud, hoy dentro de los pueblos indígenas de Colombia, y por ende el comportamiento de la salud al interior de las comunidades, desde la práctica de la medicina tradicional y como se están presentando las peticiones de la salud pública por parte de las instituciones competentes, respecto a la inclusión social y a la garantía de derechos, el problema tiene que ver necesariamente, analizando la actual situación en Colombia, con el conflicto armado y el respeto a la vida individual tanto como colectiva.

También tiene que ver mucho con el fenómeno de desplazamiento de los pueblos indígenas a las ciudades, la afectación al territorio, la globalización y el calentamiento global y son factores que del mismo modo y en gran manera han causado el debilitamiento de la salud de los pueblos indígenas.

Creo que este es un espacio no solamente para reflexionar y analizar a nivel interno, sino también para mirar un poco más hacia fuera.

La salud no es solamente salvar la humanidad, si no también salvar nuestros territorios, nuestro medio ambiente; que desde los pueblos indígenas va ser un aporte significativo, para que el punto globalizador, el punto desde donde hoy se está dando el calentamiento global, se puedan dar las posibilidades de los conocimientos ancestrales, que los pueblos indígenas podemos aportar para la salvación de la humanidad.

Por ello desde esta perspectiva, desde este nuevo reto que hoy asumimos, desde la medicina tradicional, que es nuestra fortaleza y de las comunidades, debemos aportar para la salvación de todos y para todos.



1.2 Avance de la situación de salud propia de los pueblos indígenas en Risaralda.

Jorge Arce . Consejo Regional Indígena de Risaralda - CRIR. Colombia

Esta es una pequeña descripción frente al tema de lo que queremos y de lo que proponemos, el avance de la creación del modelo propio de salud de comunidades indígenas Embera Chami y Embera Katío de Risaralda, teniendo en cuenta que en Risaralda tenemos las dos etnias.

Una de las preguntas que hemos hecho es, ¿qué es la salud para nosotros? La salud para nosotros es el equilibrio entre el hombre y la mujer, el espíritu y la naturaleza. Esta es la base que nos da para decir qué significado tiene para las instituciones la salud, y es así donde entramos en la discusión. Para el mundo occidental, la salud tiene otro significado, pero para el mundo del pueblo indígena el significado son unas condiciones de equilibrio entre el hombre, la mujer, el espíritu y la naturaleza.

En cuanto a la ubicación de los pueblos de las comunidades indígenas Embera Chami y Emberá Katío de Risaralda, se encuentran ubicadas en ciertos municipios del departamento con una población aproximada de 26.800 indígenas; los cuales se encuentran ubicados en los municipios de Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Guática, Marsella, Belén de Umbría y Pereira.

Constituidos con tres parcialidades indígenas y dos asentamientos semiurbanos; ubicados en el departamento de la siguiente manera: en el municipio de Mistrató existe el gran resguardo Embera Chamí y los resguardos de la Loma Citabará. En el municipio de Guática existe la comunidad indígena Embera Chami, con 296 familias y 1560 problemas aproximadamente, es la estadística, pero tenemos nuevas informaciones que se irán complementando.

En el municipio de Quinchía, existen las comunidades indígenas Emberá Chami, con un total de 7.000 indígenas aproximadamente. También tenemos en el municipio de Marsella, la comunidad indígena del resguardo Suratena y la comunidad indígena Alto Mira, con una población aproximada de 1.300 indígenas Emberá Chami.

El municipio de Pueblo Rico el gran resguardo unificado sobre el río San Juan con una población aproximada de 1.600 indígenas.

⁶ Consejero del Consejo Regional Indígena de Risaralda - CRIR.

También de Belén de Umbría, la comunidad de Flor del Monte (asentamiento semiurbano); también en Pereira la comunidad indígena del cabildo, formado con una población aproximada de 300 indígenas provenientes de los diferentes municipios.

El territorio para el pueblo indígena Emberá Chami es origen de la vida, el agua como elemento fundamental; la identidad, la autonomía, la ley de origen; la interculturalidad, principios, lugar donde nacimos; armonía, la casa grande, persistencia, orgullo indígena, pensamiento, libertad, biodiversidad, y fuego como elemento de la vida.

La salud desde la mirada indígena del pueblo Embera Chami y Katío de Risaralda

Desde la creación de los seres vivos: humanos, animales y demás; siempre ha existido la salud, pero también ha existido la enfermedad dentro de los pueblos indígenas. Como pobladores milenarios dentro de los territorios siempre ha existido quien cure la enfermedad o quien practique la curación, y quien ayude a mantener el equilibrio en la naturaleza.

Los indígenas como parte de la misma naturaleza, tenemos nuestras propias formas de curación y nuestros propios entes que la practican, a ellos se refieren con el nombre de médicos tradicionales. Así mismo como la naturaleza tiene sus propias formas de curarse, el hombre también tiene las suyas, por eso el concepto de que la salud es el equilibrio entre el hombre y la naturaleza.

Los médicos tradicionales cumplen con la función que le ha encaminado nuestro dios Karagabí, que es el inicio de la cosmovisión del pueblo indígena.

¿Quiénes son los médicos tradicionales?

Como su nombre lo dice, son los médicos que han adquirido el don de curar las demás personas de la comunidad, que por algún motivo han adquirido alguna enfermedad. La discusión original es que los que hoy existen vienen de una tradición, que por miles de años se ha conservado según sus costumbres.

¿Cómo se denominan los médicos tradicionales?

Los médicos tradicionales se caracterizan de acuerdo con su responsabilidad, grado y capacidad de atender las enfermedades, los podemos mencionar de la siguiente manera:

- El Jaibaná, es uno de los médicos de mayor reconocimiento dentro de la cultura indígena Embera Chami y Katío. Su función es la de curar enfermedades relacionadas con el tema espiritual.



- El yerbatero, que utiliza el poder que el maestro espiritual, el dios Karagabí le ha dado a las plantas, para que haga su aporte en la curación de las enfermedades.
- El sobandero: su función es la de atender los casos de dolor en las articulaciones del cuerpo, descomposturas, desgarres musculares o golpes. Los maestros sobanderos también utilizan el poder de plantas para curar esta clase de dificultades del cuerpo.
- La partera: como su nombre lo dice, es la médica encargada de atender los embarazos desde el momento de la gestación, hasta el momento del parto.

Durante el proceso de gestación se deben tener cuidados con la criatura dentro del vientre y es la partera la que cumple estas funciones. Así también, las parteras se apoyan en plantas medicinales como también en algunos animales.

La salud desde la parte espiritual:

Alrededor de lo que vemos, es decir lo visible, existe lo invisible, que es más fuerte que lo que vemos; y en la medicina tradicional de los pueblos indígenas Embera la parte espiritual es la base fundamental para la práctica medicinal.

Alrededor de nosotros se mueve todo lo espiritual, lo que es bueno y también lo que es malo y así como se tiene el don de curar, también existe la posibilidad de enfermar. En la cultura de nosotros existen los buenos, que su propósito es el de curar a los demás hermanos en el cumplimiento del don que dios les da.

Así mismo, existe quienes se aprovechan de su poder para causar la enfermedad de algún paciente, pero esa es una función contraria al pensamiento normal de los miembros de la comunidad.

El dolor de estómago: las personas sienten cólicos fuertes, pierden el apetito, pero también se pueden curar con plantas.

De esta manera, mencionamos un poco las enfermedades reconocidas, pero sabemos que hay mayor cantidad de enfermedades que debemos trabajar en la construcción de este proceso.

La invasión de los españoles a nuestros territorios, no solamente trajo maldad, exterminio y sometimiento; sino que también vino con ella enfermedades, las cuales deben acogerse a estas leyes, que han sido sometidas a un modelo diferente del pensamiento del pueblo indígena.



Hoy en día se crean cantidades de normas en el tema de la salud, sin que se adopte una consulta a los pueblos indígenas, en especial a los médicos tradicionales, para que se tenga en cuenta el pensamiento del pueblo indígena.

Las entidades, las empresas, el Estado han adoptado un modelo de salud que para nosotros los indígenas es impuesto desde afuera, teniendo en cuenta el pensamiento occidental y el mercado de la salud. Esto ha llevado a muchos indígenas a tener que adaptar medidas en Colombia, para el modelo de salud occidental.

Se debe tener en cuenta que a pesar de todo esto, aun se conserva gran parte de ese elemento sagrado, que es la medicina tradicional; que los médicos tradicionales, han tenido que adoptar medidas de atención para contrarrestar o curar toda clase de enfermedades del mundo occidental. Pero se hace necesario hacer un alto en el camino, debido a que esto está llevando a la muerte de muchos de nuestros indígenas.

Propuesta de modelo de salud propio de nuestras comunidades indígenas:

- Según el diagnóstico anterior, teniendo en cuenta lo que tenemos y haciendo un análisis de lo que está sucediendo en las comunidades indígenas se hace necesario hacer un alto con el fin de fortalecer la medicina tradicional.
- Crear la asociación de médicos tradicionales indígenas Emberá Chami de Risaralda, la cual debe ser apoyada por el Estado en representación de las empresas y del Gobierno.
- Fortalecer más la medicina tradicional, en los municipios en donde hay más dificultades por la pérdida de este legado y por el arrasamiento histórico que han vivido.
- Capacitar a la comunidad, en la recuperación de la medicina tradicional y el visitar y proteger los sitios sagrados.
- El Estado debe aplicar una política pública para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Las empresas prestadoras de salud, las autoridades indígenas y las instituciones, debemos apoyar este proceso, dado que cuando estamos tratando temas de salud, estamos hablando de la vida y la resistencia de los pueblos indígenas.



1.3 Proyecto Embera Wera -La salud de las mujeres Embera. Norfilia Caizales⁷ . CRIR.

Como mujer embera wera y como consejera del CRIR quiero comentar algunas ideas que he recogido en los diferentes encuentros con mis compañeras de los siete municipios de Risaralda, frente a la situación de salud de mi pueblo, en especial lo que tiene que ver con la atención en salud de las mujeres indígenas.

Considero que la atención del hospital es un trabajo importante, no solamente porque nos pueden ayudar a curar algunas enfermedades y atender a las mujeres embarazadas que se complican pero necesitamos que haya más diálogo y acercamiento entre la medicina occidental con el conocimiento ancestral, con el fin de mejorar nuestra salud, mejorar la vida del pueblo embera, con un respeto de las diferencias entre los blancos y los indígenas, y por ser mujeres.

Sabemos que tenemos diferencias entre la atención del embarazo y el parto, pero siendo mujeres, esas diferencias no deberían ser tan profundas, por ello considero que con un esfuerzo ustedes y nosotros podremos alcanzar un equilibrio entre dos pensamientos que en teoría son diferentes, para que en la práctica estas diferencias no sean tan profundas.

Nuestro pueblo se rige por la ley de origen que nos han dejado nuestros ancestros, tenemos costumbres alrededor de las etapas de la vida que tiene la mujer, desde niñas son preparadas para asumir responsabilidades tan importantes como lo son traer la vida al mundo, orientar a nuestras familias según nuestras costumbres y nuestra lengua. Pero nuestras niñas se están muriendo y no sólo por prácticas como la curación o ablación, sino también por la desnutrición, cada vez tenemos menos espacio donde cultivar, la tierra no nos está dando los alimentos porque el territorio está enfermo por nuestras malos comportamientos, la tumba de árboles, la contaminación con químicos y por el conflicto armado. También se nos están muriendo nuestras niñas por enfermedades de los occidentales que nuestros médicos tradicionales no han podido curar y cuando vamos al hospital no les dan el tratamiento para curarse, sino solamente les dan pastillas para el dolor, suero y regresamos a la casa en la misma situación.

Para nosotros el embarazo es muy importante. Tradicionalmente las parteras hacen controles para saber cómo está el bebé y corregir algunas cosas que andan mal, si es el caso.

⁷ Consejera del Área de Familia y Salud del Consejo Regional Indígena de Risaralda-CRIR

Cuando el embarazo está complicado las parteras les dicen a las mujeres que vayan al hospital pero muchas veces ellas no pueden salir de sus comunidades porque viven muy lejos de la carretera donde cogen transporte hasta el hospital. Por eso hay mujeres que mueren en las comunidades por la falta de atención, a tiempo.

Para el parto preferimos recibir atención de las parteras porque eso es un secreto en nuestra cultura, los hombres y niños no están presentes y tampoco saben como vienen las personas a este mundo, queremos que esto siga siendo así. A los hospitales les pedimos que en el momento del parto, cuando las mujeres van hasta allá, sean atendidas por una doctora para que nuestra intimidad no sea conocida por hombres ya que ni nuestros esposos saben como es.

Las mujeres indígenas siempre nos hemos caracterizado por ser unas personas muy fuertes para todo, por eso nosotros no tenemos a nuestros niños y niñas acostadas porque queremos transmitirle la fortaleza a nuestros niños y niñas. Preferimos tener a nuestros bebés sentadas ya que se nos facilita tener fuerzas para afrontar el dolor de traer vida a este mundo, además consideramos que así es menos complicado para el bebé y para nosotras.

Desde que el bebé respira el aire comienza a formarse como persona y todo lo que involucra el parto tiene que ver con él, con lo que va a ser en un futuro, por eso la placenta, que es su mundo durante 9 largos meses, debe tener un tratamiento especial porque él lo va a sentir. Preferimos enterrarla cerca de nuestras viviendas para que ame nuestro territorio, sea resistente a la lucha por nuestra autonomía y cuando muera quede en ese mismo territorio. Botarla a la basura o darle un trato inadecuado es arrancarle una partecita de ese nuevo ser, por eso pedimos que esta idea sea entendida por los que no son indígenas, por los funcionarios de salud para que nos puedan entregar la placenta cuando algunas mujeres son atendidas en el hospital.

La citología es un examen que lo consideramos necesario pero eso implica tenernos paciencia porque no es de nuestra cultura y tiene que ver directamente con nuestro cuerpo y nuestra intimidad, solicitamos paciencia y fortalecer este tema con más capacitaciones para que más mujeres se interesen por este examen y que sea atendido por mujeres, en compañía de la partera. En nuestra cultura no hay algo parecido aunque si tenemos plantas para baños, bebidas y emplastos, conocimientos que manejan las parteras.

Muchas veces en el largo proceso con el hospital nos sentimos discriminadas por ser indígenas, nos demoran en la atención sin tener en cuenta que si estamos en este lugar es como último recurso y hemos agotado todos los procesos tradicionales, nos hacen operaciones sin consultarnos como la cesárea, no nos explican porque se nece-



sitan estos procedimientos y sobre todo porque la mayoría de nosotras no hablamos el español y la comunicación se nos hace difícil.

Por esto nuestra exigencia es que el hospital mantenga una partera o por lo menos una enfermera indígena o promotora que esté permanente en el hospital y puestos de salud para evitar sentirnos incomodas, estas personas serian fundamentales porque nos entenderán en nuestra cultura.

Así mismo necesitamos que se haga un reconocimiento a las parteras y jaibanás no solo por su conocimiento, sino por su trabajo desinteresado en el territorio el cual está muy lejos, haciendo el trabajo que en teoría le corresponde al Estado. Estas personas no reciben una bonificación y menos un reconocimiento o respeto por parte de los doctores, eso debe cambiar ya que la cobertura de los hospitales no es la suficiente para atender a nuestra población indígena.

No queremos que ir al hospital se nos convierta en un tormento, perdamos el tiempo y la poca plata que tenemos; lo que reclamamos no es un favor sino un derecho que nos pertenece, no queremos que nos atiendan porque les toca o piensen que nos pueden atender por salir del paso, dándonos los mismos medicamentos de siempre sin hacernos los exámenes que corresponden o poniéndonos hacer una cantidad de trámites que a nuestras mujeres se les dificulta por el hecho de no manejar bien el español y de no tener dinero para fotocopias, para transporte. Queremos que nos entiendan cuando la mujer llega con varios de sus niños al hospital pues nosotras no podemos estar tranquilas dejándolos en la casa solos.

Apenas se está dando el paso de acercamiento entre ustedes y nosotros, exigimos nuevamente una atención con un enfoque de respeto por nuestra cultura, que nos traten humanamente, con calidez, que haya la suficiente cobertura, mecanismos de acercamiento, diálogo en nuestra lengua, oportunidad en la atención, medicamentos basados en nuestros conocimientos ancestrales, que sean suministrados por nuestros médicos tradicionales en diálogo con los médicos occidentales para que cuando no tengamos remedios tradicionales nos den medicamentos occidentales que realmente se ajusten a nuestras necesidades en salud.

La salud es un derecho que reclamamos y la queremos recibir con calidad, no solo con nosotras las mujeres, sino también con nuestros niños, niñas, esposos, madres, padres, ancianos y ancianas.



Conclusiones del panel:

- La medicina tradicional es producto de la visión holística de la cosmogonía de los pueblos indígenas, sin embargo, su alcance, uso, eficacia y pervivencia se ve afectada por múltiples factores, especialmente el impacto del conflicto armado, la pobreza y la exclusión.
- El territorio Embera de Risaralda ha tenido procesos fuertes de articulación con las autoridades occidentales, sin embargo, aún falta consolidar una política pública fundamentada en el diálogo intercultural. Para ello, las autoridades indígenas reclaman la posibilidad de que la consulta previa no sea solamente para proyectos de impacto ambiental sino que se extienda hacia temas de salud tradicional, y de salud a partir del diálogo intercultural.
- Es necesario articular un dialogo de saberes que incluya diálogos entre las medicinas y equilibrios entre los diferentes pensamientos. En esta perspectiva, se insistió en que la salud no solamente es aborda la enfermedad, la salud requiere de la soberanía alimentaria, tema en el cual hay mucho que hacer, puesto que ésta se ve afectada por la degradación ambiental y el conflicto armado.
- Es necesario de manera particular que las políticas de salud intercultural consideren las diferencias de género y las necesidades específicas de las mujeres indígenas; de manera tal que se evite la discriminación en la prestación de los servicios y que se reconozca la medicina tradicional como saber en salud que de respuesta eficaz a los problemas de salud de las mujeres.
- Para ello, debe tenerse en cuenta las dificultades que tienen las mujeres indígenas para el acceso a los servicios de salud, pues en muchos casos son discriminadas. Las mujeres indígenas piden a los prestadores de salud occidental que reconozcas y se sensibilicen frente a las limitaciones que tienen para acceder a los servicios de salud: muchas mujeres no entienden ni hablan español, las regañan porque llegan con los hijos, sienten que no se respetan sus costumbres, pues prefieren parir a sus hijos sentadas y no acostadas y no les entregan la placenta, que para las indígenas es muy importante pues fue el mundo del bebe durante nueve meses y representa una parte de su ser. Además para llegar al hospital, muchas veces tienen que recorrer largas horas de camino, y sienten que nos les brindan una adecuada atención, que las hacen esperar mucho y hacer una cantidad de trámites innecesarios para al final recetarles los mismos medicamentos de siempre. Además piden que los partos sean atendidos por médicas mujeres y que para realizar exámenes como la citología se tenga paciencia y se fortalezcan las capacitaciones, para que las mujeres entiendan la importancia del examen.





III. Panel 2: Experiencias de salud intercultural en Colombia: vida en pareja y salud de las mujeres.

Moderan. **Jorge Vélez del CRIR y Judith Sarmiento.**

2.1 Experiencia del pueblo indígena Kankuamo, Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia.

Donaldo Francisco Maestre⁸.

Esto es apenas un pequeño acercamiento de lo que nosotros tenemos concebido como salud, y los que hemos venido trabajando en los últimos años.

Primero daré una pequeña reseña de la ubicación de nuestro resguardo, que se encuentra en la vertiente suroriental de la Sierra Nevada de Santa Marta, departamento del Cesar, municipio de Valledupar.

Nuestro límite al norte está con el resguardo Kogi y Bigua, al oriente con una comunidad que no es indígena, al occidente con el resguardo Arhuaco, y al sur con el casco urbano de Valledupar. Nuestro clima es cálido, templado y frío, entre los 1.500 metros sobre el nivel del mar.

Tenemos una población aproximada de 15.000 habitantes; 9.000 habitan en el resguardo, y de los 6.000, algunos viven en la ciudad de Valledupar y en Santa Marta. Dentro de esa población tenemos el mayor número de desplazados.

Uno de los conceptos que nosotros manejamos sobre medicina tradicional y que de pronto salió del pensamiento de nuestros hermanos y autoridades, dice que son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los sitios sagrados de la madre naturaleza, que surgieron antes de la colonia o en el proceso; cuyos conceptos de la práctica, se basan en saber aceptar que es la cosmovisión misma del pueblo indígena Kankuamo.

⁸ Coordinador de Salud en el área Tradicional de la IPS Kankuama.



Esa misma idea funciona también como un sistema, en el que su principal valor está en lo colectivo, lo familiar y lo individual. El conocimiento está representado en nuestros hermanos y mayores, conocedores de la tradición que se le ha dado al pueblo de generación en generación.

La salud se entiende como algo integral en nuestra cultura, no solo con lo que se alcanza en lo curativo, sino con el bienestar general que se deriva de la relación armónica entre la madre naturaleza, nuestros padres espirituales y el hombre.

La enfermedad se entiende como el desequilibrio espiritual, mental y físico de nuestro cuerpo, por no tener una buena relación con la madre naturaleza.

Los agentes de la medicina tradicional:

Allí está enmarcada la medicina tradicional, en el resguardo y que en primera instancia encontramos el sitio tradicional en donde nos reunimos todo el pueblo y a donde todas las personas que integran el pueblo indígena arhuaco, debe llegar allí a realizar sus trabajos espirituales.

Entonces se define como un sitio o lugar del territorio donde reposa el conocimiento, donde se mantienen los diferentes elementos de la naturaleza para detener y regular el ingreso de enfermedades nuevas y algunas establecidas.

Luego encontramos el Mamo que es el encargado de realizar los trabajos colectivos para la prevención y detención de enfermedades.

En tercera línea encontramos las parteras, hay una partera mayor con 105 años, 213 partos atendidos y cero fallecidos. Luego encontramos a los sobanderos, a los curanderos y a los yerbateros.

Fundamentos para un modelo de salud:

¿Qué creen los mayores nuestros, para que se establezca un modelo de salud propio?

Ellos dicen: *“Nuestra cultura de la salud, está fundamentada sobre la base de dimensiones espirituales, territoriales y de principio de colectividad e integralidad”*. Han sido muy enfáticos en manifestar, que sí un modelo de salud tradicional se quiere establecer, debe estar dimensionado por estos temas, de lo contrario no tendría ningún resultado.



¿Por qué decimos que debe ser espiritual?

Dicen los Mamos que el hombre se ha olvidado que nació de la madre tierra, y que ahora quiere andar volando, entonces, al olvidarse de todo esto, lógicamente se olvida de la madre, se olvida de los cumplimientos que debe hacer como persona; porque nosotros vinimos al mundo con un objetivo que debe realizarse en la vida.

Cada quien tiene su responsabilidad dentro de la naturaleza, cada quien tiene su función, cuando se olvida esa función y se hace lo que no corresponde, se está violando la espiritualidad que le dio la madre tierra.

¿Por qué decimos que se debe tener en cuenta el eje territorial? Porque el indígena sin tierra no es indígena; y nosotros para poder convivir con nuestros ancestros, con nuestros familiares presentes, tenemos que tener lo principal que es nuestro territorio. Ahí es donde pagamos, de ahí es de donde sacamos los alimentos para poder sobrevivir, y lógicamente ahí, es donde tenemos que regresar.

Por eso decimos que el eje territorial es muy importante, porque ahí es donde tenemos que devolver lo que a nosotros se nos ha dado. Evidentemente el principio de colectividad de los pueblos indígenas, es que nunca han sido pueblos individuales, han sido pueblos colectivos.

El modelo que se vaya a implementar, debe partir de la prevención, la promoción y la educación, del saneamiento tradicional, en el cual, la medicina occidental no sustituye a las culturas tradicionales, es decir que la medicina occidental, debe servir como un bastón de apoyo para la medicina tradicional.

Nosotros consideramos que los pueblos indígenas tienen sistemas propios para subsistir; al momento que se violentaron esos sistemas, claramente vino el desequilibrio. De igual manera la medicina tradicional debe apoyarse en la medicina occidental.

La situación actual:

En la atención, se han logrado colocar guías que dominan las dos lenguas en los hospitales, estos guías están encargados de interlocutar entre el personal profesional y el paciente. Hemos avanzado ya que la mayoría de los profesionales en las IPS son indígenas.

Estos guías bilingües se han colocado en los hospitales porque han llegado compañeros que no hablan español, y no hablaban con el médico teniendo dificultad para ser atendidos por el médico de la manera correcta.



Sigue siendo un problema la entrega de la placenta y el ombligo al familiar de la madre. Nosotros habíamos establecido unos mecanismos para que los funcionarios de los hospitales nos entregaran la placenta y el ombligo cuando una indígena diera a luz en el hospital, pero ha sido un problema porque no quieren aceptar que nosotros tenemos esa diferencia y que en la placenta es donde está la fuerza del indígena. El indígena desde el momento en que nace, debe saber donde enterrar su placenta y debe saber donde han enterrado su ombligo, para que pueda tener visión del futuro.

2.2. Experiencia de salud intercultural en trabajo con parteras. Hospital de Mistrató, Risaralda. Colombia.

Yiriam Carvajal⁹.

Nuestro municipio, es un municipio muy extenso con un departamento de 690 kilómetros cuadrados, tenemos 22 habitantes por kilómetro cuadrado; contamos con 63 veredas, dos corregimientos, 14 veredas aledañas al corregimiento de San Antonio, 20 en el corregimiento de Puerto de Oro, 30 de las veredas con población indígena; tenemos 2 resguardos legalmente constituidos, el resguardo de la Loma y el del pueblo Embera Chamí.

Limitamos al norte con Jardín Antioquia, al oriente con Río Sucio, Caldas y Guática; al sur con Belén Umbría, al occidente con Pueblo Rico Risaralda. Por otro lado, contamos con 5 puestos de salud, que están estratégicamente ubicados dentro del municipio.

Antecedentes del Modelo de Salud

Primero teníamos unos lineamientos del Ministerio de Protección Social para la atención del parto institucional, teníamos la práctica de la ablación, teníamos muertes perinatales y maternas, por la atención inadecuada por parte de las parteras.

No había espacios para compartir experiencias; faltaban de elementos básicos para la atención del parto, no había coordinación con la institución; las capacitaciones no obedecían a un plan de mejoramiento continuo y había una pobre participación de la comunidad, un desconocimiento de derechos y deberes, y una dificultad para la atención del parto.

⁹ Gerente de la Empresa Social del Estado –ESE– de Mistrató



Los objetivos del modelo:

- Construcción del modelo, concertado con parteras y gobernantes.
- Disminuir muertes perinatales y maternas, por complicaciones en la atención del parto.
- Orientar mejores condiciones para la atención del parto.
- Propiciar una apertura de salud, que permitiera anticipar riesgos.
- Orientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral, con amplia participación comunitaria.

Objetivos específicos:

- Realización de procesos educativos comunitarios.
- Fortalecimiento de equipos de trabajo.
- Articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental.
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia.
- Realización de seguimiento y evaluación.

Características del modelo:

- Accesibilidad a la atención del parto.
- Cubrimiento de las necesidades prioritarias según el diagnóstico comunitario.
- Fortalecimiento de la participación de la comunidad de las parteras y jaiibanás.

Estrategias básicas:

- Comunicación y educación.
- Participación comunitaria.
- Creación de cultura y autocuidado de la mujer gestante.
- Adopción de elementos básicos para la atención del parto y la de salud pública.

Tenemos una distribución y una cobertura del 100% de la comunidad indígena, tenemos cinco (5) puestos de salud, tres (3) auxiliares en salud, y tenemos varias veredas asignadas a cada uno de los que hacen el recorrido, y que están vigilantes y haciendo censos de cuantas personas, cuantas mujeres embarazadas tenemos, para la captación de los controles prenatales.

La construcción del modelo de atención en salud se realizó con líderes comunitarias, con los cabildos mayores; con los docentes, con líderes estudiantes; con la participación de las diferentes EPS y con las parteras.



Adicionalmente, se conformaron equipos de trabajo por zonas y se realizaron capacitaciones. Hay un programa de capacitaciones constante, se hacen cuatro (4) rondas al año dándoles capacitación, haciendo que ellos nos ayuden a participar para el control prenatal, en una concertación que se realizó con las parteras.

Además se realizó la carnetización de las parteras, para que tuvieran un reconocimiento dentro de su comunidad, y así también se les hizo una graduación. Como concertación con los cabildos indígenas, se llegó a un acuerdo para que no se permitiera la atención del parto prematuro por parteras aprendices.

Tenemos 87 aprendices, que están a cargo de una partera, a la cual ellas le hacen un acompañamiento mínimo de dos años en la atención de partos, y después de esto las graduamos como parteras.

Además las parteras se comportan como líderes en la comunidad, hacen un empalme con otros programas; como en el municipio de Mistrató, que es el municipio que tiene la más alta cobertura en vacunación.

Hacemos también, empalme con la atención integral en enfermedades propias de la infancia, dándoles la dotación y capacitación para los cuidados de los niños, para la recuperación nutricional.

Salud sexual y reproductiva:

Logramos que las indígenas Embera, tomaran la citología como parte de la prevención.

Tenemos una asociación de usuarios, conformada en el cabildo Chamí, tenemos intercambio cultural con médicos tradicionales, Jaibanás y parteras.

Financiación del modelo:

Lo hacemos con recursos del plan municipal de salud pública, con recursos del plan departamental de salud pública; con convenios, con recursos de transferencia de los cabildos Emberas y con recursos propios.

2.3 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento del Cauca (Colombia).

Alcides Musse¹⁰.

Quiero compartir el trabajo que se ha estado desarrollando a nivel nacional, una propuesta y una alternativa que se viene trabajando desde los pueblos indígenas, en el marco del derecho fundamental de los pueblos.

En ese sentido, quiero compartir la experiencia que hemos obtenido, y del mismo modo ver, como entre todos podemos ir construyendo, junto con los trabajos que han presentado mis antecesores, el marco de la salud de los pueblos indígenas.

He denominado entonces, en este Encuentro Internacional de Salud Intercultural, alternativas de salud para un pueblo indígena. Pienso que ahí, es donde está la esencia como tal de cada uno de nosotros, que aquí, estamos buscando las diferentes formas y estrategias en como vivir bien, en armonía, en equilibrio y en relación con todos los espíritus que nos rodean.

Parto de tres componentes fundamentales:

1. El sentimiento, pienso que la salud de los pueblos indígenas es el sentimiento. Desde el corazón como pueblos indígenas, sentimos la necesidad de vivir bien, de vivir en paz y con dignidad.
2. Lo que pensamos, pues lo que sentimos, pensamos.
3. La acción, Lo que pensamos actuamos, que es la esencia que tenemos como pueblos indígenas, en el marco de estos tres elementos fundamentales.

El departamento del Cauca, esta dividido en 9 zonas, del mismo modo tenemos el símbolo de lucha, de resistencia y pervivencia como pueblos indígenas, que es el Consejo Regional Indígena de Cauca – CRIC-.

¹⁰ Promotor de salud de Popayán· Cauca· Consejo Regional Indígena del Cauca –CRIC-.



También encontramos el programa de salud, en este caso el Consejo Regional Indígena del Cauca, dirige todas las acciones en pro del fortalecimiento cultural, las formas de vida, las costumbres; y en aras de reivindicar, la medicina de nuestros saberes ancestrales, lo hace a través de un programa estructurado del Cauca, que es el programa de salud.

Además aparece el logotipo de la asociación indígena del Cauca, como EPS indígena, que hace parte integral del programa de salud. No es una cosa aparte, como una empresa, sino que se relacionan y trabajan de manera conjunta dentro de los lineamientos del CRIC y de los programas de salud.

Planteamientos:

1. Desconocimiento de los pueblos indígenas por parte del Estado, porque realmente piensan que todos estamos en las mismas condiciones, pero aquí como lo hemos presentado, somos pueblos diversos, tenemos cosmogonías y visiones diferentes; vivimos en territorios lejanos y diversos.

2. El desarrollo legislativo de este país obedece a los intereses del mercado y a la acumulación del capital. Por ejemplo, lo que está sucediendo hoy con el mercado de la salud, están diciendo cuanto están capitalizando, pero no están diciendo cuanto ha impactado en el riesgo de la salud.

3. El modelo de desarrollo ha propiciado explotación indiscriminada de la madre naturaleza. Hoy por hoy los ojos de las multinacionales están puestos en los territorios indígenas y en las riquezas que hay en ellos. Por lo cual, esto afecta la salud de los pueblos indígenas, es un factor determinante, en la salud entendida de manera integral.

4. El Estado no garantiza los derechos sociales en asuntos de educación, vivienda, agua potable, saneamiento básico. Escasamente en las cabeceras municipales, cuentan con agua potable.

5. Ocupación militar en los territorios de los pueblos indígenas: lo que está causando grandes complicaciones en materia de salud, en esto, las más afectadas son las mujeres; ya que, han quedado muchas de ellas viudas y siendo cabezas de familia.

A esta problemática no se le está prestando la atención debida, ni a la salud de la mujer; y es aquí, en donde hablamos de relaciones de pareja, de familia y cómo la mujer, tiene el mismo derecho de ser tratada en igualdad de condiciones.

6. Concentración de tierras: Cómo trabajar en ellas, si la tierra está concentrada en las pocas manos de las grandes multinacionales, y nosotros, estamos apiñados como animales. Debemos pensar cómo vamos hacer para producir, pues lógicamente esto está causando desnutrición en nuestros niños, porque no hay en donde sembrar una mata.
7. Falta de oportunidades: Está llevando problema, particularmente en el Cauca, que incentivan a los cultivos ilícitos.
8. Mal estado de las vías: lo cual está generando varios problemas, la gente se muere en el camino, porque no pueden salir rápido a centros hospitalarios.
9. La mayoría de los pueblos indígenas, están ubicados en zonas de alto riesgo, en zona de derrumbes y en zonas montañosas, que requieren de un tratamiento especial.
10. Implementación de un modelo productivo.
11. Nuestros saberes ancestrales, han sido estigmatizados, en muchos casos dicen que es brujería, la mayoría de denominaciones religiosas también lo han dicho y los mismos de la medicina occidental.

Para lo cual como se ha presentado en este seminario, es trascendental el dialogo de saberes. Pero en Colombia todavía falta, además este debe ir más allá de los hospitales, debe incorporar el reconocimiento de sus espacios, porque cada cual según sus conocimientos y cosmovisión tiene sus espacios.

12. Frente a los mecanismos de tradición oral: Hoy en día la tradición está llegando por medios masivos de comunicación, como la televisión, y creemos que esto también nos está afectando, pues las familias están siendo afectadas en este sentido.
13. Carecemos de sistemas de información y de registro que contengan variables étnicas y que den cuenta de la situación de salud de los pueblos indígenas.
14. Proliferación de enfermedades prevenibles. Hay enfermedades que se pueden prevenir, pero no se hace y tenemos como consecuencia epidemias que se podrían evitar.
15. El modelo de prestación no responde a las necesidades y condiciones de los pueblos indígenas.
16. Las instituciones no tienen capacidad de respuesta, no hacen prevención y hay una centralización de la atención.



17. Desconocimiento del personal de salud indígena que existe en nuestros pueblos y desconocimiento también de la normatividad especial indígena.

El centro del modelo del sistema de salud intercultural de los pueblos indígenas, como columna vertebral, debe ser la revitalización de la salida ancestral, fundamento de vida de los pueblos indígenas.

Hay una normatividad nacional e internacional, en la que hemos establecido claramente nuestra posición, como pueblos indígenas y nuestros derechos.

El sistema de salud integral, busca un sistema que identifique la problemática, que reconozca la salud como derecho del pueblo indígena; que la comunidad en general sea sujeto de derecho, que contribuya al fortalecimiento político, y que logre la coordinación con otras prácticas reconocidas.

Aquí es importante entender, que la articulación con los otros no es fácil, pero podemos encontrar formas de coordinación complementarias. Porque primero está el saber ancestral, y luego si el conocimiento científico, que cumple también un papel muy importante.

Por otra parte, también encontramos las IPS indígenas, las cuales, más que ser un ente prestador de servicio, deben ser generadoras de un programa legitimado por las mismas comunidades, reconocidas por el Estado.

Podemos hablar también de los principios rectores de un sistema integral propio de salud de los pueblos indígenas, los cuales son: el territorio, la identidad cultural, autonomía y participación comunitaria; integralidad, equidad y universalidad.

Finalmente encontramos los componentes del sistema, resultado del trabajo de una Asamblea Nacional de Salud, de los pueblos indígenas en Colombia, realizado en Villota Cundinamarca.

De ahí establecimos los 4 elementos:

1. Político-administrativo: Que responda a los lineamientos y esté articulada con los principios del movimiento indígena, de manera tal que el Estado entienda y entre en diálogo con estos principios.
2. Administración de la salud: Que incluya los elementos necesarios para una adecuada gestión de la salud de los pueblos indígenas.

3. Atención intercultural: en el marco de la interculturalidad del encuentro y del diálogo.

4. Educación y formación: La cual debe ser integral y debe tener elementos de investigación.

Todo esto, debe tener como centro principal la sabiduría ancestral, y así, continuar construyendo en conjunto una vida integral para todos.

2.4 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento del Valle (Colombia).

Guillermo Ipia Medina¹¹ .

En el Valle del Cauca fue muy importante la consulta y la concertación con las mismas organizaciones indígenas, con el Estado y las entidades públicas, pues a partir de la lucha, se logró que hubiera mesas de concertación con las comunidades indígenas. Hace más de quince (15) años, que no teníamos ese derecho en el Valle de Cauca, incluso, habían departamentos que no reconocían la población indígena, lo cual hacía más complicado hablar del tema de salud, y hablar de la parte social de las comunidades indígenas, pero con el tiempo se ha podido ir reconociendo este tema.

Para hablar de una construcción de un sistema de salud, es importante mirar la situación actual de la población indígena, mirar esa necesidad real que hay, en el desconocimiento del deterioro de la salud en la población indígena; y que no se arregla en ninguna de las comunidades indígenas del país.

El Valle del Cauca tiene algunos resguardos Embera Chamí, que están al menos a 10 horas de camino, en el caso de el Dovio y Bolívar, en donde la población es más susceptible a padecer enfermedades, y en donde por tal razón, es más fuerte la medicina tradicional.

Para ello, hemos planteado una serie de estrategias y de proyectos, como herramientas en conjunto, buscando la intervención de las instituciones que han brindado el apoyo. Sacamos a relucir el proyecto indígena Garrapatas, porque nos ha dado la mirada y el camino a seguir, en la construcción del modelo de salud para las comunidades indígenas; para lo cual, se establecieron los siguientes objetivos:

¹¹ Técnico en Salud Pública de la Organización Regional Indígena del Valle del Cauca –ORIVAC–



- Introducir en la práctica social, herramientas para la erradicación y manejo de los factores de riesgo en salud, (cuando hablamos aquí de salud, se refiere a las dos medicinas).
- Utilizar la atención primaria ambiental, la región saludable, como fortaleza del trabajo, y propiciar un ambiente favorable en las comunidades.
- Promover diagnósticos de participación sobre las acciones comunitarias, ya que a las comunidades indígenas, no se les puede olvidar lo que es comunitario.
- Por último procurar cuando se habla de la salud, hacer referencia a varios componentes como: el territorio, la vivienda, el ambiente y la espiritualidad.

Este es el proyecto, en el que se plantea ya una estrategia de salud, en la Serranías de Los Paraguas, en las montañas del río Garrapata, allí está el pueblo indígena Embera Chamí, y ahí se concentra, casi toda la población Embera.

Habíamos hecho esta estructura de población que hay, y un estudio nos arrojó resultados, en los que vemos que es viable mirar en el sistema de salud, en el que estamos avanzando todos los pueblos indígenas de Colombia.

Por otro lado, las tasas de natalidad de la población indígena, fueron hechas por las mismas parteras; que identificando una especie de programa, comenzaron a escribir los partos que ellas atendían, y que atendían los promotores y los médicos tradicionales. Esto fue algo muy importante, ya que son datos extraídos no de una institución, si no de la misma comunidad.

Datos de la Veeduría: Todos los datos fueron arrojados por ellos mismos, para sacar estos datos y estas variables, con la Gobernación del Valle, tuvimos que mirar un modelo de caracterización para las comunidades indígenas, por decirlo de alguna manera, un ficha; en la que se tomaba la parte cultural, la parte de educación, el tema de la medicina tradicional, y si la utilizaban o no.

Esta ficha, se convirtió en algo muy importante para mirar esto. Porque si se arrojan estos resultados, el sistema de salud que estamos proponiendo, va a tener credibilidad ante las instituciones.

Finalmente, estamos avanzando también, en la creación del modelo de salud para el Valle del Cauca, es un proyecto ambicioso, en el que se ha logrado que los médicos tradicionales del Valle del Cauca, en el Hospital Universitario, puedan entrar y hacer rituales a los pacientes Emberas.



También, se está fortaleciendo mucho en el modelo de salud, a los médicos tradicionales hay que fortalecerles sus huertas, hay que darles sus implementos; y eso la Gobernación lo ha tenido claro, en este momento lo que llega para la salud pública, se está invirtiendo en el fortalecimiento la medicina tradicional.

Manejar el tema de la salud interculturalmente, el tema de alcoholismo y medicina tradicional, que también es un tema importante en las comunidades indígenas. De esta manera, vamos avanzando, palpando varios temas de salud pública, que son muy importantes para la comunidad.

2.5 Experiencia de los pueblos indígenas del Departamento de Caldas (Colombia). Marleny Tapasco¹² y Aurora Motato¹³.

En la asociación, la mayoría de los médicos y médicas tradicionales en su mayoría son mujeres, parteras, curanderas, sobanderas y rezanderas. Ellas manejan mucho la espiritualidad, se podría decir, que la espiritualidad, la manejan más las mujeres que los hombres. Lo mismo la religiosidad, bien sea en lo cultural o en lo religioso católico. La mujer tiene un rol cultural, en su hogar, cocina, limpia, responde en el hogar por su familia, por sus hijos, por su esposo; del mismo modo, vemos que desempeña muchas funciones, ella es la colaboradora del esposo también, en los trabajos de la tierra.

Todo lo cotidiano tiene que ver con la relación de pareja, hombre y mujer, y la mujer desempeña cualquier trabajo que le nombren o le toque hacer; le toca cocinar, moler café, sembrar, cultivar; ver por los animales y después de esto cumplir con el rol de la casa.

La mujer es la primera que se levanta, es la última que come y la última que se acuesta a dormir. El trabajo de la mujer, es muy desagradecido, las mujeres madrugan a la cocina para hacer de comer, a lavar, a trapear; a ver por nuestros hijos, a ver por los animales, y siempre somos las últimas que se van a dormir, allí llegamos cansadas y agotadas. La mujer en nuestro Resguardo, juega un papel fundamental. En este momento, hay mujeres que tienen asociaciones en conjunto, en cada comunidad, para hacer trabajo con los niños.

¹² Partera.

¹³ Presidenta Asociación de Médicos Tradicionales de Caldas ASOMETROC.



Ellas son las que cultivan las huertas tradicionales, que tienen las crías de pollos, de gallinas y de cerdos; para ayudar a garantizar la alimentación, y también para ayudar al esposo, con el mantenimiento del hogar.

La mujer es madre y padre a la vez, hay muchas mujeres cabezas de familia, porque hay hombres que en este momento, embarazan a las mujeres a muy temprana edad; y cuando la mujer dice, estoy embarazada, el hombre dice, eso no es mío, y las dejan como si fueran basura.

Por lo tanto, la mujer tiene que hacer el papel de padre y madre, trabajar para mantener ese hijo, para mantenerse ella, y para vigilar todo el tiempo el crecimiento y desarrollo de ese hijo.

La mujer en este momento, con las capacitaciones que hemos tenido en la crianza, (hay una coordinadora del Área mujer y familia) hemos recibido muchas capacitación por parte de la señora Brisa, gracias a estas capacitaciones, las mujeres ya podemos tomar decisiones, conocemos nuestros deberes, pero también conocemos nuestros derechos.

Es un gran trabajo, que está haciendo esta líder, yendo a las comunidades indígenas, para darnos a conocer el papel y el valor que tiene la mujer, y para poder reclamar nuestros derechos.

En cuanto a la salud, la mujer al igual que el hombre, en los diferentes resguardos, está trabajando en lo que es la prevención, la promoción y la curación.

Cuando hacemos mingas, se va el médico tradicional, se va la partera, se va el curandero y también se va la medicina occidental. Si el indígena está enfermo y no quiere pasar a la consulta con el médico occidental, lo atiende el médico tradicional, la partera o curandero.

También se promociona en gran medida, la salud en las escuelas, somos agentes educativos (aunque la mayoría de nosotros, seamos analfabetas), pero damos a los niños capacitación en las escuelas, sobre primero auxilios en medicina tradicional.

Con los adultos, en reuniones y en talleres, damos fortalecimiento a la medicina tradicional; bien sea al médico o a la partera. Hacemos rituales de limpieza, de sanación y de despojo, de acuerdo al mandato que se dio, visitamos los sitios sagrados donde hacemos la purificación para el territorio y, la purificación para nuestros cuerpos o de varias cosas que nos afectan. Para esto, tenemos varios sitios sagrados como son: el nacimiento de las aguas saladas, cerros, y las lagunas.

En este momento, estamos haciendo el acercamiento con la medicina occidental, tenemos al director del hospital, el Doctor Mauricio Bora, quien nos está colaborando a los indígenas. Tenemos al compañero Julián Calvo, que trabaja con la Alcaldía, pero que de igual manera, maneja el tema de las comunidades indígenas; y tenemos al jefe, Norman David Pañon, quien es paramédico. Estas son personas que nos han ayudado mucho, para compartir el conocimiento que tienen ellos como occidentales y el conocimiento que tenemos nosotros como indígenas.

Hacemos talleres de compartir experiencias, donde se descubre por ejemplo: el cuajo, el inojo y el pujo, enfermedades que nosotros tenemos.

El doctor Leonardo Quintero, es un médico homeópata, que nos está colaborando en la capacitación, de todo lo que tiene que ver con la ética profesional; en la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas. Del mismo modo, con el funcionamiento del sistema del cuerpo humano, que a las parteras y médicos tradicionales, a veces nos queda difícil.

¿Qué queremos? Queremos que se cree nuestro propio POS indígena.

Conclusiones del panel:

- Las experiencias presentadas ponen de presente la necesidad de que un modelo de salud intercultural tenga como fundamento el concepto de salud indígena: la salud concebida como equilibrio que incluye la relación del hombre con la naturaleza, y las dimensiones que la componen: espiritual, territorial y colectiva. Con base en ello, las políticas serán diseñadas de manera integral teniendo en cuenta una articulación entre la concepción occidental y la indígena de salud. En esto consiste el diálogo intercultural, el respeto por el otro lo cual implica escuchar al otro.
- Se mostraron diferentes prácticas que posibilitan el acceso a la salud por los indígenas, estas prácticas pueden ser extendidas pues han mostrado su eficacia: entre éstas se destacan, la existencia de guías bilingües en los centros de salud y la entrega de la placenta y el ombligo a la madre o a sus familiares.
- Es necesario modificar los currículos de formación, de capacitación de personal médico y paramédico; se propone incluso que los programas de formación escolar incluyan procesos de formación que permitan que los estudiantes conozcan y respeten los pueblos indígenas y entiendan la riqueza de la pluri-etnicidad de nuestro país.
- Es importante destacar cómo las parteras se convierten en aliadas para otros programas de salud, no solamente para la atención de las mujeres, sino para extender la



atención en salud a los niños, en especial con programas de vacunación, programas de salud y programas de prevención.

- Hay mucho que hacer con respecto a la salud en los pueblos indígenas y si bien es cierto que los pueblos indígenas vienen en el proceso de construir unas alternativas para vivir mejor, es necesario que el Estado además de reconocer formalmente sus derechos, avance en la implementación de medidas y políticas que permitan la realización de un Estado verdaderamente pluriétnico y multicultural.





IV. Panel 3: Experiencias de salud intercultural en otros países.

**Moderador Jorge Vélez del CRIR y Gina Carrioni.
Ministerio de la Protección Social.**

3.1 Experiencia de la construcción de los modelos de salud intercultural.

Lily Rodríguez¹⁴, UNFPA Ecuador.

Según las experiencias presentadas en este evento, en Colombia no hay un solo modelo de salud, por el contrario, hay varios modelos puesto que cada pueblo construye su modelo, los modelos no son sino la respuesta que los pueblos construyen para resolver sus problemas de salud y enfermedad. Otavalo en la provincia de Imbabura, Ecuador, construyó un modelo que combina la medicina occidental y la medicina indígena, en un cantón que tiene un 50% de población indígena.

¿Por qué estamos hablando de salud intercultural, de los derechos de los pueblos a la salud indígena?

Porque hay un escenario común en nuestros pueblos, Colombia, Ecuador y los demás que están acá, un escenario común de pobreza, de discriminación étnica y cultural, en los servicios de salud, de falta de acceso a los servicios, de falta de ejercicio de derechos.

Los servicios de salud, han propuesto y han ofrecido un solo modelo de salud, el modelo de salud occidental, sin reconocer que nuestros países son diversos, que tienen sus conocimientos y sus prácticas de salud, que tienen su propia cosmovisión sobre lo que es la salud y enfermedad. Aquí se mencionó, que en Colombia hay más de 100 grupos étnicos, en el Ecuador hay 18 pueblos y nacionalidades.

¹⁴ Representante Auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas en Ecuador

¿Cómo puede haber un solo modelo de salud para una población tan diversa?

Para atender la diversidad en salud surgen las propuestas de los modelos interculturales de salud, como una posibilidad de acercar la medicina occidental a las medicinas andinas, el conocimiento de la ciencia y la tecnología occidentales con los conocimientos y las prácticas de los pueblos indígenas, para lograr acercar a las usuarias y a los usuarios indígenas a los servicios de salud, que respeten y reconozcan esa diversidad. El acercamiento en este caso, de los dos sistemas médicos el occidental y el de la medicina andina parte de un aspecto fundamental, que es el reconocimiento de la interculturalidad como un valor que ayuda a la interacción de las diversas culturas, sobre la base del reconocimiento del “otro”.

En la salud, así como en otros ámbitos de la vida, se expresa una forma de relacionarnos, una cosmovisión de la vida, se expresa nuestra cultura.

Entonces, los modelos de salud intercultural, surgen como una respuesta y una expresión de un movimiento de reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas, el derecho a la salud.

Un aspecto fundamental en la construcción de los modelos interculturales de salud, es que se basan en el reconocimiento del derecho que tienen los pueblos a decidir sobre su salud y cómo atenderla. Este derecho está contemplado en las Constituciones de nuestros países, como también en la Declaración de los derechos de pueblos indígenas, que señala que “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico”

Los modelos interculturales de salud en el caso ecuatoriano incorporan varios enfoques: el enfoque de derechos que reconoce a los usuarios/as como sujetos de derechos y a la salud como un derecho que debe ser garantizado a toda la población, sin discriminación de ningún tipo.

El enfoque centrado en las personas, en las necesidades de los usuarios y usuarias de los servicios, reconoce las expectativas, pero también los conocimientos que tienen los usuarios.

El enfoque de complementariedad entre las medicinas, reconociendo que en la restitución de la salud pueden confluir distintas medicinas, no solo la occidental, también la medicina ancestral, la homeopatía, acupuntura y otras.



Enfoque basado en evidencias, es decir que existen datos que muestran los beneficios o no del reconocimiento y complementariedad de las medicinas, que se genera sistemas de información para recoger información desagregada por etnia, sexo, edad, para mostrar las brechas de inequidad pero también los avances en cerrar esas brechas.

Enfoque intercultural, basado en un diálogo intercultural, considera a la cultura, la cosmovisión y necesidades de los usuarios de servicios. No impone un sistema de salud, sino que lo propone junto a varias opciones. El enfoque intercultural es la base para modificar el modelo hegemónico en salud, y lo construye teniendo como base la cultura.

La presentación del video de Otavalo, es el resultado de un trabajo de tres años, que muestra la implementación del modelo de salud intercultural. Para llegar al modelo, partimos de un diagnóstico de los servicios de salud, en que participaron parteras, el personal de salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA-. El diagnóstico comenzó, preguntándole a las mujeres indígenas por qué no llegan a los servicios de salud, por qué pese a la existencia de servicios públicos no los usan. Las respuestas a esa pregunta pueden resumirse en la inadecuación cultural, el maltrato, discriminación; porque se habla en otra lengua distinta al idioma propio, porque las rutinas del hospital, son contrarias a las prácticas culturales que se mantienen en las comunidades con relación al embarazo, parto, posparto, planificación familiar. Conceptos como el pudor, la desnudez, el color de la ropa del hospital, la entrega de la placenta, la presencia de familiares o de las parteras, el uso de plantas medicinales o de masajes son distintos para el personal de salud que para las mujeres indígenas.

A partir de este diagnóstico acordado con el personal de salud del Hospital, se elaboró un plan de mejoramiento, que incluyó la adecuación cultural de los servicios del hospital. Se analizó qué se podía cambiar y qué no se podía cambiar. Los cambios realizados son lo que constituye el actual modelo de salud intercultural de Otavalo, que tiene además un respaldo en la política del Ministerio de Salud, que en el año 2008, adoptó la “Guía de parto culturalmente adecuado”.

El modelo de salud intercultural, tiene varios retos; El modelo no es suficiente si solo se queda en las adecuaciones físicas de los hospitales, eso es quizá lo más sencillo. El tema de fondo es el cambio en las relaciones entre el personal de salud y sus pacientes, un cambio que sea respetuoso de la cultura y que promueva el ejercicio de derechos. Creo que ese es un reto fundamental, que tiene que ver con la formación en las universidades. Pese a que nuestros pueblos son diversos, las universidades no consideran la interculturalidad como parte integrante de su curriculum, no solo para la salud, también para la educación, la justicia, el trabajo, etc.

Otro reto es la el reconocimiento y la participación de las parteras dentro del Sistema Nacional de Salud, este es un tema de discusión de momento en el Ministerio de Salud, pero en la experiencia de Otavalo, como ya se mencionó, hay una participación de las parteras en el sistema de referencia y también en el propio hospital.

Es importante entender, que las parteras son portadoras de una cultura, de una visión sobre el tema de la salud, y del proceso reproductivo; con respecto al embarazo, al parto y al post parto. Por lo cual y con el ejemplo de Ecuador, las parteras han podido recuperar ese concepto de la vida y de la dignidad de las mujeres.

También, las prácticas que a veces son contrarias a los derechos de las mujeres, incluso las prácticas que tienen que ver con violencia intrafamiliar, son guiadas por las parteras, quienes aconsejan a las mujeres y a los hombres.

En Ecuador, no existe el tema de la ablación en las mujeres, y creo que en parte tiene que ver con la labor de las parteras, porque han estado promoviendo los derechos de las mujeres, el derecho de las mujeres a decidir.

Una reflexión final es considerar el contexto, la experiencia de Otavalo, se enmarca en el proceso de cambios políticos que están ocurriendo en el país desde el año 2007 y que tiene un respaldo en la Nueva Constitución Política del 2008 y en el Plan Nacional del Buen Vivir. El Ministerio de Salud, en ese marco, desarrolló varias iniciativas como el Plan acelerado de reducción de muerte materna y neonatal en el 2008. Igualmente la decisión de las autoridades locales, Director Provincial de Salud, del Director del hospital y del Alcalde del municipio de Otavalo. Esta experiencia tiene un antecedente importante que es la Casa de la Salud, "Jambi Huasi", una iniciativa del movimiento indígena de Imbabura, pionero en generar respuestas propias a la salud, frente a la indiferencia e incapacidad del Estado ecuatoriano en los años 80.

Experiencia de una partera, en la participación de las parteras dentro del servicio de salud de un hospital. Margarita Morales

Antes era muy difícil la entrada a un hospital, pero con la ayuda del municipio, del UNFPA, y del Ministerio, ahora es posible. Las parteras estamos siguiendo talleres de capacitación desde el 2001. Gracias a todo eso, tenemos más ayuda, el alcalde que tenemos ahora es indígena, la gente va al hospital, pues antes no querían ir ni hablar. Las parteras estamos siguiendo los embarazos, para que de esta manera, se eviten las muertes de las madres. También continuamos trabajando en el campo día y noche, estudiando en todo momento. Así mismo, deben seguir nuestras compañeras parteras, luchando por trabajar día y noche por nuestros pueblos.



3.2 Normas en salud intercultural, a partir de una experiencia local.

Yolanda Vargas¹⁵, Causa Nanchispa Bolivia.

Antes de iniciar, creo que es importante hacernos la siguiente pregunta ¿Será posible la construcción de un modelo de atención intercultural de calidad, en un sistema de salud de una visión biologicista? Creo que este es el fondo.

¿Cuáles son los retos y desafíos?

- La promoción de la salud, en la visión integral de la salud pública.
- La participación comunitaria, en la gestión de la salud.
- La educación reflexiva y analítica, de toma de decisiones colectiva.
- Las alianzas y la movilización social.
- Y este proceso se permite, con una descentralización de la salud.

La construcción de un modelo, a partir de estos elementos, salud de calidad, desde la percepción del usuario. Esta experiencia se realizó en dos municipios de Bolivia, Caizade y Cotagaita, que están ubicados al sur del país.

¿Cuál era el problema en el año 1991?: Una oferta institucional inaccesible geográficamente, una baja demanda del servicio de salud, insuficientes prácticas de protección de la salud; insuficiente saneamiento básico, minifundio acentuado, ausencia de infraestructura de riego, contaminación del agua e inseguridad alimentaria.

Ante este problema ¿cuál es la idea? En la situación de salud de las comunidades Quechuas, (porque esto es en comunidades quechuas), la curación de la enfermedad y la prevención centrada en la vacuna, no era suficiente.

Los problemas de salud pública y sus determinantes, han sido identificados por la propia gente, como la prioridad.

El qué hacer y cómo hacer salud, debería centrarse entonces, en las necesidades acordadas por los actores, respetando saberes, sentires y prácticas existentes. Partimos entonces, de un proceso de salud comunitaria, que parte con la construcción de la posta escuela Huichaca, que en un inicio hacia la atención y la prevención. Es decir, la promoción de la salud inmediata, porque si no nos quedamos en una mirada biologicista, y eso no era lo único que la gente necesitaba.

¹⁵ Médica salubrista con especialidad en promoción de la salud que actualmente trabaja en la Organización no Gubernamental Causa Nanchispa “para vivir mejor”.Dirigió la construcción del modelo de “la salud familiar comunitaria e intercultural” modelo actual de Bolivia

En promoción se hizo la identificación de los problemas de salud, tales como el saneamiento y la falta de seguridad alimentaria. Pero frente a este problema, analizábamos y reflexionábamos sobre las causas del problema, para tomar decisiones en el abordaje del problema y de la causa.

Las alianzas y movilización social son un elemento clave, para ver la participación del conjunto de la gente para decidir lo que se va hacer.

La comunicación intercomunal también es muy importante, pues estas poblaciones no son concentradas, están dispersas en este territorio, en cabeceras de valle. Entonces era necesario buscar comunicación, y se hace la telefonía intercomunal, con ella hacemos vigilancia comunitaria, en problemas sanitarios, buscamos la solución de problemas cotidianos; y lo movilización social para que la gente vaya buscando en forma colectiva esas soluciones a los problemas.

La visita domiciliaria también es un elemento fundamental, en el caminar hacia una salud comunitaria, la visita domiciliaria, para el seguimiento de los problemas, tanto sociales de la familia, los crónicos y las prácticas de protección de la salud, dado que se aplicaba un proceso de educación intenso.

Otro factor importante a tener en cuenta es la contaminación del agua, pues cuando estábamos trabajando en ese proceso, esto hizo que la gente se movilizara, para buscar dotación de agua de emergencia, ante la empresa que había contaminado; la dotación de agua definitiva y las semillas para siembras de corto plazo. El agua segura era una necesidad, porque la gente tomaba de los pújos, que están a orillas del río. Entonces se busca el agua por piletas públicas, el agua domiciliaria y la gestión comunitaria en el mantenimiento de sistemas de agua.

Hasta aquí venimos en todo un proceso un tanto desordenado, pero sentimos la necesidad de empezar a trabajar un plan de largo plazo, que nos permitiera ver al menos en 10 años, una visión consolidada, el caminar juntas, la comunidad, las autoridades y la ONG, en este proceso de construir y de responder a las necesidades de la gente.

Empezamos a trabajar en la salud comunitaria intercultural, con un enfoque de integralidad, intersectorialidad e interculturalidad.

Establecimos tres líneas de intervención:

- Fortalecimiento a la red de salud. Dejando capacidad instalada, capacidades técnico clínicas, promoción y gestión participativa, desde un enfoque intercultural.



- Promoción y educación en salud. Procesos participativos con toma de decisiones conjuntas, reflexión
- Análisis y abordaje a problemas de salud y sus determinantes. Educación en Salud Participativa, comunicación Intercomunal y establecimiento de alianzas y movilización.
- Gestión participativa en salud. Planificación local participativa con toma de decisiones en: ¿qué hacer?, ¿cómo hacer?, ¿cuándo hacer?, ¿con qué recursos?, ¿quiénes son responsables?. Seguimiento al cumplimiento, control social a la administración del servicio. Estrategia Municipal en Salud.

El enfoque intercultural con el que trabajamos tiene como objetivo, articular y complementar culturas, donde se aproveche las formas de gestión política y económica, en espacios de diálogo y encuentro. Además se busca lograr la participación efectiva de los actores en la toma de decisiones. Se trata de democratizar el poder y cuestionar la inequitativa redistribución de recursos, con el fin de manejarlos de una manera más equitativa e inclusiva.

De esta manera, concertamos una estrategia en salud, intercultural, que tiene varias etapas:

La primera etapa consistió en tener procesos de reflexión y análisis conjunto sobre el modelo de atención, entre autoridades locales, personal de salud biomédico y tradicional, madres y familias de la comunidad.

En la segunda etapa, se facilitó el encuentro de parteras tradicionales y la capacitación sobre el reconocimiento de los riesgos obstétricos.

La tercera etapa consistió en la sensibilización del personal de salud biomédico sobre la validez de los conocimientos tradicionales de las parteras.

En la cuarta etapa, se generaron y fortalecieron espacios de diálogo e intercambio de conocimientos y prácticas entre personal de salud biomédico y parteras.

En la quinta etapa se realizaron investigaciones sociales sobre: concepciones comunitarias en salud materna; saberes y prácticas tradicionales sobre embarazo, parto, puerperio y recién nacido; representaciones sociales sobre salud sexual y salud reproductiva y sobre diagnóstico de la medicina tradicional.

En la sexta etapa se hizo una revisión y adecuación de protocolos de atención materna y neonatal.



En la séptima etapa se elaboraron propuestas de protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados.

En cuanto a los limitantes del proceso, es importante señalar que fueron la incomprensión y el rechazo del personal de salud hacia la coordinación con parteras y hacia el control social.

Este proceso nos ha enseñado cuáles son algunos de los procedimientos adecuados culturalmente:

Si existe presentación fetal y/o situaciones anómalas y la madre es multípara, hay que conversar con ella sobre la posibilidad de un cambio natural y adecuado de la presentación, o realizar maniobras de acomodamiento (suave balanceo) que debe realizarlo una partera experimentada, con el acompañamiento del personal de salud. Este procedimiento se recomienda realizar hasta el octavo mes de gestación. Si no se logra el acomodamiento natural, se debe referir a la embarazada.

Tener protocolos de atención culturalmente adecuados durante el parto:

- Antes del Parto: considerando aspectos como la preparación del espacio, del instrumental y de la parturienta. Se debe permitir la realización de rituales tradicionales propiciatorios, como la k'oa, durante el trabajo de parto, pero no así en el momento del parto, ni en la misma habitación donde se realizará el parto. También se debe permitir que la parturienta pueda tomar mates cálidos, como mate de manzanilla o mate de cedrón, para mantener el calor corporal.
- Durante el periodo expulsivo (segundo periodo del parto): debemos procurar que todo parto propiamente dicho sea en el mismo ambiente. La sala culturalmente adecuada permite que eso sea así. En cambio, si la posición de la parturienta es de cuclillas o de rodillas, esperemos que la wawa baje en forma natural para recibirla. No debemos permitir que caiga al piso.
- Tener protocolos de atención culturalmente adecuados durante el puerperio: Tener atención culturalmente adecuada durante el puerperio. Como personal de salud, tenemos que aprender a fajar a la madre o dejar que ella o sus familiares lo hagan; de lo contrario, la mamá puede tener una posible enfermedad de "mal de viento" o que su matriz, que "ha perdido a la wawa, quiera volar en su búsqueda".
- Protocolos de atención culturalmente adecuados para el recién nacido: Cuidados y manejo del recién nacido en el domicilio. Tampoco debemos reñir a la mamá si usa fajero o paño sobre el cordón, solo debemos recomendarle que éstos estén limpios.

- Procedimientos de atención adecuados a principios de Salud Familiar Comunitaria Intercultural -SAFCI-: Revisión y adecuación a principios SAFCI de los procedimientos de atención, en infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino- PAP y planificación familiar.
- Atención de infecciones de transmisión sexual -ITS-: Procedimiento clínico ginecológico de atención adecuado a la cosmovisión de la salud del contexto; con procesos sistemáticos de información y orientación a la/el usuaria/o.
- Cáncer de Cuello Uterino – PAP: Procedimientos clínico ginecológicos y de la prueba del PAP (Prueba de Papanicolaou o citología), adecuados a los sentires y prácticas de atención de la salud de la mujer de las regiones del altiplano y valle del país.
- Planificación Familiar: Procedimientos que se caracterizan por la información y orientación sistemática a la pareja en el proceso de atención brindada por el personal, en el marco del respeto a las concepciones locales de la salud.

Logros:

- Disminución mortalidad materna: 1 muerte en diciembre de 2009.
- Incremento de cobertura en atención de parto institucional.
- Cambio de actitud del personal de salud. Relación personal de salud/usuario(o) con comunicación fluida, de respeto a la cosmovisión, aceptar y tomar en cuenta la decisión del usuario.
- Reconocimiento y respeto del personal de salud biomédico al saber y la práctica de las parteras.
- Espacios adecuados culturalmente en Centros de Salud y Postas de Salud.

Lecciones Aprendidas:

- Estrategias de operativización.
- Consensos con los actores.
- La confluencia de los esfuerzos.
- Equilibrio entre propuesta local y criterio técnico.
- Los encuentros entre actores, interfaces.



3.3. Atención integral a la salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas en municipios de alta marginación.

Elsa Santos¹⁶, UNFPA México.

Agradezco mucho la invitación del UNFPA Colombia para participar en esta importante reunión y especialmente al Pueblo Embera que nos ha compartido su visión, su cosmovisión, sus preocupaciones en salud y los requerimientos que tienen hacia los servicios de salud. Les agradezco mucho todo este intercambio de saberes, que llevaré a mi país para enriquecer las acciones para mejorar la atención a la población indígena. En México estamos desarrollando un proyecto, que se llama *“atención integral en salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas de municipios de alta marginación”*.

Este proyecto tiene la característica de promover experiencias que contribuyan a mejorar la salud reproductiva en poblaciones indígenas, con el fin de documentarlas y evaluarlas para que se puedan extender a entornos similares y con ello compartir el conocimiento desarrollado durante la experiencia de la implementación.

En México, casi 10 millones de personas viven en hogares indígenas, y durante los últimos años se han desarrollado diferentes estrategias pero se reconoce que aún no se ha logrado disminuir la brecha en los indicadores de salud sexual y reproductiva. Ante este reto se conformó un Grupo Directivo, con los titulares del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud; responsable de toda la normatividad de los servicios de salud sexual y reproductiva, el Consejo Nacional de Población, que agrupa a diversas instituciones de desarrollo social del país y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en México.

Este grupo directivo, conformó un Grupo Técnico con representantes de las diferentes instituciones, quienes se dieron a la tarea de diseñar un proyecto para el mejoramiento de la salud reproductiva en poblaciones indígenas en municipios de alta marginación.

La primera fase del proyecto inició en 2008 y consistió en la planeación y en la detección de necesidades, así como en la adquisición de insumos y equipo médico.

En la segunda etapa que, estamos viviendo ahora consiste en la instrumentación, prueba, sistematización y evaluación de modelos piloto. Estas experiencias se están desarrollando en este momento en dos estados: Hidalgo y Chiapas.

¹⁶ Coordinadora del Proyecto de “Atención integral a la salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas en municipios de alta marginación” del Fondo de Población de Naciones Unidas en México-



Durante 2011 y 2012 se realizará el proceso de institucionalización y extensión de las estrategias, así como el seguimiento y evaluación de las acciones, que permita llegar al cumplimiento de los objetivos establecidos.

El proyecto tiene como objetivo general: contribuir a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva, e impulsar una vida libre de violencia, a través del fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, desde un enfoque intercultural, y con perspectiva de género en la población indígena residente en localidades de alta y muy alta marginación.

Los objetivos específicos son: i) Contribuir al empoderamiento de la población indígena para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y para una vida libre de violencia. ii) Adecuar las prácticas de los prestadores de servicios al contexto sociocultural para favorecer el acceso de la población indígena a los servicios de salud y reforzar la articulación entre la medicina institucional y la tradicional mediante la incorporación de un enfoque de género e intercultural. iii) Fortalecer la operación de los sistemas de salud locales y mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud reproductiva en las unidades médicas de los distintos niveles de atención. iv) Impulsar acciones intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la salud sexual y reproductiva y una vida libre de violencia. v) Fortalecer la participación comunitaria con los servicios de salud para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva, una vida libre de violencia y generar una demanda calificada de los servicios de salud. vi) Evaluar la efectividad de las estrategias utilizadas con miras a su replicación e institucionalización.

Como les mencioné anteriormente la primera fase del proyecto se dedicó a la planeación y se adquirió y distribuyó equipo médico e instrumental para fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades médicas participantes en el proyecto. Asimismo se dotó de un vehículo para facilitar las actividades de supervisión y seguimiento de las actividades, así como equipo de cómputo y audiovisual. Por otro lado se realizó la reproducción de diversos materiales de promoción sobre los diferentes componentes de la salud reproductiva.

El estado de Hidalgo está trabajando en el municipio de Huejutla, inició las actividades a finales de 2009 en donde se está realizando una estrategia para empoderar a las mujeres en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante reuniones no sólo con las mujeres, sino también con los hombres y los jóvenes de la comunidad, a través de equipos de promotores que facilitan el diálogo y el empoderamiento de cada grupo de población.



En cuanto a la difusión se produjo una radionovela en lengua indígena en la que se tratan los temas de salud reproductiva y se transmite en radiodifusoras locales con el fin de fortalecer la demanda calificada de los servicios de salud.

También se está construyendo un modelo de sensibilización, acompañado de talleres de intercambio, entre los prestadores de servicios y la medicina tradicional, en particular con parteras, con el fin de mejorar las relaciones y fortalecer el intercambio de saberes.

Con el fin de medir los resultados de la intervención se realizó un diagnóstico de salud en esas comunidades, con un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo.

Por su parte el estado de Chiapas, eligió trabajar en el municipio de Tenejapa, incluyendo a nueve comunidades. Se está efectuando un diagnóstico en el que se incluyen indicadores de salud sexual y reproductiva, y con un enfoque cualitativo se incluye la visión de las autoridades locales y de los prestadores de servicios de salud.

Además se realizaron asambleas con las mujeres, para conocer sus demandas en salud sexual y reproductiva, y con las parteras para conocer su visión y sus necesidades de aprendizaje. En este grupo se integraron tanto las parteras certificadas por la Secretaría de Salud y aquellas que por no hablar español no han podido participar en las capacitaciones previas, por lo cual el proyecto logró su integración mediante el uso de su lengua en las reuniones y capacitaciones.

De igual manera, a través de una campaña con los medios de comunicación se hizo una radionovela en el idioma indígena en el que se tratan a través de la historia de una partera los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva. Adicionalmente con jóvenes de las comunidades en coordinación con la casa de la cultura, se diseñaron y pintaron murales alusivos a la salud reproductiva en cada una de las comunidades participantes en el proyecto. Estos murales se imprimieron en lonas con el fin de llevarlas a las escuelas y generar la discusión y la reflexión con los jóvenes.

Se está desarrollando un plan curricular para el fortalecimiento de las capacidades, con voluntarios de la comunidad, con parteras y con personal de salud, con el objetivo de conformar una red comunitaria de salud que trabaje de manera conjunta en el mejoramiento de la salud reproductiva de la población.

El desarrollo de las actividades ya mencionadas, se van a documentar y sistematizar, para favorecer la réplica en otros estados y lograr que a través de las actividades de participación comunitaria, de sensibilización y de empoderamiento de la población se genere una demanda calificada de los servicios de salud reproductiva y al mismo tiem-



po fortalecer la oferta de servicios por parte de las instituciones de salud para lograr que sean culturalmente sensibles y de alta calidad para contribuir al cumplimiento del objetivo de mejorar la salud reproductiva en comunidades indígenas en México.

3.4. Programa y retos para construir un modelo intercultural e instrumentos de monitoreo y referencia comunitaria.

Delfina Ruedas¹⁷ y Carmen Rios¹⁸, UNFPA Panamá.

La República de Panamá tiene siete (7) grupos étnicos, los Kunas, los Ngôbe- Buglé, los Embera, los Bokotas, y los Teribes. La representación que tenemos es de los Ngôbe- Buglé, y los Embera. La población Ngôbe- Buglé, es el grupo indígena mayoritario en la provincia de Panamá, representa prácticamente el 10% de la población, y está ubicado en la parte Noroccidental de la provincia, constituida por 7 distritos.

Dentro de los indicadores de salud, tenemos una alta mortalidad materna; la comarca Ngôbe- Buglé, entre el 2005 y 2007, ha tratado de bajarla, pero sin embargo, consideramos que tiene un número bastante alto, y abulta así a la República de Panamá.

Se ha avanzado en la relación entre medicina tradicional y medicina occidental, tenemos la ley 10 del 7 de Marzo de 1997, que habla sobre la creación de la comarca Ngôbe- Buglé, en esta misma, y además de la carta orgánica, se conforma la región de salud Ngôbe- Buglé. Los profesionales de salud de la medicina tradicional, están interactuando con los profesionales de salud de la medicina académica, en los centros de salud, eso quiere decir que las parteras y los médicos botánicos, trabajan internamente con nosotros en nuestras instalaciones, el paciente llega y es atendido, por la partera, por la enfermera y por el médico, si hay una situación especial, ambos intervenimos. Se prohíbe la práctica de la brujería y la hechicería en la población Ngôbe- Buglé, y está sujeto a pena el que la practique.

Respecto a la atención del parto, el 60% de los partos ocurridos, todavía es en casa, mediante la atención de parteras, inclusive, hay parteras familiares, hay esposos que la atienden y quizá el 10% se están atendiendo solas; a veces no hay oportunidad de llegar a una instalación de salud y el parto se da en casa, como dije, en ríos, en caminos, porque a veces la situación, por inaccesibilidad, no nos llevan a las instalaciones

¹⁷Enfermera- trabajadora del Ministerio de Salud- Coordinadora del programa de salud sexual y reproductiva y reducción de muertes maternas en la comarca Ngôbe Buglé- enlace con el Fondo de Población de Naciones Unidas en Panamá-

¹⁸Funcionaria del Fondo de Población de las Naciones Unidas de Panama-

de salud. Para enfrentar la muerte materna, ¿qué estamos haciendo? Estamos implementando el proyecto de información, educación y comunicación, a la población de la comarca Ngôbe- Buglé.

El objetivo del programa de reducción de mortalidad materna en la comarca Ngôbe- Buglé, con el Fondo de Población de las Naciones Unidas es contribuir con las acciones que desarrolla el Ministerio de Salud de Panamá, ya que cuenta con normas; y las estrategias que desarrollamos con el UNFPA, apoyan de manera particular, a mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva. Ahora estamos trabajando en 5 distritos de la comarca, de un total de 7.

Estamos hablando del enfoque de derechos humanos, el sujeto que tiene derechos, estamos trabajando en el empoderamiento de la comunidad, que ella intervenga en el cuidado de la salud, donde las mujeres y la familia son importantes. Además, contamos con el apoyo de organizaciones comunitarias y detectores de los derechos. Así mismo estamos fortaleciendo el Ministerio de Salud, con la compra de equipos, insumos, pasantías, y capacitaciones al personal.

Dentro de los antecedentes del proyecto, trabajamos con comunidades en dos distritos, hay lecciones aprendidas de todo esto, sobre lo que se debe y lo que no se debe hacer, para alcanzar el empoderamiento de la mujer; en un espacio culturalmente diferente al modelo dominante en el país. Interculturalidad es el medio, no es el fin, nosotros trabajamos lo que es interculturalidad, y es básico el respeto a la cultura; porque somos personas trabajando con personas, somos seres humanos, trabajamos con poblaciones indígenas y campesinas rurales, pero nuestro fin, es la reducción de la mortalidad materna.

Principales pasos:

Se han detectado cuatro demoras para reducir las muertes maternas:

La primera demora es en darse cuenta que algo no funciona bien en su cuerpo, y la segunda demora en decidir cuándo ir al hospital. Para evitar estas dos primeras demoras, se encuentran los multiplicadores comunitarios, que son básicos, son la parte fundamental en este proceso.

El diagnóstico sobre las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva, la organización de la propuesta pedagógica y académica, la sensibilización de las autoridades tradicionales y administrativas tienen que ir de la mano. Así mismo se ha realizado una selección de multiplicadores comunitarios, capacitación de los mismos, se tiene un plan de parto, referencias y (mapeo) bolsa semáforo, esta



parte, es importante, porque, una vez seleccionamos los multiplicadores y las multiplicadoras comunitarias, tienen que ser avaladas por la comunidad, porque podemos llegar a una comunidad donde no quieren trabajar estos temas, tenemos que respetar la cultura, pero muchos se han dado cuenta que a medida que se ha trabajado, quieren la salud de la mujer, de su familia, de sus hijos, y por eso aceptan el proyecto.

La tercera demora es en llegar al hospital y la cuarta demora es en recibir el tratamiento adecuado. Para atender estas dos demoras se les brinda apoyo a las mujeres, tenemos albergues para embarazadas, articulación y abogacía, sensibilización del personal de salud; equipamiento, compra de insumos; esta parte también es fundamental, porque una vez nos toma el equipo en la comunidad, podemos trabajar todo esto, fundamentalmente en la parte de salud, cuando la embarazada es atendida por una partera y un médico general, porque en la comarca no tenemos ginecobstetra lastimosamente.

Información, educación y comunicación

Con el objetivo de enfrentar la muerte materna, enfocado al desarrollo de la competencia y talento de la comarca Ngôbe- Buglé. También tenemos cuadernillos, para capacitar a las personas, aquí, los multiplicadores llevan un control de todo lo que hacen; si una señora se sienta en un río a conversar, es el mismo trabajo de promoción que está haciendo, ella hace su reporte y ese trabajo se le valora. Además se involucra el tema masculino, a partir de temas sensibles, hace diez años no se incluía el trabajo del hombre, y por qué no se va a incluir, si es el que acompaña a la señora, acompañando a sus suegros, y ese trabajo del hombre es importante.

Estrategias:

Mejorar la calidad de atención de mujeres en el embarazo, parto y post parto en el primer nivel de atención a través del fortalecimiento del personal, siguiendo para ello las prioridades identificadas por el Ministerio de Salud. Trabajamos la parte de medicina tradicional, pero también tenemos que ir con el Ministerio, pues las instituciones de salud son parte importante de este intercambio, para el desarrollo de conocimientos y habilidades en la atención de urgencias. La adecuación cultural ha logrado captar más embarazadas a través de las bolsas semáforo, acompañantes parteras y la atención masculina.

De igual manera hacemos dentro de esta estrategia, “las bolsas semáforo” que es bien importante, es como los semáforos, verde, rojo y amarillo, si lleva una bolsa roja, una bolsa verde o amarilla, ya cualquier persona identifica que está embarazada, y esto es muy importante, puesto que se le da la atención y apoyo.

Materiales que se han elaborado :

Trabajamos con títeres, rotafolios, también se trabaja en educación, comunicación, panfletos, cuñas radiales, se le explica también las reglas y la menopausia; todo también en el idioma Ngôbe- Buglé y del mismo modo, dibujos que tienen que ir a identificarlos con su población, la población indígena valida esos mismos materiales, también los valida el sector salud, pero ellos son los principales actores.

Entrega del material

Se están levantando materiales de imágenes, videos, entrevistas, fotografías, entrevistas a grupos clave, para ser transmitidas por emisoras de radio, de la localidad; estudio longitudinal, memoria formulada por la comunidad, y se han establecido alianzas, Coto Brus, OIM, ACNUR y con Universidades. De igual manera, trabajamos con Costa Rica, tenemos fronteras con Costa Rica, entonces debemos trabajar con la población indígena que emigra hacia esos sectores. La Salud en Panamá, es proporcionada por parteras, por médicos tradicionales, que también llevan un documento, una tarjeta, donde diga que cosas se hacen en Panamá, porque Costa Rica también tiene un control intercultural.

Los multiplicadores comunitarios:

Ellos promueven el control del embarazo, el control del parto y del puerperio, así mismo, promueven la planificación familiar y la prevención del VIH SIDA, porque también hay VIH SIDA, trabajamos en el enfoque masculinidad, desde el respeto de la cultura.

¿Cuál es el éxito, o cuáles son las lecciones aprendidas, o lecciones exitosas que hemos tenido, con tan pocos multiplicadores o multiplicadoras comunitarios?

Revisión con expertos y expertas, hemos llevado expertos y expertas pero adaptados a la cultura; siempre teniendo en cuenta el respeto de la cultura; giras in situ, son giras en las comunidades con los multiplicadores o la población con sus comunidades.

Evaluaciones del UNFPA:

El proyecto es financiado por UNFPA, que ve los registros, se hace seguimiento y monitoreo, y se deben entregar productos de cada una de las acciones realizadas.. Hay un acta de compromiso comunitario de los multiplicadores; los multiplicadores comunitarios son voluntarios, este es un proyecto de información, y de comunicación y deja la capacidad instalada y eso es lo importante.



Capacitación de multiplicadores comunitarios:

La imparten miembros de la comunidad, los multiplicadores están en los caminos, prestando atención a las embarazadas, pues son caminos de cuatro o cinco horas.

Uno de los objetivos de los programas de revisión de muertes maternas, es fortalecer la acción social, y de la salud para enfrentar las muertes maternas de la comarca Ngô-be- Buglé; mediante la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de tres estrategias articuladas en información, educación y capacitación.

Las familias son seleccionadas por los multiplicadores, porque tienen que trabajar con familias, ellos lo hacen por un proceso de selección, registran un monitoreo, como todo, tenemos que llevar un registro y monitoreo, aunque sean los multiplicadores comunitarios, ellos hacen un registro y un seguimiento, porque saben que de allí, pueden seguir trabajando con su comunidad mejorando la salud, porque eso es lo que buscamos. Las capacitaciones que se realizan, dentro del registro y monitoreo y la información llega. El trabajo que empieza en comunidades, para nosotros es muy valioso, porque de ahí, salen los resultados que se quieren obtener.

Las ayudas memoria:

Son los libros en el que hacen un registro de la mínima actividad que hacen, y para nosotros una actividad es: si un señor va a trabajar la huerta, lleva su machete, y va con otro señor, hablando de masculinidad, eso también se le anota; porque es un aporte que está dando, también conversatorio, charla y capacitación.

El plan de parto:

Le damos seguimiento a las embarazadas, los multiplicadores les lleva un control, en primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre, son los multiplicadores y las multiplicadoras, y este es el control que se lleva, si la señora, no puede salir al hospital, o a donde está la partera, o un área segura; busquemos ¿por qué no salían? porque no tenían como llevar sus niños, porque no tenían con quien dejar sus animalitos, porque para ellos sus animalitos también son importantes, y si para ellos son importantes, para nosotros también debe ser importante. Entonces se toma en cuenta el plan de parto, y a los seis meses, van planificando, con quien van a dejar sus niños, sus animalitos, si con un familiar, con una hermana o con una hija, y así se programan para la salida.

Plan de acción comunitaria:

Es también el control que llevan los multiplicadores comunitarios, una modalidad que tienen de forma sencilla, es que van llevando el control de las actividades que tiene por mes.

Para finalizar quisiera explicar ¿qué hacemos?

Una multiplicadora partera atiende, pero de igual manera, hay que enseñarle cuando hay hipertensión, que ella también pueda hacer esto, tomar la presión de la compañera, dando capacitaciones, trabajando en seguridad alimentaria, porque si la salud es importante, si la educación es importante, la alimentación también lo es.

Están de igual manera, el equipo de salud de otra región, apoyándonos en traslados con llamados por teléfonos, salvando vidas, para sacar una paciente en helicóptero. Tenemos una compañera de la asociación de jóvenes Ngôbe, parte importante en esto, nos acompaña la fundadora de la Asociación de Mujeres Ngôbe y andamos con un importante equipo de apoyo.

Finalmente, estamos con poco tiempo, tres meses, pero estamos trabajando lo que es, el parto sin dolor (lo llaman los médicos y las enfermeras), o parto psicoprofiláctico, lo estamos adecuando a la cultura, y como hacerse también para llevar un parto a término y sin dolor.

Conclusiones del panel:

- No podemos hablar de que exista un solo modelo de atención en salud, los modelos surgen como respuesta a la integración que hacen los pueblos indígenas del derecho a la salud. En el desarrollo de estos modelos, es fundamental la participación de las comunidades, como por ejemplo, cuando se desarrolla un modelo de partería, siempre se involucran las parteras en su construcción.
- Es importante tener en cuenta el tema de la complementariedad de los conocimientos de ambas medicinas, que se plantean en las diferentes propuestas.
- En este panel pudimos ver las formas y estrategias, para generar un modelo de servicios integrales en salud sexual y reproductiva, nos muestra las fases que ellos han desarrollado y que nos pueden servir como un ejemplo que pudiéramos desarrollar en otras zonas del país. Sin embargo lo interesante es el énfasis que se hace en que, primero tenemos que partir de las necesidades que se detectan en la gente y segundo del diagnóstico de salud de la población.



- De igual manera otro elemento interesante, es que el tema de salud sexual y reproductiva, no es solamente un problema de la mujer, sino que también se trabaja con los hombres.
- Se debe hacer un especial énfasis en la coordinación interinstitucional, que no es solamente un problema del sector salud, sino de los distintos sectores que afectan a la salud.
- Es importante resaltar, es el énfasis que hacen las experiencias en la formación en desarrollo de las competencias del talento humano, en el empoderamiento de la comunidad, en la elaboración de materiales educativos, y que así mismo, en este tipo de proyectos es fundamental el tema del seguimiento y del monitoreo.





V. Panel 4: La salud de las mujeres y la vida en pareja. El desafío intercultural.

Modera Lucy Wartenberg, Representante Auxiliar de UNFPA.

4.1. Relatoría “Las parteras y el sistema nacional de salud y el Sumak Kawsay”.

Myriam Conejo. Ministerio de Salud Pública, Ecuador¹⁹.

- El Sumak Kawsay significa el buen vivir, el bienestar, el bien relacionarse, bien llevarse, bien enseñarse; y vivir la plenitud del existir, en su integralidad corporal, espiritual, mental y emocional, es estar en armonía consigo mismo, con la comunidad, con su entorno y con los espíritus protectores. El Sumak Kawsay está contemplado por la constitución del Ecuador.
- Las políticas interculturales son necesarias porque la situación en los pueblos y naciones indígenas es muy complicada, no tienen los mejores indicadores de calidad de vida.
- Es importante la incorporación de la variable étnica, con la finalidad de mirar donde debemos aún trabajar para mejorar esos indicadores, y que reflejen realmente un mejoramiento a nivel de toda la población no solamente en lo urbano, olvidando la población mestiza.
- La Constitución Nacional del Ecuador contempla la necesidad de preservar y fortalecer las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias y ampara el reconocimiento de los derechos individuales y colectivos, y los de cuidado de la salud.
- En Ecuador coexisten varios sistemas de salud: la medicina occidental, el sistema de medicina nacional de salud, y el sistema de medicina indígena y medicinas complementarias.

¹⁹ Relatoría elaborada por Diana Catalina Buitrago, Oficial de Género y Derechos Humanos del UNFPA.

- La meta a lograr es contribuir con políticas públicas para la diversidad plurinacional y pluricultural, complementar las políticas de salud del sistema nacional de salud, mejorar la salud de las nacionalidades y los pueblos afroecuatorianos; evitar la exclusión social, y desarrollar progresivamente el modelo de salud integral, familiar, comunitario e intercultural.
- De manera general, se busca alcanzar este propósito a través del fortalecimiento del conocimiento del – Sumak Kawsay - y buen vivir en la población ecuatoriana; la promoción y ejecución de programas, planes y actividades de medicina occidental, alternativa y complementaria, a nivel nacional y local; la construcción conjunta de normas, protocolos y procedimientos de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias; la investigación y aplicación de propiedades curativas de los frutos microbotánicos y genéticos de la biodiversidad, con la autorización previa, consulta libre e informada, de los hombres y mujeres de sabiduría; trabajar sobre el registro, por la autoridad sanitaria, de los prestadores de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias; trabajar en el fortalecimiento y articulación de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias, en el modelo de atención y gestión, con la participación de las instituciones del Estado, organizaciones, comunidades y ciudadanía.
- También con la difusión de los saberes y prácticas de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias y su integración a los sistemas de enseñanza y aprendizaje en todos los niveles educativos; potenciación del enfoque intercultural en los programas del Ministerio de Salud Pública; capacitación y sensibilización a los equipos de salud intercultural; fortalecimiento de las redes de medicina ancestral, alternativa y complementaria, articuladas a las redes prestadoras del sistema formal de salud; intercambio de experiencias y del talento humano de los diversos sistemas médicos; la incorporación de la variable étnica, tanto en el sistema de información epidemiológico y de vigilancia, como para la gestión del modelo de salud familiar, comunitario e intercultural y la construcción de veeduría social, en torno a la operación de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias, entre otras.



4.2. Adecuación cultural de los servicios de salud: desarrollo de herramientas para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos para la reducción de la mortalidad materna en comunidades indígenas.

Lucy del Carpio²⁰, MINSA, Perú.

Tener una sola norma regional sería ideal, porque todos los pueblos poseemos cosas muy parecidas y otras particulares, que las podríamos ir trabajando, lo cual sería una experiencia muy importante para el mundo; ya que hay otros países en el mundo, que están mirando lo que hacemos; India, África, Centroamérica, todos en general, quieren trabajar este tipo de políticas, porque se han dado cuenta que lo que nuestras mujeres reclaman, es lo que nuestros pueblos desean.

Por eso, como Ministerio de Salud, como personas que trabajamos para la salud, nos debemos a los pueblos. Por lo cual, tenemos que hacer lo que los usuarios piden para poder ser atendidos. En Perú al igual que en Colombia, tenemos muchas etnias, tenemos en el país zonas urbanas, zonas rurales. Casi el 99% de la población es indígena amazónica o mestiza. Contamos con un área de más de un millón de kilómetros cuadrados; y una población que excede los 29 millones, tenemos como división geográfica, la tierra y selva con todos los límites.

De alguna manera quería comenzar con esto: el ser pobre, ser mujer, ser indígena en una comunidad rural, es la descripción más exacta de la marginación y la exclusión social.

La situación se torna más complicada para las madres que no acceden a los servicios de salud, porque estos no se encuentran adecuados con sus creencias, prácticas y costumbres. En estos casos el riesgo de perder a su bebe o de morir en el parto, es frecuente. Sin embargo la historia empieza a cambiar, la interculturalidad es un derecho que se considera parte de una atención integral de calidad.

Qué se ha dicho de la interculturalidad:

La Organización Mundial de la Salud –OMS- se basa en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, porque sencillamente, cada una respeta sus facultades e individualidades. No se trata de imponer ni de avasallar, sino de concertar.

²⁰ Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud del Perú

Así podemos ver, como los profesionales de la salud junto con las parteras, junto con los usuarios, conversamos y dialogamos. El enfoque intercultural concibe la salud como un derecho, encuentra la manera que los pueblos tienen de entender la vida. Es necesario valorar la cultura de nuestros pueblos como algo imprescindible, en el proceso de mejorar la calidad de la atención y el acceso a las mujeres y a los servicios de salud.

Es así como en los últimos años en el Perú, el Ministerio de Salud y diversas instituciones públicas y privadas, han mantenido una cooperación, entre ellas está el UNFPA y UNICEF, quienes han realizado múltiples esfuerzos para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, frente a la problemática de la mortalidad perinatal y materna.

En el marco de los derechos, ¿Qué hemos hecho para adecuar culturalmente la atención materna?

En primer lugar tuvimos que analizar, porqué las mujeres no llegaban a los servicios; y en el análisis vimos que los servicios no eran adecuados según las costumbres, el lenguaje cultural era diferente, no los entendían, la posición ginecológica para la atención del parto no les gustaba; sentían vergüenza de mostrar sus partes, no podían tomar sus mates en el momento del trabajo de parto, miedo al corte.

Por otro lado, estaba el uso de sustancias frías para la asistencia perinatal, y más cuando estamos en lugares muy fríos, a niveles bajo cero. No contar con el apoyo de las parteras, de sus familiares, y la eliminación de la placenta.

Así que, comenzamos a construir, para todo este proceso de desarrollo, estrategias de interculturalidad, tuvimos que ver qué recuperar, cuál era la percepción del usuario, de los profesionales y de todos los involucrados. Construir materiales, ver como teníamos que adecuar los servicios, y se tuvo que hacer la consulta a nuestras mujeres, a nuestras parteras y a nuestros entes comunitarios.

En virtud de lo anterior, ahora vemos en la adecuación de los servicios, que a la usuaria, no se le quita su ropa, puesto que ellas sienten mucha vergüenza de que les quiten la ropa, tan solo se les descubre una parte. Las sábanas no se utilizan en todos los sitios, si no que, se utilizan las mantas, del mismo modo, las parteras las acompañan en el sitio del trabajo de parto.

Por otra parte, el plan del parto, es un instrumento que se trabaja durante la atención prenatal, en la comunidad y en la casa de la usuaria, la cual, allí, define cómo quiere ser atendida, quién va a juntar el dinero si es necesario para el transporte; con quien



va a dejar a sus hijos, si va a ir a una casa de espera, o si va a llevar animales. Todo esto, queda plasmado en un documento, que uno lo tiene el usuario, y el otro lo tiene el establecimiento de salud.

Para hacer seguimiento a las gestantes, la comunidad se organiza y hace el papeleo de las gestantes, para ver, donde están ubicadas y cuando deben ser apoyadas para llegar al establecimiento de salud.

De igual manera, adecuamos las salas de parto según las costumbres, con camas más bajas; con pellejos, las silletas, las sogas, los wariquitos, que en las selvas son con unos palos para ellas poderse agarrar, y así, cada sitio se adecua según las costumbres del lugar.

Igualmente vemos también, que una mujer necesita pasar a una casa de espera, porque vive muy lejos, por lo cual, allí, puede ir la ambulancia a recogerla y ella puede ir con su familia, incluso pueden llevar algunos alimentos que acostumbran comer.

En otras oportunidades, cuando hay algún tipo de complicación, se organiza un grupo de gente comunitaria, que ayudan a las usuarias a llegar a los establecimientos.

Por otra parte, vimos que era necesario construir alojamientos cercanos a los centros de salud, y estos eran adecuados a sus costumbres. En este momento tenemos 465 casas de espera, esto de alguna manera ofrece un acceso rápido a los servicios de salud, y del mismo modo, cuando hay alguna complicación, están alojadas ahí.

¿Quiénes son las personas que se alojan ahí? son las personas que se les ha comprobado que, viven muy lejos, que no tienen fácil acceso, o si sabemos que puede caer un puesto y no pueden pasar; que tienen factores de riesgo o complicaciones, si son víctimas de violencia intrafamiliar, o que están abandonadas.

En la casa de espera pueden permanecer, dos o tres días, un mes o los ocho meses, dependiendo de las necesidades.

Hay diferentes modelos de casas de espera, en la selva o en la sierra. Son de diferentes tipologías, y todas son construidas o adecuadas por la misma comunidad, son según como ellas acostumbran a vivir. En algunas llevan incluso sus animales, o sus biohuertos para sembrar, y tener para tomar el mate, en el momento del trabajo de parto.

Los dormitorios tienen camas bajitas, allí pueden estar con sus hijos o con toda su familia, la cocina mejorada, para que no haya humo, y es donde se reúnen ellas a cocinar. Con todo esto que hemos podido empezar a trabajar el parto, hay diferentes modali-

dades, por ejemplo tenemos en Ayacucho, Huancavelica, en Amazonas, en Churcampas, en Cajamarca; en cada uno de los sitios esta a su manera.

Tenemos así mismo un CD, en el que les mostramos el trabajo de parto, y las normas, de igual manera están los beneficios y los riesgos que ellas deben tomar. Todo está, dentro de esta norma, y esto nos ha permitido incrementar los partos, por ejemplo en el 2008 tuvimos 22.937 partos verticales, y en el 2009, 31.809 partos verticales.

En síntesis, vimos que tenemos normas, pero que tenemos que capacitar al personal, así que, había que formar sedes de pasantías, y en el Cuzco primero se validó y se trabajó todo para hacer las capacitaciones, ahora tenemos 13 pasantías.

También vimos que requeríamos una normatividad, que por ejemplo, teníamos que documentar la implementación de las casas de espera, hemos sistematizado lo que hay en la casa de espera.

Por otra parte, debíamos ver como hacíamos la orientación de salud sexual y reproductiva, pero con el mensaje de la adecuación cultural. Entonces se construyó el documento de la orientación y consejería de salud sexual y reproductiva, y todo su modulo de capacitación.

Igualmente para poder capacitar en el parto vertical, había vacíos, pero ya hemos avanzado, acabamos de sacar el modulo de la capacitación para la atención del parto vertical, con todas las lecturas con las que se guían; es decir, que debe hacerse desde antes de llegar a la pasantía, durante la pasantía y posteriormente a la pasantía.

¿Qué hemos logrado con el desarrollo de la estrategia de adecuación cultural?

En primer lugar, ha sido el empoderamiento de la población a reconocer su cultura, en el marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de la autoestima, dignidad y el reconocimiento social. Además, el mejorar su capacidad de diálogo, de acceso a los servicios, logrando así, mejorar los indicadores de la salud materna y perinatal.

En atención prenatal, hemos incrementado en la zona rural el 82.6% que estábamos en el 2004 - 2006, con el 87.1% que ahora estamos. Es decir, cada vez más, llegan mujeres a los servicios para la atención prenatal, muchas veces acompañadas por el esposo, por la mamá, por la suegra o por la partera.

La partera está capacitada junto con los jefes comunitarios, en detectar signos de alarma, en cómo llevarla, y en cómo apoyarla en todo momento.



Igualmente, el parto institucional incrementó, en este momento estamos en el 82% a nivel nacional, y lo más impactante, es que la forma rural va en el 59% de parto institucional, es decir, partos atendidos en establecimientos de salud con adecuación cultural.

Para el 2009, la muerte materna ha bajado a 103 por 100.000 nacidos vivos, sin embargo, aun, hay mucho camino que falta por recorrer, para seguir cumpliendo la meta que es llegar con los 100.000 nacidos vivos para el 2010.

Finalmente la lección y la salud, es una construcción social y cultural de poblaciones. Debemos enfocarnos a que el dialogo intercultural se convierta en políticas públicas, con los mismos recursos, daríamos un inmenso salto hacia adelante en la salud de nuestros pueblos.

4.3. La experiencia de trabajo desde una comunidad organizada para reducir las demoras que causan las muertes maternas.

Mayra Arena²¹ . Panamá.

¿Quiénes somos los multiplicadores comunitarios? Somos personas de la comunidad, que hemos identificado problemas en la comunidad, somos personas comprometidas con el bienestar de la gente, personas líderes y lideresas, que queremos multiplicar el conocimiento en nuestras comunidades.

Sistema de labor comunitaria:

Para salvar las vidas de la comarca Ngöbe - Buglé, el punto estratégico, es la labor de los multiplicadores comunitarios, hay acciones por realizar, con el fin de informar, educar y comunicar tales como:

1. La visita a la casa de familia para desarrollar el conversatorio, charlas y presentaciones con títeres, si hay una embarazada, informarle sobre sus derechos y orientar a la familia, especialmente al esposo, la suegra y si ahí estuviera, también a la madre y abuela, para que no se descuiden.
2. Confección y autorización de periódicos murales, dependiendo de cada mes, dependiendo de donde estemos, promocionamos un evento, un local, promocionamos los temas que estemos trabajando.

²¹ Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud del Perú.

3. Intercambios de información en la oficina del proyecto y cuando nos visitan para ver cómo van mejorando los indicadores.
4. Detectar en la salud, cualquier anomalía en las mujeres embarazadas.
5. Grupo de articulación de trabajo comunitario, es organizarnos en la comunidad entre todos para estar preparados, participamos todos, las autoridades, alcaldes, asociación de padres y madres, juntas, registradores auxiliares, maestros y personal de salud.
6. Buscar ayuda médica sin pérdida de tiempo, es un gran trabajo, porque hay que enseñar a confiar en el centro de salud y en el personal de salud. El personal de salud no ayuda siempre, porque no entiende lo que pensamos y no aprecian a las personas, a veces no les preocupa si no entienden el idioma, por eso también hablamos con el personal de salud y poco a poco les tratamos de enseñar. Creemos que debe ser obligatorio que nuestras comunidades, parteras, médicos tradicionales, trabajen en el centro, así las personas, las mujeres se sienten más cómodas.
7. Tratar de llevar a la institución médica, a la mujer embarazada, con un traslado rápido a una institución de salud. Para esto es que es importante estar organizados.

Nuestra meta a alcanzar, es disminuir la muerte materna e infantil, especialmente en la comarca Ngöbe - Buglé.

También trabajamos en el empoderamiento de la mujer en general, la embarazada en particular, para que se haga oír del marido, de la suegra, de los familiares y especialmente del personal de salud. No es fácil, culturalmente la mujer es tímida, culturalmente el personal de salud ve a la mujer sin valor y más si somos indígenas y pobres, no es lo mismo cuando ellos trabajan en una clínica privada ahí se vuelven amables, pero cuando trabajan en nuestra tierra son pocos los amables y sensibilizados. Además realizamos acciones de promoción a través de visitas domiciliarias de multiplicadores en la práctica de medidas preventivas.

La Asociación de Mujeres Ngöbe, (ASMUNG)²²

Se funda en el año de 1991, siendo el primer grupo u organización de mujeres que se da en la comarca, rompiendo barreras y rompiendo culturas, incidiendo también dentro de la comarca.

²² Esta parte de la presentación la hace la señora Gertrudis Sire lideresa de la Comarca Ngöbe-



En ese caminar, nos dimos cuenta que habían situaciones no solamente artesanales no solamente sociales y económicas, sino también problemas de salud, ahí, identificamos con nuestra organización el tema de la salud sexual reproductiva.

En esta primera experiencia, participamos en dos distritos y fundamos nuestros proyectos, dando como resultado, que era importante y se podía hacer, ahora, estamos trabajando por municipios; porque creemos que es importante la participación de las autoridades tradicionales y administrativas, que aprendan del tema de la medicina y la mortalidad materna, porque no es solo un asunto de mujeres, afecta a la comunidad entera.

Estamos adelantando un proyecto en Panamá, en el que queremos que los países que ya han avanzado en este tema como Bolivia, Ecuador, México, vayan a compartir esas experiencias, y así, tener varias herramientas para proyectarnos, ya que este tema, tiene mucha resistencia, pues hay normas y reglas que negociar, por eso es que estamos aquí.

Quiero compartir una serie de cosas que ya muchos hemos dicho: la discriminación, el ser pobres, ser mujer y ser indígena, que en la actualidad de repente para otras personas es fuerte, pero quizás utilicemos esto a nuestro favor, y es lo que nosotras como mujeres hemos hecho en Panamá, hemos visto eso, no como una desgracia, sino, como una fortaleza con la cual nos hemos levantado y tenemos 18 años de haberla fundado.

Mi experiencia²³

Como mujer joven de la comunidad Ngöbe - Buglé, nos hemos fortalecido como mujeres, y nos ha servido mucho; porque *“ya no me quedo callada cuando se violan mis derechos, los de mi familia o de otra persona de la comunidad. Soy más activa, y sé que debo tomar acción y no esperar a que otro actúe o hable por mí”*. Este programa me ha animado, ahora estoy estudiando enfermería, pues ese era mi anhelo y, con el programa sentí que debía hacerlo, cada uno de los temas me dio más fuerza.

La formación comunitaria:

La participación en la formación de los multiplicadores comunitarios y autoridades de la comarca Ngöbe- Buglé.

²³ Mayra Arena

Los multiplicadores comunitarios trabajan en mí, mi familia y en las personas de la comunidad; creen que por que soy voluntaria, sin que me paguen, siempre les debo orientar y ayudar. Aquí donde estoy, oriento, y he orientado a mi familia, que son los principales; después voy con las comunidades, pero cuando hablo con la comunidad, no me pagan, sin embargo, yo lo hago porque a mí me gusta, me gusta informar, que la gente de mi comunidad en especial este informada y que sepan cómo defender sus derechos.

Coordino con la promotora de salud y personal del Ministerio de Salud de Panamá - MINSAL-, nos hemos ayudado en mi comunidad, en las visitas periódicas a las comunidades, me ven como una persona que puedo ayudarles y les hago sentir bien, les ayudo en cómo disminuir las demoras que son las causas de las muertes maternas.

La participación activa en otras comunidades, aquí donde me ven yo camino mucho, horas seguidas, he estado a punto de desmayarme, pero he llegado, sé lo que es caminar por ejemplo, cuatro horas de camino y aguantar entre sol y la lluvia. Sí sé, que es eso.

No hacemos política, les damos ideas positivas; trato de balancearme entre el trabajo para pagarme la universidad, y ayudar a los demás.

La toma de decisiones:

La importancia en la toma de decisiones es que podemos sobresalir esmerándonos como juventud y dándonos oportunidades, sé que aquí hay muchos jóvenes y esto es lo que debemos hacer.

Acciones de promoción:

No solamente he estado en las comunidades de mi país, también he estado en Costa Rica, en Nicaragua, así como del mismo modo estoy aquí, dándoles información sobre cómo podemos lograr ser uno solo y transformar una comunidad bien organizada.

En el área cafetalera de Coto Brus, Costa Rica, en la frontera, hay una parte de la población indígena Ngöbe, yo también me traslado allá donde están ellos, dándoles conocimientos e información que necesitan, ahí llegan de todas partes, son muchas personas, muchas familias pobres que van a cosechar café, viajan de lejos, por mar, por río, caminando desde la cordillera, saben muy poco, por eso se sienten bien cuando les hablamos en su idioma, nosotros sus iguales, lo hacemos con respeto, con valor, dándoles valor, por eso nos escuchan, no regañamos, respetamos y escuchamos, es una gran oportunidad, aunque sea una palabra, puede quedarse en la mente y ayudar.

Quiero también compartir una anécdota que me sucedió, porque muchas de nuestras mujeres cuando se van para ser atendidas en los hospitales, les dicen que son brutas porque no saben hablar bien el español, les dicen que son ignorantes y, déjenme decirles a hombres y mujeres míos, todos tenemos nuestra sabiduría, todos tenemos nuestra inteligencia y también depende del entorno en donde nos estamos desarrollando.

Por eso, quiero contarles de un periodista economista, que es un personaje en la ciudad de Panamá, el cual, lo lleve a la montaña y llegamos a una comunidad en Buenos Aires; allí vimos un palo grande de Toronja. Lo primero que le digo, es que debe subirse al palo, aunque fuera un hombre de casi 2 metros de altura, su primera reacción fue decirme “ese palo no se caerá conmigo”, lo cual es gracioso, ya que los niños indígenas montan esos árboles desde los 6 años y consiguen cualquier cantidad de fruta; cuando se sube, veo que se queda sin poder tocar una sola toronja, a lo cual, le comento que le voy a conseguir un gancho, con el que nosotros agarramos la fruta; mientras yo me preparo para que caigan las toronjas y yo las recoja, no veo que caiga nada, y la sorpresa es que al verlo, él no había agarrado el gancho correctamente si no por el revés, esto no me da derecho a mí, a decir que es un ignorante, no, él es sabio en su entorno, y así es igual en todos los aspectos.

Por último, lo más importante de nuestras compañeras de Risaralda, organícense, eleven su voz, hagan su protesta, digan en los espacios y en los escenarios, lo que ustedes sienten, aunque tengan miedo, cuando uno dice algo que afecta al otro, siempre habrá resistencia.

Cuando nuestras voces se eleven y se hagan oír en diferentes comunidades, en diferentes países, los gobernantes nos van a tener que escuchar, no nos están haciendo un favor, es nuestro derecho, somos ciudadanas, con derechos iguales a todas las otras mujeres no indígenas, pero las acciones de los gobiernos, no deben de eliminar nuestra sabiduría y costumbres; tienen que respetarlas y valorarlas, es su obligación, estamos aquí y ellos se deben acostumbrar y cambiar, nosotras, no tenemos que cambiar.



4.4 Mortalidad Materna y Perinatal: Retos para su disminución.

Rafael Borda²⁴. Ministerio de la Protección Social. Colombia.

Es muy importante para nosotros, como en otros países han desarrollado el tema de la partería y ver que nosotros tenemos mucho que hacer, mucho que avanzar y que trabajar en este tema. Sin embargo, aquí en Colombia tenemos varios ejemplos de las comunidades indígenas, en varios territorios y departamentos, donde se han desarrollado esos temas.

Temas normativos y legitimadores de la salud pública, en salud sexual reproductiva y mortalidad materna

Sobre el talento humano de salud: Las medicinas tradicionales en Colombia, son reconocidas desde las mismas leyes y del conocimiento de los convenios internacionales, tenemos la ley 691, la ley 100, que habla del reconocimiento y la autonomía en el tema de la prestación de los servicios de salud. Hay un tema que es el talento humano en los servicios de salud, que quedo un poco rezagado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, pero que ya se ha empezado a darle más énfasis a ese tema.

En referencia a las medicinas tradicionales, se reglamentó a través de la ley 1164 del 2007, y dice el artículo 20: *“del ejercicio de las culturas médicas tradicionales, de conformidad con los artículos 7 y 8 de la Constitución Política, se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales, propias de los diversos grupos étnicos; las cuales, sólo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas, de acuerdo con sus propios mecanismo de regulación social”.*

¿Qué quiere decir esto?

Que la ley, lo que está haciendo es un reconocimiento de lo que ya estaba escrito en la Constitución y, dentro de las normas; prima el respeto al uso y costumbre de los pueblos indígenas, por encima de las leyes que salen para el occidental, es decir, que el reconocimiento de la medicina tradicional, y por ende, la partería que se práctica en las comunidades, tiene su propio peso y está por encima de la regulación del occidental en el tema de salud.

²⁴ Coordinador Grupo de Recurso Humano de la Dirección General de Análisis y Política de Recurso Humano del Ministerio de la Protección Social



Con referencia a la partería específicamente se han realizado proyectos de ley, que han llevado congresistas y que han tratado de sacar para hacer un reconocimiento de la partería a nivel legal. Nosotros desde el Ministerio de la Protección Social, nos hemos opuesto en el sentido que, como ya existe ese reconocimiento constitucional a las medicinas tradicionales y a la partería, no necesitamos una ley propia de partería; tenemos es que crear los mecanismos técnicos y otras regulaciones para impulsarla, apoyarla y desarrollarla.

Pensamos que la partería tradicional, hace parte de las culturas médicas tradicionales y está reconocida en la ley, su ejercicio está sujeto a unas reglas básicas generales, articuladas a mecanismos de regulación social de los diversos grupos étnicos donde se practican, es decir, ustedes mismos son los que regulan ese ejercicio, las autoridades indígenas y la comunidad, son las que regulan el ejercicio de las medicinas tradicionales, el ejercicio de las parteras, el ejercicio de los sobanderos y de las diferentes prácticas de salud de cada comunidad.

El Ministerio considera que no es necesario expedir otra ley al respecto, se deben expedir normas técnicas, que permitan la habilitación de esa clase de servicios y establecer mecanismos como la identificación única y la certificación; esto si tenemos que reconocerlo en la propia comunidad y lo tiene que saber el Estado para el tema de la vigilancia y el control, saber quiénes son los agentes de salud, quienes son las parteras, quienes son los médicos tradicionales y donde están, para la planeación y la gestión del mismo servicio de salud.

Hay tres proyectos de ley en este momento en el Congreso, en los cuales nosotros estamos participando e invito a participar a las organizaciones indígenas, a través de la mesa indígena para hablar de estos temas.

Uno de los temas es el de las parteras, al cual, hemos pedido que no se le de curso; hay otro que es el de maternidad segura y parto digno y, hay otro que es sobre licencia de maternidad, el cual también lo volvieron a presentar para la próxima legislatura, para ser aprobado.

Nosotros debemos dar concepto, y el concepto lo hemos estado trabajando en consenso con los diferentes actores, pues no podemos dar un concepto, sin reconocer la posición de los indígenas de otros grupos étnicos, o de otras asociaciones o agremiaciones, que sobre medicinas tradicionales, partería y otros servicios de salud que prestan en las comunidades y grupos étnicos.

Estadísticas: resultados de la implementación de salud pública del Plan de Salud Sexual y Reproductiva

En el mismo Plan Nacional de Salud Pública, se reconoce el respeto a la diversidad cultural y étnica, la garantía y el respeto del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorios ancestrales, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos, frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes, en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud indígena y de la ley 691 del 2001.

Esto lo contempla el mismo Plan Nacional de Salud Pública, que se lleva a los departamentos, que se aplica en los territorios de los municipios y los resguardos, y sobre este principio tenemos que hacer más énfasis, para lograr el reconocimiento en todas las practicas de salud, de todas las personas que trabajan en salud en las comunidades.

En las estrategias, hay metas, y se han identificado problemas a atender en salud sexual y reproductiva, altos índices de mortalidad materna y perinatal, aumento de la fecundidad, y falta de servicios de atención integral para adolescentes y jóvenes, altos índices de embarazos no planeados y abortos, aumento en la incidencia de las EPS de VIH/SIDA, alta mortalidad por cáncer de cuello uterino, altos índices de violencia domestica y sexual.

Problemas que se vienen trabajando desde antes y se reportaron con la formulación del Plan Nacional de Salud Pública; se establecieron unos temas prioritarios a atender en salud sexual y reproductiva tales como: la maternidad segura, la planificación familiar para hombres y mujeres, la salud sexual y reproductiva en adolescentes, las IPS, VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino y la violencia domestica y sexual.

Dicha estrategia es para atender, estos problemas y prioridades que están a cargo del Estado, de las entidades territoriales, de las Secretarías de Salud departamentales y municipales y, tienen que mantener el componente de desarrollar modelos de atención en salud con origen intercultural; eso lo tenemos como competencia como obligación, los funcionarios desde las entidades de salud.

En la prioridad del Plan Nacional se establecieron varias metas, de las cuales voy a mencionar dos:

1. Para el 2011, reducir la tasa de mortalidad materna por debajo del 62.4%, por 100.000 nacidos vivos. La línea base para esto son 100.4 por 100.000 nacidos vivos, por estadísticas de 1998.



2. Lograr reducir para el 2011 la fecundidad global en mujeres entre 15 y 49 años, mantenerla por debajo de 2.4 hijos por mujer.

Como resultados tenemos:

- Entre los 9 y 15 años han aumentado todas las estrategias de planificación familiar.
- Reducción del embarazo en adolescentes, ya que las mujeres están participando más en las estrategias de control.
- Se ha aumentado el porcentaje de atención institucional por parto en las IPS, hospitales y clínicas, se han superado las metas.
- Ha aumentado el porcentaje de atención por personal calificado, se superó la meta.
- Se ha disminuido la mortalidad materna.

Retos

Nos hemos planteado unos retos, estos retos son propios del Ministerio y en el trabajo con las diferentes instituciones y comunidades.

1. Tenemos que realizar un intercambio de saberes para recoger evidencias, preservar conocimientos y prácticas ancestrales, que promocionan la salud y previenen las enfermedades, con el fin de identificar puntos de encuentro con la medicina occidental.
2. Conocer y compartir y procesos educativos y partería en grupos étnicos, a todos los territorios se les envió unas encuestas para saber cuáles eran las personas entrenadas, a líderes de salud, promotores y personas que han recibido capacitación en salud, para realizar unas actualizaciones y trabajar reforzando el tema de partería y llevar esto a hospitales de salud pública. Lo anterior lo estuvimos trabajando con el SENA directamente.
3. Cumplir con el objeto de la Política Nacional de Salud Pública y de Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque etnocultural, por parte de la Nación, los departamentos, los municipios y en resguardos en los que deben operar el sistema.
4. La formación de personal indígena, incluidas las parteras en salud intercultural.
5. Adecuar los currículos profesionales técnicos y auxiliares, en las escuelas, con énfasis en salud intercultural.



6. Promover las formas organizativas del talento humano en salud, como las asociaciones de parteras, de médicos tradicionales entre otras agrupaciones.

7. Trabajar en la reglamentación, en el ejercicio de la partería, parto digno, maternidad segura, de las culturas médicas tradicionales, en cuanto al conocimiento y certificación.

Para el Ministerio es muy importante, hacer un llamado para que participemos en la construcción de la política y en la construcción de esta regulación.

Conclusiones del panel:

- Ecuador es un ejemplo a seguir para América Latina, pues tiene una política de salud intercultural muy completa e integral.

- La experiencia de Perú nos muestra la salud como un derecho y como esto se expresa en la calidad de los servicios, nos muestra como han elaborado normas técnicas de acuerdo con las necesidades de cada uno de los diferentes grupos que conforman el Perú. Han desarrollado materiales de capacitación y material educativo para garantizar que todo el personal de salud y las parteras estén capacitadas. La experiencia del Perú por sus resultados y sus indicadores nos muestra que introducir el parto vertical tiene efectos como la reducción de la mortalidad materna y el aumento del parto institucional.

- Es muy importante no sólo la organización sino que sean las mujeres quienes se organicen para defender sus derechos. En el caso de Panamá, es significativo que los multiplicadores comunitarios cuentan con recursos, han sido capacitados, no trabajan solos, tienen indicadores, tienen herramientas de trabajo y eso ayuda a que su labor de comunicación sea más efectiva para el trabajo con las comunidades.

- El Ministerio de Protección Social nos muestra cómo el país está dando sus primeros pasos en términos de contar con unas herramientas, protocolos y normas que faciliten el conocimiento de la medicina tradicional y el trabajo de los médicos tradicionales en nuestro sistema de salud y todo el intercambio cultural, no obstante, es importante resaltar que existen grandes retos y es importante que quede evidencia de eso, pues nuestros colegas de otros países han mostrado unos grandes avances en términos de desarrollos para garantizar por ejemplo que la partería esté calificada y que las parteras tengan el reconocimiento social y cultural que merecen por su importante labor.





VI. Resultados sobre Minutas diferenciales y alimentos autóctonos.

**Alba Victoria Serna²⁵ . Dirección de Prevención,
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.**

Para el desarrollo de este trabajo de alimentos autóctonos que ha hecho el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF, en primer lugar, se debe porcentuar e identificar los departamentos donde se encuentran los mayores asentamientos de comunidades indígenas y de grupos afrocolombianos.

Primero, se elaboró y construyó un formato, a través del cual, se podía recolectar la información directamente en el terreno. Esta información, debía contener datos sobre alimentos, tiempo de cosecha, si el alimento era silvestre o era cultivado y, otros usos diferentes que se le daban al alimento aparte de la alimentación, de pronto, si el alimento era utilizado para algún tipo de medicina o para otro tipo de actividades, también debe aportarse esa información.

Se hizo la validación del formato directamente en las comunidades, se procedió a recolectar la información. Aparece en este proceso el apoyo de las unidades móviles, que es un grupo de compañeros que se encuentran en cada una de las regionales, y ellos, ayudaron en cada uno de los sitios a tomar toda la información. Se procesó toda esta información y a partir de ahí, se hizo un diseño de cómo podíamos trabajar la construcción de las minutas diferenciales.

¿Qué son las minutas y qué son los ciclos de minutas diferenciales?

Las minutas, las entendemos como el tipo de alimentación, los platos que se consumen y se preparan en cada una de las comunidades y en cada una de las regiones; y el ciclo de minutas es a todo el conjunto de platos que se preparan, cómo se preparan, la estandarización y que se les brindan.

²⁵ Profesional Especializada · Nutricionista · Dietista · Subdirección de Nutrición · Dirección de Prevención Instituto Colombiano de Bienestar Familia –ICBF· Sede Nacional·



La metodología para el enfoque diferencial, fue la siguiente, hay tres etapas: La primera etapa es el diagnóstico, la segunda la planeación y la tercera la concertación.

En la primera parte, se hizo la identificación de todos los grupos, de las etnias por cada uno de los departamentos y de los municipios; se estableció cuales eran las modalidades que se encontraban por parte del ICBF, en cada uno de los municipios; y que grupo de población estaba vinculada y atendida. Finalmente en esta fase el tipo de complementación que se suministraba, si era a través de paquete o si era una complementación ya de forma preparada.

En la segunda fase se procedió a ir y traer lo que nosotros denominamos como alimentos tradicionales y comunes, aquí le dimos el nombre de tradicionales a los alimentos que eran propios de cada comunidad y, comunes a los alimentos que se consiguen en cualquier sitio del país.

Se empezó a trabajar y se recogió información sobre los hábitos y costumbres, se preguntó también, si se tenía alguna lista de intercambio de alimentos de esos mismos elementos tradicionales y los comunes, y se tomaron esos alimentos para tratar de construir una minuta patrón, el ciclo de minutas, el recetario y la estandarización. Esta metodología, sólo en dos sitios del país se ha logrado ya consolidar y conformar, porque en la mayoría de las regionales, está totalmente en proceso.

La tercera fase que se ha contemplado, está relacionada con gestión de concertación, el ciclo de minutas y el acta. Esta última fase la consideramos de suma importancia, ya que, se busca que cada una de las comunidades, a través de las autoridades indígenas, lleguen a un acuerdo, donde se defina; qué tipo de alimentación y como lo desean cada una de las comunidades, teniendo en cuenta que cumplan de igual manera con los requerimientos nutricionales.

Esa parte solamente se llevará a cabo, al momento en que toda la autoridad indígena consultando previamente con las comunidades, le dé su aprobación a este procedimiento. Finalmente lo que nos va a dar la validez y avalar todo el proceso, es el acta de concertación que se firme dentro de la comunidad.

Conclusiones de Jorge Vélez – CRIR:-

Vemos un esfuerzo grande por adelantar procesos de interlocución y de acercamiento, que nos permita construir modelos de salud, que garanticen la población indígena. Como se dijo en esta exposición, los alimentos o semillas autóctonas, son muy importantes, porque permiten a las comunidades indígenas, ir construyendo sus planes de acuerdo a su cosmovisión, cultura y necesidades. Por otro lado, hace énfasis en la

concertación que se ha hecho con las comunidades indígenas, y cuenta la experiencia del trabajo significativo que se ha hecho en el departamento de Risaralda.

Claramente se evidencian los hogares comunitarios, llamados de otra manera como Jardines Infantiles, que en este caso estaríamos hablando de dos centros de recuperación cultural, que se ha logrado construir en concertación con las comunidades indígenas. Uno de ellos es el que funciona en el corregimiento de Santa Cecilia, en el municipio de Pueblo Rico, otro que hace poco se inauguró en Río Mistrató, en el municipio de Mistrató.

Así que, es muy importante que a través de la concertación, podamos lograr trabajos en coordinación conjunta, para el avance y la construcción de esos planes y necesidades de las comunidades indígenas.





VII. La Ablación Genital Femenina, por qué es considerada en el mundo como una violencia contra la mujer y un asunto de derechos humanos. Lecciones aprendidas.

Nafissatou Diop²⁶, Experta UNFPA New York.

Este es un proceso verdaderamente admirable y asombroso, ver como la comunidad Emberá está comprometida en mejorar todos los temas y procesos de salud. Desde ayer, hemos estado viendo y oyendo presentaciones de cómo se pueden implementar programas para una buena prestación de servicios de salud.

Pero hay otros aspectos que también hay que considerar cuando hablamos y pensamos en salud, y nosotros mismos hacemos a veces cosas que no son buenas para la salud. Les voy a presentar ahora alguna información sobre prácticas que se están realizando en muchos sitios, no solamente aquí, sino en África.

¿Qué es la mutilación genital femenina o la ablación?

La Organización Mundial de la Salud la definió como todos los procedimientos de extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones en los órganos genitales femeninos por razones no terapéuticas, culturales o de otro tipo. Por ejemplo las perforaciones, cortes, suturas, los que llaman ahora piercings, que son las perforaciones en los oídos, también se practican en los genitales.

²⁶ Especialista técnica en género, derechos humanos y cultura del Fondo de Población de las Naciones Unidas en New York



Sin entrar en detalle hay muchos tipos de cortes o escisiones parciales o totales de los genitales femeninos, y la de tipo 2, es la práctica más prevalente, esto consiste en el corte o escisión del clítoris que algunas veces es total o parcial de los labios menores. De hecho, tenemos otro tipo, que es la ablación del tipo 3, en la cual además de la ablación, se sutura o cose los tejidos a los que se les ha hecho la ablación, estrechando la apertura vaginal (infibulación).

Y hoy en día, una práctica muy común en el mundo occidental, es que hacen perforaciones en el clítoris. Esto es la moda y se práctica en todas partes del mundo occidental, pero la Organización Mundial de la Salud lo considera como una mutilación de los genitales.

Esta práctica proviene de Egipto, se diseminó por toda la Costa a lo largo del Río Nilo y así llegó hasta África Occidental. Los faraones eran vistos como dioses en Egipto y tenían muchas esposas. Todas las familias querían regalarle alguna de sus hijas al faraón. El faraón no podía satisfacer a todas las mujeres que se presentaban. Entonces por eso, se inventaron esa práctica de la ablación o mutilación genital femenina, para controlar y reprimir el deseo sexual de las mujeres. Estas prácticas han sido ejercidas a lo largo de muchísimos siglos y cientos de años, las comunidades las fueron adoptando como propias e inclusive las comunidades de familias más pobres, más humildes, menos reconocidas, también empezaron a hacer suyas estas prácticas.

Estas prácticas se diseminaron por todo el mundo, pasaron de África hasta los distintos continentes y países. A medida que las poblaciones migraron, llevaron consigo esas prácticas a sitios donde no existían, a Australia, al Oriente Medio, pasaron a Europa, a España, Francia, posteriormente a los Estados Unidos, con la migración de esclavos. Muy probablemente llegaron de España a las poblaciones indígenas colombianas con la conquista, no sabemos, porque son prácticas que se vienen realizando desde hace cientos de años y se han diseminado por el mundo entero.

África es un continente inmenso, la gente muchas veces cree y está convencida de que esto es parte de su tradición, a veces se lo hacen a las niñas recién nacidas, otras veces a niñas un poco más grandes, otras veces cuando ya son adolescentes. La gente cree que es parte de sus ancestros y de la tradición, pero no es así.

Algunas de esas prácticas son muy violentas, utilizan instrumentos como cuchillos, navajas, vidrios, sin ninguna protección contra las infecciones, ni antisépticos, ni anestesia. Esto causa mucho dolor. Nosotros tenemos que estar conscientes y entender que la práctica no se lleva a cabo con una intención de violencia o con una intención de agredir a las personas, pero el hecho en sí, es violento por su misma naturaleza.



¿Por qué se realiza la práctica de la ablación/mutilación genital femenina?

Hay ciertas creencias culturales en las que se cree que la práctica prepara a las niñas para la vida adulta y el matrimonio, como parte del proceso para que las niñas se conviertan en personas adultas limpias, bien educadas, responsables, hermosas, maduras y respetuosas.

Las familias no lo hacen con intención de hacerles mal a las niñas y a las mujeres, por el contrario, creen que esto es bueno para ellas y que las va a volver mejores mujeres. Hay distintas razones por las cuales mutilan el clítoris, por ejemplo, a veces lo ven como un órgano masculino y creen que si lo dejan quieto les va a crecer, ¿se imaginan ustedes que a los hombres les amputaran o quitaran el pene para que no les creciera? Otras veces, hay creencias religiosas, por ejemplo el Islam, el Cristianismo, religiones tradicionales.

También están las razones de la moralidad sexual, reducir el deseo sexual para asegurar la castidad antes del matrimonio, casarse “bien” con la pareja indicada, la castidad conyugal, las “buenas costumbres”, conservar y probar la virginidad. También se hace para mantener el feto y la humedad, pues piensan que el clítoris pone en peligro la salud del niño.

De igual manera, por convenciones sociales, porque todo el mundo lo hace.

Consecuencias de la práctica

Ahora, esta práctica tiene muchas consecuencias negativas, por eso, en este momento en todo el mundo se está hablando de lo conveniente que es abandonar estas prácticas.

Consecuencias Inmediatas

Sabemos que hay consecuencias inmediatas como las hemorragias y sangrados que pueden llevar a la muerte a las niñas y a las mujeres y otras consecuencias como:

- Dolor extremo
- La retención urinaria
- Infecciones agudas
- Sanación incompleta como consecuencia de infección de la herida.
- La lesión del tejido adyacente de la uretra, la vagina, el perineo y el recto.
- Fractura o dislocación por la fuerza ejercida al tener a las niñas sujetas y la lucha de las niñas contra el dolor resultante.
- Muerte.



Complicaciones de salud a largo plazo

- Infecciones
- Los quistes y cicatrices queloides (cicatrizan al revés de adentro hacia afuera)
- Problemas con la menstruación
- Problemas urinarios, renales.
- Problemas con la sexualidad.
- Hay más riesgo de muerte materna y de recién nacidos en mujeres que han sido sujetas a la ablación, según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en el 2006. La práctica contribuye en un 20% de la mortalidad materna en África.
- Trauma psicológico.

Por lo tanto la ablación genital femenina es una violación de...

Ya llevamos dos días hablando de violaciones de los derechos humanos, de violación de los derechos de las mujeres indígenas. La ablación es una violación de los derechos de las mujeres, es una violación del derecho al más alto nivel posible de salud y a la integridad física y mental, del derecho a la vida, del derecho a la integridad corporal y del derecho a ser libre de cualquier forma de discriminación.

Ahora después de muchos acuerdos y conversaciones, leyes, pronunciamientos de Naciones Unidas, después de muchos diálogos con las comunidades en el África, ya hay 28 países en donde esa práctica está prohibida por la ley.

Yo podría hablarles de las políticas, pero no les voy a hablar de eso, prefiero hablarles de qué siente y qué percibe la comunidad y del bien que les hace a los hombres y a las mujeres de la comunidad abandonar esta práctica.

¿Cómo lograr la erradicación de la ablación o mutilación genital femenina?

Nosotros entendimos que es una expectativa social y que es una ley social. Al realizar la práctica, la gente siente que está cumpliendo con una ley y que si se cumple con esta ley hay una recompensa con el bienestar, por el contrario si no se cumple existe un castigo. La persona que no realiza la práctica siente que está siendo marginada porque no está cumpliendo con una ley social y moral.

Inclusive, hay familias por ejemplo, que a pesar de que saben que les están haciendo daño a las niñas, no quieren abandonar la práctica o es muy difícil para ellas porque creen que se van a sentir excluidos de su entorno social inmediato, el más cercano. Lo que es necesario, es que toda la comunidad, en forma colectiva decida y reconozca que es necesario abandonar esta práctica.

Pasos para lograr la erradicación de la práctica.

Etapa 1: Movilizar un grupo central

Organizar un grupo de personas que tengan la capacidad de empoderamiento para transmitir la información al resto de la comunidad. El método más eficaz de transmitir la información es utilizando los idiomas locales, los rituales, canciones, cuentos, refranes que lleguen a la parte más sensible de la comunidad.

Ahora otra cosa muy importante es que el lugar donde se transmita la información debe ser un sitio seguro, cálido y familiar.

La forma en la que se transmite la información también es muy importante, tiene que ser de una manera respetuosa sin tocar la parte más sensible de las personas, haciéndoles ver que se está respetando su cultura y sus derechos. También debe ser de una manera que no genere presiones y que no tenga prejuicios, las personas necesitan tiempo para reflexionar sobre la información dada.

Etapa 2: Estrategia integrada a nivel de la comunidad

Educación en derechos humanos y salud y el discurso de la comunidad

Consiste básicamente en suministrarle información a la comunidad sobre los derechos humanos y la salud y así es como se empodera a las comunidades, con el suministro de nueva información creíble, proveniente de fuentes de confianza y de personas con autoridad.

Al discutir la información se abren las posibilidades para el intercambio de prácticas sociales y eso permite trabajar de una manera coherente en pro de los derechos humanos, esto incluye el abandono de la ablación o mutilación genital femenina.

La inclusión de personas con autoridad como los líderes locales, jóvenes, parteras, mujeres y hombres ayuda a construir consenso general sobre los derechos humanos. El enfoque no es sólo la ablación, sino también es empoderar a la comunidad.

Etapa 3: El logro de las redes sociales externas

La tercera etapa es muy importante ya que consiste no solamente en suministrar información a nivel local utilizando las redes sociales para comunicarse y para que la información no se disemine por todas partes. Por ejemplo, discutir con los amigos y amigas, en las reuniones de las comunidades, en los encuentros con otros municipios.



Etapa 4: La declaración pública un compromiso público ante el mundo

La última etapa es muy importante, porque debe ser una declaración pública, no solamente a nivel local sino a todas las comunidades e inclusive a las comunidades del mundo entero, a personas que comparten la misma cultura, valores y tradiciones.

Esto es sólo para mostrarles que la gente está abandonando la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. Esta práctica se puede abandonar sin que necesariamente cambiemos nuestros valores positivos, nuestra identidad y nuestra cultura, esto se mantiene sin que se vean influidos por prácticas occidentales. Más bien, en respuesta a nueva información confiable se están poniendo en práctica valores de una manera más coherente y completa.

Tenemos el derecho y la obligación de proteger la salud de nuestras hijas y de nuestras niñas ahora y hacia el futuro.

Conclusiones de Jorge Vélez – CRIR:-

La mutilación genital femenina, la extirpación del clítoris o la curación de la mujer como se dice de esta práctica en el departamento de Risaralda. El tema es muy interesante, en la medida en que en Colombia se han provocado muchos escenarios de discusión frente a esta práctica. Sabemos que esta es una práctica que se ha ejercido por cientos de años, vemos como esta práctica ha estado históricamente. Desafortunadamente esta práctica la han llevado a otros países, por diferentes razones, una de ellas ha sido la migración, que ahora tiene un papel en el aporte para que se den esas prácticas.

Como se explicó con anterioridad, este es un procedimiento que causa dolor, es un procedimiento que causa infecciones; en el que vemos de primera mano el dolor y el sufrimiento, y esto va en contra de lo que diariamente estamos promulgando los pueblos indígenas, es una violación a los derechos de la mujer en especial en los pueblos indígenas.

Es importante hacer claridad de que en Colombia, se viene adelantando un trabajo muy importante, en el marco de llegar al fondo de la verdad de esta práctica. Sabemos que no es fácil erradicar prácticas que han estado durante cientos de años, ahora nosotros, llevamos un proceso de tres años; en el cual, se han hecho asambleas, reuniones, y las Embera Wera, han hecho un trabajo muy significativo, con el fin de que sean ellas, quienes digan y propongan que hacer frente a este tema.

Sí bien es cierto esta práctica ha conllevado a la muerte de muchas niñas, tanto de los Embera como de los nativos, un tema que preocupó mucho, fue cuando hace tres años por primera vez, se evidencia este tema gracias a la denuncia de una Personera Municipal, en el municipio de Pueblo Rico. De aquí en adelante, se hacen unas concertaciones de qué hacer, cuando, cómo y con quién; y estas preguntas se han ido trabajando a lo largo de estos tres años. De ahí, ya hay resultados significativos como lo son unas cartillas, las fotografías y los folletos, en los que las mujeres Embera estén diciendo, qué estamos haciendo, frente al tema de la violación de los derechos de las mujeres Embera.

Para la Organización Mundial de la Salud, esta práctica no hace parte de un proceso terapéutico, no hace parte del ejercicio de la terapia médica hospitalaria, lo cual nos deja una gran enseñanza; y es que esta práctica, no sólo se vive en Colombia, sino en otros países como: África, España, Estado Unidos, entre otros. Así que vamos por buen camino, porque aquí hacemos público frente a lo que está haciendo Colombia con respecto a este tema.

Los Embera Chami no pueden ser ajenos a la realidad, de que tengamos prácticas como estas en nuestras comunidades, y más con el daño que le estamos haciendo a nuestras niñas, cualquiera que sean las razones en las que se basen, debemos hacer un trabajo, y hoy, cuando hablamos de igualdad de género, así como el hombre, la mujer también tiene los mismos derechos, las mismas libertades; por eso durante este encuentro, hemos hablado en términos de concertación.

Concluyendo por tanto las tres presentaciones que se han hecho en esta mañana, podemos ver su importancia, ya que, nos han dejado herramientas, nos han dado un camino y una luz, por el cual yo creo que los Embera también vamos caminando; tal vez con pasos muy suaves pero muy conscientes a no equivocarnos.





VIII. Reflexiones de los grupos de trabajo.

1. Parteras como guardianas de la cultura.

Moderadora: Norfilia Caizales

Relatora: Nancy Millán E.

Participantes: En esta mesa de trabajo participaron parteras de siete municipios del departamento de Risaralda y se contó con las experiencias de parteras de los Kankuamos de la Sierra Nevada de Santa Marta, parteras de Panamá, Ecuador, Caldas, Antioquia y Cauca.

1.1 ¿Cómo se realiza la atención del parto en sus comunidades indígenas?

Kankuamos: Menciona que ella tiene mucha experiencia como partera. Ha atendido 62 partos en la comunidad. Ella nunca fue al hospital para que le atendieran sus partos, nunca tuvo control por el hospital, solo por las comadronas o ella sola se atendía. Todos sus hijos fueron paridos. Dentro de la experiencia que tiene como partera siempre aconseja tomar bebidas de plantas antes de parir, sin embargo, este conocimiento cada vez se está perdiendo pero para ella eso se debe recuperar.

Hoy en día las mujeres solo tienen por cesárea porque ahora las niñas temen perder el cuerpo, que se les dañe al parir como nosotros lo hacíamos antes, sin ningún problema.

Ecuador: La partera de Ecuador comenta que ella considera que ahora las mujeres son muy flojas porque no comen la alimentación de antes, la tradicional pues esto les permitía tener hijos sanos y las mujeres eran más fuertes, pero ahora solo comen fideo. En Ecuador las mujeres que buscan a la partera y le piden que quieren tener el hijo en la casa, tienen el apoyo del marido quien le ayuda en todo el parto a sostenerse, aunque hay algunas mujeres que lo tienen solas. Ahora la mayoría de mujeres van al hospital. Cuando tienen el parto en la casa, lo primero que se hace es limpiar el lugar, poner una manta en el piso y colocar una cabuya sostenida del techo para que la mujer se pueda apoyar en ella. Si la mujer tiene cadera chiquita, vagina chiquita se le aconseja que vaya al hospital porque puede complicarse y porque prefieren que les atiendan

un médico, ya que si el parto se complicara y se produjera la muerte durante el parto tradicional, se juzgaría a las parteras y a su práctica como la razón de la desgracia. Esto pese a que cuando las mujeres van al hospital los niños quedan desprotegidos en las casas y eso es un problema.

En Ecuador se conformó una red comunitaria de parteras. Esta red sirve para llamarse y apoyarse en caso de complicaciones, para reportar al hospital los casos que necesiten una atención más especializada porque son de alto riesgo, porque no tienen fuerza para parir.

Desde la cuarta semana de embarazo la partera acompaña para que no aborte, para revisar que todo vaya bien.

En este sentido, es que en Ecuador todos han entendido que deben buscar aliados para buscar el respeto de sus derechos.

Panamá: En Panamá antes del parto, la partera acomoda al bebé. Si la madre no tiene tiempo para ir al hospital solicitan el apoyo a la partera porque las mujeres indígenas son muy reservadas y solo cuando ya tienen el dolor es que avisan, por eso es muy tarde para ir al hospital y para hacerle controles a tiempo.

Ella sugiere que se debe fortalecer lo propio pero no descartar el otro conocimiento porque también es bueno, siempre y cuando se haga con el acompañamiento de las parteras. Para las mujeres que van a parir, son de suma importancia dos cosas: la alimentación y los consejos de sus mayores.

Caldas: En Caldas sucede que algunas mujeres acuden a las parteras, incluyendo mestizos, porque han tenido una mala experiencia con el hospital, han recibido mala atención por parte del hospital, por ejemplo, una cosa que para las mujeres es importante es no aguantar sereno ni frío y en el hospital sienten eso, las obligan a bañarse con agua fría cuando siempre han sabido que la mujer recién parida no puede tocar cosas frías porque se enferma.

Cauca: Todos los partos los han asistido en la casa con ayuda del médico tradicional. Allá tienen especial cuidado con la ropa que se haya utilizado en el parto porque no se puede lavar como cualquier ropa, sino que se debe hacer un hueco en la tierra y ahí se pone agua corriente que tiene plantas. Luego de lavarlo esto se tapa, se entierra.

Además se tiene que tener cuidado de no darle cosas agrias ó ácidas a las parturientas, de ofrecerle comidas suaves y se les debe preparar para que a la hora del parto no se vayan a desmayar.



En Cauca se utilizaba una astilla de maíz para cortar el ombligo, no con cuchillo ni con tijera. Además, la mujer no puede tocar agua fría durante un mes. No se debe sentar durante un mes después del parto para que no le de dolor de espalda, debe permanecer acostada y se le debe llevar los alimentos a la cama para que no haga ningún esfuerzo. Esto es porque hasta los 42 días posteriores al parto la mujer puede tener complicaciones relacionadas con el parto.

1.2. Nos gustaría saber si ustedes en sus comunidades realizan curación a las niñas y ¿de qué manera la curación podría afectar la salud de las niñas en sus comunidades?

La mayoría de parteras de los otros países y departamentos manifestaron públicamente que no realizan el corte del clítoris.

La partera kankuamo considera que el corte del clítoris es una violación de derechos y lo prohíben porque afecta el territorio.

La representante del Ministerio de Salud del Ecuador manifiesta que hace poco encontraron en una comunidad de Ecuador una práctica relacionada también con el corte del clítoris, lo cual será revisado y analizado en el marco de los derechos humanos de las niñas y de las mujeres afectadas.

En Panamá, la partera manifiesta que no se hace corte del clítoris sino que utilizan la cáscara de yuca tibia, la cual se coloca en el clítoris para que la mujer sea juiciosa, no busque a varios hombres pero no tiene nada que ver con evitar que le crezca el clítoris. En Cauca no conocían esta práctica.

La Consejera para el área de mujer y familia del CRIR manifiesta que ha sido muy importante este compartir y suficiente para que el departamento de Risaralda escuche las experiencias de otras parteras que no practican este corte. Las razones que han socializado son suficientes para quitar la razón que tienen las mujeres de Risaralda frente a la curación y eso la hace sentir orgullosa por hacerlas ver que deben cambiar esta práctica.

A partir de este momento, se dio la posibilidad para que una partera representante de cada municipio socializara su experiencia con las otras parteras delegadas de los diferentes países y departamentos.



En este sentido, la partera de Belén de Umbría comenta que tiene mucho tiempo de ser partera y sabe que antes realizaban la curación pero ella no lo practica. La partera de Unificado, Mistrató comenta que nunca han matado una niña y que ellas como parteras defienden la vida de todas las mujeres y los niños, por eso no deben seguir haciendo la curación.

La partera del resguardo de Gitó Docabú, Pueblo Rico, afirma que ellas van a dejar la curación. La partera del resguardo de Unificado de Pueblo Rico, menciona que nunca han matado a alguna niña. Antiguamente se practicaba la curación pero ya ahora no lo van a hacer más. La partera del resguardo de Suratena, Marsella afirma que no sabía nada de eso y que ellas solo sobaban y acomodaban los niños. Antiguamente existió la práctica pero ya no. La partera del resguardo de Altamira, Marsella menciona que no practican la curación.

Por último, las mujeres solicitan apoyo en dotación de las parteras, en todos los municipios y el reconocimiento de su trabajo a través de una bonificación.

2. La espiritualidad indígena medicina tradicional.

Moderador: Jorge Arce

Relatora: Magda Delgado

2.1 ¿Cómo se maneja la medicina tradicional en cada región?

Risaralda: La medicina tradicional se viene trabajando bien pero se necesita de las experiencias de otras regiones y seguir reuniéndose para que haya más claridad en la atención y tratamiento de cada comunidad o resguardo.

- Cada uno de los jaibanás debe aclarar y ver sus capacidades para curar las enfermedades y tener en cuenta que cuando se enseñe a los jóvenes adquieran buena información sin hacer daño y sin decir mentiras.
- El tratamiento se hace en primer lugar por medio de plantas entre las que se encuentran más de 35 clases, por lo tanto si se es jaibaná no es necesario asistir al hospital.
- En Mistrató la alternativa para manejo de medicina tradicional es a través de la creación de huertas y del conocimiento de la historia ancestral. Para ello debe hacerse una búsqueda de los sabios para que lo enseñen a la comunidad.



- En algunos casos se presentan enfermedades que no pueden ser curadas por los médicos occidentales y se debe buscar al jaibaná para que realice tratamiento y así se han curado.

Quinchia:

- A la planta hay que hacerle un ritual para que tenga poder curativo, hay que respetarla y conocerla desde los diversos nombres que posee.
- La medicina tradicional no es hacerlo por medio de libros sino buscar la forma de comunicarlo a través de una escuela de formación y práctica.
- Debe aprenderse a diferenciar la enfermedad de espíritu y la enfermedad de planta.
- La medicina no es prevención sino curación.
- Hay cuatro direcciones en las cuales se debe pensar: indígenas, mestizos, negros e inter-raciales, y en ese sentido cada médico es profesional en el contexto donde se encuentra. Los médicos tradicionales recurrimos a la espiritualidad que se parece mucho al arco iris, allí se miran todas las enfermedades que en realidad tiene cada persona. (Ej. Este color de arco iris afecta a tal niño y existe la capacidad para curarlo).

El médico occidental no está preparado para encontrar estas enfermedades por este medio.

Tambo, Cauca:

- Cada zona tiene su coordinador para resolver los problemas de salud.
- En la parte espiritual hay contrastes entre sabedores ancestrales porque cada uno maneja diferentes rituales y plantas para defender el territorio, por ejemplo lo pueden hacer con plantas de páramo o de clima caliente.
- En Tierra Adentro se estableció un espacio para que los sabedores estuvieran presentes dentro del hospital, pero hubo inconveniente porque para ellos es importante la relación a campo abierto con el duende, el arco iris y el entorno, no debe ser entre cuatro paredes; debe buscarse otra estrategia.



Antioquia:

- Como médicos tradicionales respetan a las personas de otras comunidades y trabajan en coordinación con cabildos mayores.

Valle del Cauca:

- Cada pueblo tiene su coordinador y las autoridades de cada resguardo son los que controlan.

- Tiene niveles en sus rituales, entre los que se encuentran: curación, armonización, sacada de males; se organizan siguiendo el . área e interés para curar no solo física sino también espiritualmente. No se puede reunir a todos los jaibanás porque se producen choques espirituales entre pueblos.

- Se han llevado jaibanás a los médicos occidentales para informarle si la enfermedad pertenece o no al jaibanismo. Cuando es de medicina tradicional se hace un acuerdo para llevar a otro lugar y traerlo nuevamente al hospital.

Caldas:

- Existe una asociación de médicos tradicionales en Caldas.

- Se trabaja constantemente haciendo limpieza a los sitios sagrados con la colaboración de los líderes del resguardo.

- En cada municipio hay consultorios donde el paciente puede ir a visitar al médico tradicional.

- Hay transformación de las plantas sembradas en las huertas haciendo pomadas y champús.

- Hay médicos occidentales que enseñan a los tradicionales sobre el funcionamiento de los cuerpos y los órganos internos, de esta manera se reflexiona qué tipo de planta se puede utilizar para cada enfermedad.

Sierra Nevada, Indígenas kankuamos:

- El mamo de esta región hacen trabajos en más de 50 enfermedades: picaduras de insectos (araña), llagas, picaduras avanzadas, personas desahuciadas y estancan la amputación de miembros.

- Hacen hincapié en tener fe en las plantas ya que se han presentado casos de personas con cálculos renales que necesitaban de cirugía y por medio de esas plantas se curaron.

Aportes para iniciar un modelo de salud propia:

- Hacer un proyecto para beneficiar e incluir a los médicos tradicionales con apoyo (bonificación) del Gobierno Nacional y las Autoridades Indígenas. En este proceso se necesita la voluntad política del Estado, esfuerzo por parte de la comunidad y articulación a la ley.
- Recuperar los nombres de plantas y reconocerlas.
- Entre los médicos tradicionales se debe dejar el orgullo, pensar en la unión y colaboración y tomando la sugerencia de los delegados de Antioquia se llega a la conclusión que es indispensable respetar las ideas de cada uno siempre en coordinación con cabildos locales para que no se presenten malos entendidos o desacuerdos.
- Crear una política donde la relación entre médicos occidentales y tradicionales no sea vertical y se logre el aporte desde los dos mundos. Lo anterior teniendo en cuenta que los occidentales no tienen respeto por el paciente dado que no atienden en el instante en que se necesita y los jaibanás si lo hacen.
- Seguir haciendo encuentros entre médicos tradicionales a nivel regional, nacional e internacional para unificar pensamientos y criterios.
- Crear un centro asistencial o templo donde se concentre la sanación y limpieza, tal como lo tienen las diferentes religiones como la católica.
- Tener en cuenta la salud integral de la persona, no mirarla como una máquina o por partes sino a nivel holístico.
- Crear la escuela de formación para que se concentren todos los jaibanás, parteras, enfermeros, sobanderos e intercambien ideas occidentales y tradicionales. En esta concentración se presentarán los análisis y sugerencias a los hospitales.
- Crear una IPS indígena
- Mantener y proteger los sitios sagrados y articularlo a otras propuestas para conservar la integridad espiritual. La salud parte de tener un buen ambiente y una condición de vida digna en el territorio, de esta manera es indispensable seguir en la lucha por

expulsar a multinacionales y empresas que están dañando nuestra casa que contienen las aguas puras, los ríos y bosques.

- Capacitar a un grupo de personas con la ayuda de los médicos tradicionales.
- En Guática se cuenta con un terreno para la siembra de plantas medicinales y se solicita que se busquen jaibanás para que den esta enseñanza.
- Seguir la tradición de entregar el conocimiento a los hijos, tal como se hacía antiguamente para que este no se pierda y seguir amando la madre tierra.
- Fortalecer las comunidades del casco urbano para tener acceso a médicos tradicionales.
- Se solicita que los médicos tradicionales tengan la facultad para realizar tratamiento en los hospitales, además de que en la casa de Paso de Pereira esté presente un jaibaná junto al enfermero.

Al finalizar el Trabajador social de Secretaría de salud de la Gobernación hizo el llamado a armar una agenda común, con un derrotero específico, con fechas y logros para avanzar en una interrelación entre médicos occidentales y tradicionales. Establecer este proyecto en la agenda pública sin desconocer los acuerdos a los que se llegan y tener memorias de lo que se hace.

3. La salud intercultural un desafío posible.

Moderadora: Gina Carriony.

Relator: Julián Piedrahíta Montes.

Participantes: Antioquia, Cauca, Valle, Sierra Nevada, Panamá, Puerto Rico, Guática, Marsella, Quinchía, México, Caldas, Bolivia, Panamá, Ministerio de la Protección Social.

Marsella: En nuestro municipio hay dos resguardos indígenas de población embera, hace falta ilustración tanto para ellos como para la población mestiza en cuanto a la legislación en salud y eso genera un problema jurídico que muchas veces nos impide atender con calidad; este vacío ha venido de administración en administración.



Panamá: Para lograr una verdadera salud intercultural se necesita voluntad política, actitud como personas y como funcionarios en el ámbito donde nos estamos desarrollando que es la salud. Siempre se debe tener respeto hacia la población y su conocimiento popular, como funcionarios debemos saber que estas poblaciones son vulnerables y discriminadas por ser indígenas y pobres. Muchas veces los servicios de atención en salud son de calidad pero lo que se necesita es un entendimiento en el marco de la propia cultura.

Perú: Debemos partir de los diagnósticos culturales y del marco legal, analizando si se ajusta a las necesidades de las poblaciones. La salud sexual y reproductiva poco se toca en los programas de promoción y prevención porque la mujer se la considera de segunda categoría. Con ese diagnóstico debemos ubicarnos y saber si como profesionales en salud estamos dispuestos a trabajar con esa interculturalidad; hay que ver de donde partieron las medicinas, nacieron de nuestros ancestros y poco a poco se han tecnificado.

El médico es el más difícil de cambiar porque considera que la universidad es el único conocimiento válido, y es ahí, en la educación donde la interculturalidad tiene cabida, independientemente de la condición sexual, política, sexual. La calidad es otro factor fundamental, que no te hagan esperar, que el establecimiento sea más bonito, que las salas de espera sean como la gente quiera, etc. La voluntad política es clave para llegar a ese modelo intercultural.

Panamá: Pienso que muchas veces los proyectos casi nunca se consultan en el lugar donde se van a ejecutar y no se ajustan a las realidades de los pueblos, el diálogo es para saber qué cosas se necesitan y como se van a afrontar esas necesidades. Es muy importante conocernos a nivel profesional y comunitario, las adecuaciones del hospital siempre se han hecho para que el médico se sienta bien y no para que el paciente se sienta bien. Hay que tener en cuenta los saberes propios de las comunidades para que los profesionales se sensibilicen y tengan un marco de referencia; así mismo, es muy importante el idioma local y que el profesional sepa hablarlo porque es el inicio de la atención en salud y hay que analizar a la comunicación como un derecho.

Marsella: Es bueno conocer cuales son nuestros derechos como indígenas porque no hay espacios de información, en nuestro caso hemos escogido a un compañero indígena enfermero para que vaya al hospital a ayudarnos como traductor o intérprete, pero muchas veces lo ponen a atender a los kajumas y cuando se lo necesita no está. No hay nadie que esté pendiente de nosotros, no es para nosotros viable tener un compañero allá con nuestros recursos y no nos atiende como debe ser.

México. Se debe reconocer que a los médicos nos cuesta aceptar la medicina tradicional, y una serie de enfermedades que no se ven en los libros de medicina. Es cierto que no sabemos de los enfermos, solo de las enfermedades y como se curan, hay que preguntarse qué se debe saber para sanar a la población, cuantos indígenas hay en mi país, como se enferman, de que se enferman, y como médicos académicos no sabemos nada sobre lo que llaman la brujería, tenemos que exigirnos el cambio a nosotros mismos, como soy, como son ellos, como me comunico con ellos.

A veces el interprete solito no funciona, lo que se debe proponer en un intermediador intercultural. La interculturalidad es sabernos manejar en los dos mundos, de entrada en los años 80's el seguro social (de México) trabajando a nivel rural, se interesó en las plantas medicinales y enfermedades diferentes, cuando nos interesamos en esos temas populares la gente se comienza a interesar por los hospitales porque ya no nos ven como en un pedestal.

Se deben adecuar las instalaciones, a la gente indígena le gusta el color, por eso la interculturalidad es multicolor, la mesa del parto nació en Europa para la comodidad del médico y no de la parturienta. Ahora los indígenas son movimientos sociales que reclaman derechos, antes eran pobres indios que los atendíamos como quieran y les dábamos la comida que quisiéramos; urge cambiar los protocolos de atención, la infraestructura, etc.

Panamá: Soy médico formado en Cuba, no soy tan pesimista, me gusta ser realista, los líderes mundiales no cumplen, como por ejemplo lo que pasa hoy en día con lo del calentamiento global porque no hay voluntad política.

Hay que mirar que dice la Constitución y muchas veces dice que todos somos iguales pero en la realidad no es así, la legislación está pero no hay voluntad para el cambio propositivo. El problema fundamental es un compromiso de Estado y no de gobierno, porque siempre hay planes de 4 años y el siguiente político cambia lo anterior.

La situación de los indígenas en Latinoamérica es toda igual, desde Argentina hasta México, somos discriminados y se deben crear políticas como macrogrupos aunque hablemos diferente y tengamos usos y costumbres diferentes. No hay médicos que hablen el idioma y vivan como viven los indígenas porque no hay voluntad profesional ni política, porque eso le cuesta al estado.

La gente indígena no es que no quiera lo occidental sino que no se les han dado las oportunidades de acercamiento en el marco de su propia cultura. Para que este programa funcione se debe cambiar el método de educación en las facultades de medicina y su plan de estudios, también hay que iniciarlos desde los colegios.

Se deben llegar a unos compromisos de Estado, debemos exigir que se cumplan la ley porque ya existe y se diseñe un plan para la atención de los pueblos oprimidos porque no estamos pidiendo favores sino garantizando derechos.

Panamá. Somos pluriculturales y multiétnicos, soy médico occidental indígena. En la comarca donde vivo también soy profesor, partero y economista. La pregunta es cómo hacer para llegarle a mi gente, como llegarles a las mujeres sobre sus derechos, las mujeres son el agua, el nacimiento que debemos cuidar.

Gracias al UNFPA recibí mucha información sobre derechos, como mujeres, como indígenas, como personas, como personas productivas, como personas a educar. Así se llama la atención de las personas y es una buena estrategia para conseguir su atención, empezando a formular un diálogo en el cual se dé pero también se reciba, la reciprocidad en la base de la interculturalidad.

Marsella: A los médicos se les ha enseñado a no entender a los pacientes y mucho menos a los indígenas, en todos los departamentos hay presencia indígena y si así está la situación de Risaralda, la situación de los demás es igual de grave.

Un paciente indígena se enferma y el médico tradicional siempre le pregunta a qué hora le cayó la enfermedad, con eso ya sabe como curar. Queremos que nos entiendan porque estamos en una sociedad que nos discrimina, aunque andemos andrajosos también tenemos nuestros saberes.

En Colombia se debe fortalecer la salud mental y ponerla como prioridad en la salud pública porque estamos plagados de discriminación. Debe haber un compromiso del estado para que entienda nuestras necesidades, mientras se crea que podemos mejorar, habrá la posibilidad de construir una sociedad mejor.

Bolivia: Coincidimos en que la formación es clave para esta construcción intercultural, tenemos desencuentros grandes entre la medicina occidental y la tradicional, cómo superarlo es el reto y la preocupación.

Es importante reconocer la realidad sociocultural de los habitantes de la población y que no sólo sean números y estadísticas, una vez que conozcamos a la gente que estamos sirviendo podemos dar un servicio de calidad, no como queramos sino como lo quiere el paciente.

Hay que analizar en conjunto con la población las necesidades y problemáticas que las aquejan, eso debe apuntar a una política local que nos permita accionar y darle frente a la salud, posteriormente nos dará una política regional y nacional que articule

el sistema. Hay que fortalecer la relación médico-paciente, de manera horizontal, en el idioma, en el consejo de buenas maneras de vivir; después serán las adecuaciones físicas de hospitales y centros de salud.

Antioquia. Hay que fortalecer la base porque no es sólo llegar al hospital a que me curen con plantas medicinales, hay que revisar la ley porque es muy generalizada y los problemas seguirán, por ejemplo, cuando la universidad me pide inglés para graduarme no hay una normatividad que diga que los pueblos indígenas están exentos de esto, porque tienen su propia lengua.

La interculturalidad está marcada en la corresponsabilidad porque no solo es exigir y reclamar, por eso hemos visto en Antioquia que se debe fortalecer la comunicación, en la EPS indígena a eso le apuntamos y hacemos una junta para evaluar las fallas que tenemos como directivos en salud, hemos hecho unos materiales o manuales para atender a la población indígena.

La meta es permanecer intactos en el territorio, fuertes y sanos, el problema es que el gobierno ha encontrado riquezas en nuestras tierras, han llegado los armados y eso afecta la salud porque la salud no es sólo de carácter clínico sino social.

ONIC. El problema de los modelos de América es estructural, son modelos capitalistas, excluyentes y globalizantes; si vamos a hablar en este idioma en Colombia es triste porque el interés por mantener la vida se ha perdido.

El Estado prima los intereses capitalistas y la acumulación de la riqueza sin distribución equitativa; así se moldea el modelo educativo, nos forman para explotar al pueblo, salimos con un título y nos creemos mejor que el otro.

El territorio es la vida y ese debe ser el eje transversal, por eso las mujeres nos relacionamos con ella, a muchas nos han formado como hombres para reclamar un espacio. En el Chocó que es rico por naturaleza mueren diariamente 40 niños por desnutrición, hay ocupación militar, no dejan movilizar a los pueblos y como los embera son cazadores por ley de origen, tienen a sus hijos en estado de desnutrición; por eso estamos mal mentalmente por el medio donde estamos inmersos y el premio mayor son las bases militares en Colombia.

Caldas. ¿Cuál medicina fue primero?, ¿de dónde viene la medicina occidental? son las preguntas que nos hacemos y deben guiar el modelo intercultural.

Médico. El asunto no es quién fue primero o quien después, sino que hay que analizar que si no reconocemos que somos diferentes es muy difícil la interculturalidad, se



debe ser más propositivo y más esperanzador que sentarnos a llorar por lo que pasó y no fue.

No hay conciencia de los deberes y los derechos de parte y parte, a veces las comunidades no tienen convencimiento de lo que quieren, les traen los acueductos y después dicen que no los consultaron, en los CRN (Centros de Recuperación Nutricional) los niños comen bien pero cuando van a sus casas no le dan alimentos limpios y de su cultura.

El ejercicio debe ser desde los deberes y derechos, solo así seremos iguales en la interculturalidad, no solo nos debemos sentar a analizar este tema los encargados de salud sino en compañía de toda la población.

El problema se complica si no tenemos en cuenta la variable sociocultural, la cosmovisión nos debe acercar y no distanciarnos, establezcamos protocolos, no todo debe ser plata, a los indígenas se les olvidó el trabajo comunitario, lo que llaman las mingas de la salud, ya no hay trabajo sin pagos; las soluciones no vienen desde Bogotá, vienen de lo local, de fortalecer la comunicación.

No sólo la gente indígena se muere de diarrea, en las ciudades estrato 0 y 1 también se mueren de dengue, de los mismo problemas que tienen ustedes, por eso la formulación de una política pública integral es necesaria, pero formuladas desde nosotros, con cambio desde nosotros.

Cauca. Estamos en el escenario de la construcción de la interculturalidad en donde todos los grupos indígenas tienen sus propias formas de ver y de vivir en este mundo. Como estamos viendo los modelos de la salud en Colombia, debemos reconocer lo que es necesario cambiar como comunidades y como profesionales en salud, pero también es necesario que los gobiernos tomen una actitud de cambio hacia un desaprender lo que aprendieron para volver aprender con unos nuevos ojos.

Cuando todos nos unamos legitimaremos nosotros mismos las creencias y nos podremos acercar al otro conocimiento que es igual de importante, para consolidar un modelo de salud propia indígena en Colombia.





IX. Conclusiones y recomendaciones generales del encuentro

1. La salud intercultural: conceptos, avances y desafíos.

Conceptos:

La salud para los pueblos indígenas. Está indisolublemente ligada, al equilibrio en la relación entre el hombre y la naturaleza, al cuidado, a la preservación y protección de las fuentes de agua, bosques y cerros que se encuentran en los territorios ancestrales, allí se encuentra la cosmovisión y el mundo indígena. Para tener una buena salud es fundamental tener una buena alimentación, lo que conlleva a reflexionar y trabajar sobre la soberanía alimentaria, la producción económica sostenible, la protección del territorio de la explotación desmedida de sus recursos. Las Parteras, los Jaibanás, los Yerbateros y los curanderos y otras figuras tradicionales son las autoridades de salud de los pueblos indígenas y por lo tanto, son actores centrales en la construcción de modelos interculturales de salud.

Interculturalidad. Hace referencia a la interacción entre las culturas de manera respetuosa, en donde el intercambio se da a partir del reconocimiento y respeto de la diferencia, de un diálogo de sabores que se enriquece mutuamente. La reciprocidad en la base de la interculturalidad.

Salud Intercultural. Específicamente se refiere a la interacción de los conocimientos y prácticas en materia de salud de diferentes culturas. Esta relación supone la adecuación institucional y el reconocimiento de los diferentes saberes que están participando.

Avances:

Las presentaciones de México, Bolivia, Perú, Panamá, dan cuenta de que sí es posible tener una política de salud intercultural; que los centros de salud, hospitales, Secretarías y Ministerios pueden generar estrategias de atención en salud que respeten los



usos y costumbres indígenas, logrando atender a las comunidades en el marco del conocimiento ancestral y occidental, de manera articulada; que permitan adecuaciones institucionales que faciliten el acercamiento y el acceso de las poblaciones indígenas a las instituciones de salud occidental.

En Colombia existen avances en salud intercultural que se socializaron en el marco del encuentro; en el Valle, los Tewalas –médicos tradicionales Nasa- hoy en día pueden ingresar a los hospitales y centros de salud para realizar a los pacientes de sus comunidades los rituales de sanación; en este mismo departamento los promotores de salud y las mismas parteras indígenas llevan un registro detallado de las tasas de natalidad y mortalidad en sus comunidades.

En la Sierra Nevada de Santa Marta, luego de muchos años de insistencia, se entrega en algunos hospitales la placenta y el cordón umbilical a las madres y familias de los neonatos indígenas Kankuamos, Wiwas, Koguis, Arhuacos y Chimilas, dado que es indispensable para los individuos de estas comunidades saber dónde quedó su ombligo y la placenta para tener noción de futuro y proveniencia.

En Risaralda, el Hospital de Mistrató realiza carnetización de parteras tradicionales e incentivan el aprendizaje de 87 aprendices en este oficio durante un proceso de dos (2) años. Durante el proceso se proporciona dotación de elementos para la optimización en la atención tradicional del parto como guantes, linternas, bisturí, carpas impermeables y se ha logrado que las mujeres embera se realicen citología y exámenes clínicos de prevención.

Desafíos y Recomendaciones:

- Para la implementación de modelos interculturales de atención en salud se requiere de voluntad política, compromisos presupuestales, vinculación y capacitación del recurso humano de las mismas comunidades de forma permanente.
- Fortalecer los espacios de diálogo intercultural entre las autoridades de salud tradicionales y los prestadores de salud que permitan la implementación y/o adecuación de las políticas públicas a las concepciones y necesidades de los integrantes de los pueblos indígenas.
- Las propuestas regionales presentadas en el encuentro de salud intercultural constituyen valiosos insumos para la definición de políticas de salud intercultural.

2. Componentes principales de una política pública de salud Intercultural.

Diagnóstico, conocimiento y reconocimiento de los pueblos indígenas:

Un insumo importante para la definición de las políticas públicas son los diagnósticos de situación. Por ello, se propone la realización concertada de diagnósticos culturales para conocer la situación de salud de los pueblos indígenas, establecer si los servicios que se prestan son adecuados a las culturas y conocer los imaginarios de los prestadores de servicio. Ello permite diseñar e implementar políticas públicas adecuadas a las realidades socio-culturales.

Implementación de procesos continuos de formación:

Es necesario implementar y/o fortalecer los espacios de formación y sensibilización de los médicos occidentales en el reconocimiento de los pueblos indígenas y sus saberes tradicionales, para lo cual las escuelas de formación en salud intercultural han demostrado su eficacia. En ese sentido, es necesario apoyar y crear Centros de Formación en Medicina Tradicional, así como adecuar y dotar los Centros de Atención en Salud, que ya existen, con cobertura en Territorios de Grupos Étnicos, integrando los avances y métodos de la medicina convencional alopática, con las prácticas de sanación, rituales de armonización propios, prácticas de parto tradicionales y promover de manera sistemática la transmisión generacional de estos saberes.

Adecuación de los Servicios de salud:

La calidad de la atención en salud es otro factor fundamental: que se disminuyen los tiempos de espera, buscando la atención inmediata; que se permita el uso de los colores significativos para los pueblos indígenas; que se acepte que el o la paciente venga acompañado/a de sus hijos o familiares, que las salas de espera se adapten mejor a las necesidades de los pacientes, que se cuente con apoyo de traductores para personas que no hablen español, que el hospital trabaje en limitar las barreras de acceso a la salud incorporando profesionales biligues, etc. .

Reconocimiento de los Médicos tradicionales:

En el marco del seminario, se vio la importancia de que los médicos tradicionales, parteras, jaibanás etc, tengan la facultad de realizar tratamientos en los hospitales y esto pasa por reconocer al médico tradicional como un profesional en medicina cualificado, con responsabilidad; pero también merecedor de un reconocimiento social y económico.



Asignación de un Presupuesto suficiente:

Además materializar eso requiere de un esfuerzo presupuestal, la adecuación de los servicios permitirá en el mediano plazo disminuir los eventos adversos en salud (por ej, disminuir la mortalidad materna, las muertes prevenibles) los cuales generan grandes costos para el sistema de salud y para el Estado en general.

Recomendaciones:

- Se debe crear una política pública de salud intercultural. Esta deberá adecuarse a nivel departamental a las especificidades de los grupos étnicos que habitan en el departamento y asegurar la dotación presupuestal necesaria para hacer efectivo el acervo normativo y que los avances consensuados no queden en el papel sino que sean implementadas en el terreno.
- Se hace necesario colocar en la agenda pública, el tema de la medicina tradicional de los pueblos Indígenas en Colombia. El desafío se centra en poder lograr un avance sustantivo en el desarrollo de políticas, que permitan un mayor entendimiento entre los sistemas de salud occidental y la medicina indígena. La medicina debe adecuarse a la sociedad y contexto cultural que atiende y no al contrario.
- Es necesario que haya una mayor participación por parte de los pueblos indígenas en el diseño y construcción de las políticas públicas sobre salud a nivel nacional y local. La consulta previa a las comunidades puede ser un mecanismo viable para que se incorporen las variables culturales propias y se concierten modelos de salud orientados hacia los pueblos Indígenas.
- Es estratégico que la medicina tradicional y la medicina occidental se complementen en función de lograr una política pública más integral e integradora.
- Se deben seguir promoviendo programas enfocados a la integración que se instauran como modelos a seguir para los otros municipios, que permitan crear una política departamental en salud intercultural.
- Crear una política donde la relación entre médicos occidentales y tradicionales no sea vertical y se logre el aporte desde los dos mundos. Transformar la imposición en sinergias de aprendizaje donde se valoren y validen conocimientos de las dos perspectivas.
- Es urgente y necesario que el sistema de salud incorpore el enfoque diferencial. Esto pasa por la inclusión de la normativa y directrices en enfoque diferencial y por la capacitación de los funcionarios públicos en las implicaciones y alcances de dicho enfoque.



-Se reafirma la importancia de crear IPS's Indígenas en todos los departamentos con presencia de comunidades indígenas.

- Se deben adecuar las instalaciones de los centros de salud a los pacientes a atender. Del mismo modo que una consulta de pediatría se adecua a un espacio donde los niños y niñas se sientan en un ambiente menos hostil al de un hospital blanco, sin decoración; a los indígenas le gusta el color, la representación de los colores de la vida.

- Los médicos, sabedores tradicionales, yerbateros y parteras deben ser legitimados y reconocidos por el Estado, a partir de su certificación, protección especial, bonificaciones e incentivos para que realicen su ejercicio sapiencial con todas las responsabilidades; pero también con todas las garantías.

- Se debe garantizar que haya presupuesto tanto a nivel territorial como a nivel local para implementar una política de salud intercultural

3.Las políticas de salud intercultural y las mujeres indígenas.

Hay números aspectos que influyen para que las mujeres indígenas no lleguen a los servicios de salud, teniendo en cuenta factores como la lengua, el miedo, la posición que se les exige para el parto, el ambiente de las habitaciones, la no entrega de la placenta cuando tienen sus hijos/as, el que no pueda estar una partera presente, el que a veces se sienten discriminadas y tiene que hacer muchos trámites, las largas horas de camino que deben recorrer y que son criticadas por llegar con sus hijos e hijas.

Estas barreras de acceso afectan el real disfrute del derecho a la salud de las mujeres indígenas; en América Latina existen numerosas experiencias que han demostrado que es posible adecuar los servicios de salud a la cultura y cosmovisión de las mujeres; algunas prácticas sirven de ilustración: a la usuaria no se le quita la ropa, se usan mantas tradicionales, la partera la acompaña y se adecuan las salas de parto a la decoración y colores a que están acostumbradas las indígenas, así mismo se permite la implementación del parto vertical, la presencia de las parteras en el hospital, el uso de bebidas tradicionales.

En el encuentro se visibilizó la importancia de la función de las parteras en relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Así mismo se mostró como el interés que tienen éstas en acompañar los procesos interculturales. Las parteras sugieren que se debe fortalecer lo propio pero no descartar el otro conocimiento porque también es bueno, siempre y cuando se haga con el acompañamiento de las parteras.



Durante el encuentro se evidenció que la mutilación genital femenina o ablación es una violación de los derechos humanos de las mujeres, esto fue ampliamente explicado por la ponencia de la experta Nafissatau Diop, que dejó claro que es una práctica que proviene de Egipto y tiene consecuencias nocivas para la salud de las mujeres tanto a corto como largo plazo..

Durante el intercambio de experiencias, las parteras del departamento de Risaralda escucharon las experiencias de otras parteras que no practican el corte del clítoris. Las razones que se socializaron (violación de derechos humanos, daños físicos y psicológicos de corto y largo plazo, entre otras) son suficientes para quitar la razón que tienen las mujeres de Risaralda frente a la curación y eso les hace sentir orgullosas por hacerlas ver que deben cambiar esta práctica. En el encuentro las 90 parteras participantes manifestaron su decisión de no realizar más esta práctica²⁷ .

Recomendaciones:

- Las políticas públicas de salud intercultural relacionadas con las mujeres deben tener en cuenta el rol de las parteras como guardianas de la cultura y su función esencial para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- En ese sentido, las políticas públicas deben contemplar la dotación de las parteras con los elementos necesarios para la atención del parto, capacitarlas y generar mecanismos que permitan que acompañen o atiendan los partos en los hospitales, con el fin que se si se presenta alguna complicación durante el parto, hayan médicos occidentales que atiendan la situación.
- Revisar las experiencias de los países asistentes al encuentro, pues han logrado aprobar protocolos, por ejemplo para atención del parto vertical, y han creado mecanismos que permiten a las mujeres sentirse más cómodas en los hospitales.
- Apoyar el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento a la decisión del pueblo emberá de erradicar la práctica de la ablación genital femenina.
- Apoyar el fortalecimiento de los mecanismos que permitan a las mujeres indígenas conocer sus derechos y hacerlos respetar.
- Realizar más encuentros entre las parteras, para que puedan hablar de estos temas y compartir sus experiencias.

²⁷ Como se anotó anteriormente con posterioridad al encuentro no sólo las parteras sino todo el pueblo emberá tomó la decisión erradicar la práctica de la ablación genital femenina.

Dachi Joma – Todos Unidos

Lo fascinante de la cultura es la posibilidad que tiene de trascender y al mismo tiempo de aprender y de cambiar. El diálogo intercultural constituye sin duda una oportunidad maravillosa para el fortalecimiento de nuestros pueblos.

Consejo Regional Indígena de Risaralda - CRIR
Cra 6 N° 26- 76
Pereira, Colombia
Telefax: (6) 3453510,
indigenascrir@yahoo.com

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Avda 82 No. 10-62 Piso 2 y 3
Bogotá, Colombia
Tel: 4889000
www.unfpa.org.co

Programa Integral contra Violencias de Género
Cra. 11 No. 82-76 Oficina 802
Bogotá, Colombia
Tel: 6364750 exts 111-118

<http://www.programacontraviolenciasdegenero.org>

Organización Internacional para las Migraciones
Cra. 14 No. 93B-46, Piso. 3
Bogotá, Colombia
Tel: 639 77 77
<http://www.oim.org.co>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Avenida carrera 68 N°64C-75 Sede Nacional
Línea gratuita nacional 01 8000 918080
www.icbf.gov.co

ISBN : 978-958-8735-06-1

