POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Política Andina de Salud Intercultural / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2019.

24 p.; ilus.

POLÍTICA DE SALUD / SALUD PÚBLICA / SALUD INTERCULTURAL / LÍNEAS ESTRATÉGICAS/ Enfoques/ propósitos/principios/FINANCIAMIENTO

Agosto 2019
Lima - Perú
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Comité Editorial
Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva ORAS – CONHU
Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto ORAS – CONHU
Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional ORAS – CONHU
Dr. Marco Antonio Valencia Cárdenas, Consultor
Dra. Margarita Saéz Salgado, Revisión y aportes

Coordinación de Publicación:
Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Coordinadora del Área de Comunicaciones ORAS - CONHU

©**ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019**
Av. Paseo de la República Nº 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú
Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700
http://www.orasconhu.org/
contacto@conhu.org.pe

Segunda edición, agosto 2019
Tiraje: 100 ejemplares
Imprenta:

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) prestó su colaboración técnica y financiera para la elaboración de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Lilly Gabriela Montaño Viaña
Ministra de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud de Chile

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Catalina Andramuño Zeballos
Ministra de Salud Pública (e) del Ecuador

Dra. Zulema Tomás Gonzáles
Ministra de Salud del Perú

Dr. Carlos Alvarado González
Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Nila Heredia Miranda
Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño
Secretario Adjunto

COMITÉ ANDINO DE SALUD INTERCULTURAL

Jhony Paredes Machaca, Bolivia

Violeta Rojas Bagnara, Chile

Gina Carrioni Denyer, Colombia

Manuel Cujilema Cujilema, Ecuador

Ofelia Alencastre Mamani, Perú

Yazmín García Montiel, Venezuela

Gloria Lagos Eyzaguirre, ORAS – CONHU, Coordinadora del Comité.

SUBCOMITÉ ANDINO DE SALUD PARA AFRODESCENDIENTES

Carlos Ayala Donaldson, Bolivia

Violeta Rojas Bagnara, Chile

Gina Carrioni Denyer, Colombia

Irma Bautista Nazareno, Ecuador

Tania Rengifo Nakama, Perú

Mimar Silva Gallardo, Venezuela

Gloria Lagos Eyzaguirre, ORAS – CONHU, Coordinadora del Subcomité.

Tabla de Contenido

Presentación

1. ANTECEDENTES 08
2. JUSTIFICACIÓN 10
3. ENFOQUES 10
3.1. Derechos 10
3.2. Determinantes sociales de la salud 11
3.3. Interculturalidad 11
3.4. Intersectorialidad 12
3.5. Territorial 13
3.6. Género 13
3.7. Generacional 13
4. PROPÓSITO 14
5. OBJETIVO 14
6. ALCANCE 14
7. PRINCIPIOS 15
7.1 Equidad 15
7.2 Participación 15
7.3 Integralidad 15
7.4 Calidad 16
7.5 Sostenibilidad 16
7.6 Autonomía y libre determinación en salud 16
7.7 Bioética 16
8. LÍNEAS ESTRATÉGICAS 17
8.1. FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD 17
8.2. RECONOCIMIENTO, PROTECCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL 18
8.3. DESARROLLO DE MECANISMOS QUE PERMITAN LA ARTICULACION DE LA MEDICINA OCCIDENTAL CON LA MEDICINA TRADICIONAL/ANCESTRAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL 18
8.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 20
8.5. INVESTIGACIÓN EN SALUD INTERCULTURAL 21
8.6. TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y DE LOS PROGRAMAS DE SALUD 22
8.7. ALIANZAS ESTRATÉGICAS 22
8.8. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES 22
9. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO 23
10. MONITOREO Y EVALUACIÓN 23
11. Anexos 24
11.1 Instrumentos jurídicos internacionales y de los países andinos 24
11.2 Resolución REMSAA XXXIV/490 26

PRESENTACIÓN

A pesar del tiempo transcurrido en la historia de los pueblos y naciones, y de las modificaciones demográficas en todos los países del mundo, las migraciones internas, particularmente indígenas, sea por razones económicas, expulsiones directas e indirectas por presiones empresariales, inundaciones, desertificación, presiones armadas, políticas, etc., continúa siendo importante. La migración de esas poblaciones, no ha sido ni es fácil ni del agrado de las poblaciones indígenas porque con cada poblador que se aleja se debilita el tejido social construido y protegido durante siglos, y cuyas creencias y mitos quedan cobijadas y protegida en la población cada vez más adulta, culturas en los que vuelven a sumergirse las personas que retornan de manera temporal o parcial a sus comunidades, negándose a perderlas.

El habitante andino o amazónico, el habitante originario de las poblaciones nativas de las tierras altas o las tierras bajas de los Andes, mantiene su raigambre y los traslada consigo mismo, allá donde se mueve y queda, intentando mantenerla abierta o encubierta de acuerdo a la rudeza de la sociedad donde se traslada, e intenta protegerla a pesar de las contingencias, recreándola en cuanto encuentra a otros semejantes a él mismo, de esa manera las culturas perviven a pesar de las contingencias, sea en las márgenes o la periferia citadina o en otros lugares donde están y emergen cuando se las busca.

De esta manera, las instituciones Estatales y el común citadino deberán tomar nota y considerarla dentro sus acciones sociales a las poblaciones nativas u originarias, tanto en el área rural como en las propias ciudades, donde perviven las costumbres, la cultura la idiosincrasia de las culturas nativas en los cientos de miles de pobladores de origen nativo radicadas en los cinturones periurbanos.

Para los ministros de Salud Andinos, la Interculturalidad no es un tema paralelo, sino que forma parte y es transversal a toda acción sanitaria; se constituye en una determinante de la salud, es por ello que el ORAS - CONHU mantiene su empeño en esta temática y la amplia hacia otras poblaciones similares a las nativas, estas son particularmente a las poblaciones de afrodescendientes. Bajo las órdenes y decisiones de los ministros y ministras de salud, para cuya mirada la Salud es un hecho inmerso en lo más profundo de las personas, las comunidades y las familias, se ha actualizado la Política Andina de Salud Intercultural que deberá ser sumergida en todas las acciones que realizan los diferentes comités que la componen.

La Política Andina de Salud Intercultural que se presenta, refleja el posicionamiento de las máximas autoridades sanitarias de los seis países, traduce la línea asumida por los jefes de Estado fieles al principio de no exclusión a ningún habitante en suelo andino y traduce la esperanza de los excluidos por una sociedad de iguales a pesar de ser diferentes.

Dra. Nila Heredia Miranda
Secretaria Ejecutiva
ORAS - CONHU

01

ANTECEDENTES

Reconociendo las particularidades poblacionales, geográficas y sanitarias comunes, los ministros de salud de los seis países andinos, resolvieron el año 1971 constituir una instancia de coordinación que permita articular las acciones sanitarias en beneficio de la población de los países constituyentes. El Convenio Hipólito Unanue y otros documentos posteriores aprecian que una de las particularidades más importantes de la región son las poblacionales indígenas, afrodescendientes y otros, que a pesar de la diversidad tienen en común particularidades culturales, sociales y perfiles epidemiológicos similares, lo que lleva, desde su inicio a prestar atención particular para resolver los problemas sanitarios.

La noción intercultural trabajada con intensidad creciente a nivel de la región en los últimos 15 años, indujo a los ministros de salud andinos a incorporar a la Interculturalidad en todas las políticas y planes del ORAS-CONHU, como una categoría transversal y de fuerza entendiendo que, no sería posible resolver los problemas sanitarios de las poblaciones, sino solo atendiendo a las particularidades de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que a pesar de las presiones históricas, incluyendo la vida republicana, mantuvieron sus costumbres, culturas, relaciones, etc., que obligaba a que el sector tomara nota de estas particularidades para establecer las acciones en campo sanitario.

Con esos antecedentes los Ministros de Salud Andinos reunidos en marzo de 2006, por Resolución REMSAA XXVII/417, resuelve “Ratificar la constitución de la Comisión Andina de Salud Intercultural”, propuesta por la Secretaría Ejecutiva con el objetivo de elaborar el Plan Andino de Salud Intercultural, posteriormente aprobado en la REMSAA XXVIII/432, de marzo 2007.

Muchos han sido los esfuerzos realizados por la Comisión Andina de Salud Intercultural durante estos años para la incorporación de la Interculturalidad en las políticas y Planes Regionales, que influyeron y fueron referentes en la redacción de normas y planes de los países miembros, como se observa en las referencias de los países. El ORAS - CONHU como organismo de integración, conjuntamente con los Ministerios de Salud de sus países miembros, ha desarrollado importantes iniciativas, investigaciones y acciones en el marco del Plan Andino de Salud Intercultural, entre ellas tenemos a las implementadas en la triple frontera Bolivia, Chile y Perú, el proyecto “Pertinencia cultural de los Programas de TBC con población aymara con un desarrollo sostenido y resultados importantes en sus diversos componentes; también se cuenta con los estudios sobre la percepción de la salud

y enfermedad de la población aymara y, “Aún nos cuidamos con nuestra medicina” donde nos muestra cómo la medicina tradicional se mantiene vigente en las poblaciones originarias, entre otros estudios.

La experiencia desarrollada por la Comisión Andina de Salud Intercultural, indujo a los Ministros de Salud de la subregión a “reconocer y valorar los avances logrados e instruir la continuidad en la implementación del mismo, incorporando a la población Afrodescendiente en sus planes de trabajo, realizando las acciones correspondientes para establecer alianzas estratégicas que faciliten su implementación”. REMSAA XXX/456, Lima, Perú, 31 marzo del 2009.

En el marco del I Congreso Internacional de Afrodescendientes realizado en Quito, Ecuador en el mes de octubre de 2011, se constituye el Subcomité Andino para Afrodescendientes, y la REMSAA Extraordinaria XXVI/5 del 6 de diciembre de 2011 instruye al ORAS-CONHU a elaborar el Plan Andino para Afrodescendientes.

Los ministros de salud través de la Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/4 de octubre de 2010, decidieron “solicitar la continuidad del trabajo realizado por el Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes y socios estratégicos, y su extensión al tema de Salud Materna con enfoque intercultural que signifique énfasis en población vulnerable incluida las poblaciones originarias”

Finalmente, en diciembre de 2011 a través de la Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, los ministros de salud resolvieron: “Instruir a la Comisión Andina de Salud Intercultural elaborar la Política Andina de Salud Intercultural que incluya el reconocimiento e inclusión de los saberes ancestrales y la complementariedad en los sistemas de salud, la adecuación de los servicios de salud, incorporación de la variable etnia en los sistemas de información, el desarrollo de los recursos humanos en el pre y post grado con competencias en interculturalidad y que contribuya a la reducción de la mortalidad materna en mujeres indígenas”. Constituyéndose en una herramienta para los Ministerios de Salud que contribuya a abordar el tema como un importante determinante social de la salud y a garantizar el derecho al acceso a servicios de salud de la población indígena, afrodescendientes y otros pueblos.

De otra parte, la ratificación del Convenio 169 de la OIT por todos los países de la Subregión Andina y los resultados del Primer y Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas y Aborígenes, de las Naciones Unidas (un instrumento de carácter vinculante para proteger los derechos de los pueblos indígenas), han dado un impulso sustantivo al desarrollo de procesos en el marco del respeto de los derechos de las poblaciones indígenas y a su participación en espacios de validación y de diálogos interculturales complejos y sostenidos. Los avances más importantes se observan con los pueblos indígenas (andinos, amazónicos) y afrodescendientes, no obstante, también se trabaja en algunos países con otros grupos a los que el derecho internacional les reconoce el carácter de pueblos indígenas o tribales.

En este marco, se elaboró la Política Andina de Salud Intercultural aprobada por las Ministras y Ministros de Salud a través de la Resolución REMSAA XXXIV/490, emitida en Galápagos, Ecuador, el 27 de marzo de 2014.

Con el objetivo de actualizar dicha Política se elaboró la presente versión contando con la participación del Comité Andino de Salud Intercultural y del Sub Comité Andino de Salud para la Población Afrodescendiente.

02
JUSTIFICACIÓN

Las acciones realizadas por el ORAS - CONHU desde el año 2006 definidas en el Plan Andino de Salud Intercultural y el impacto en los países para la incorporación de esta línea en las políticas de salud en el nivel regional y nacionales, en diferente magnitud, además del reconocimiento manifiesto de los derechos integrales de las poblaciones indígenas a nivel mundial, así como las Declaratorias del Decenio de los pueblos afrodescendientes, obliga a la región andina a actualizar la Política Andina de Salud Intercultural, tomando como base las certezas de la política vigente, los avances logrados hasta el momento, a los que sumamos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se sostienen sobre la justicia y la equidad en el ejercicio de los derechos cuanto responsabilidad de los Estados en cumplirlos.

03
ENFOQUES

3.1. Derechos

El enfoque de derechos integra las normas, estándares y principios – igualdad, equidad, responsabilidad, empoderamiento, y participación - del sistema internacional de derechos humanos en los planes, políticas y procesos de desarrollo. Implica la no - discriminación y la atención de los grupos considerados vulnerables, tomando en cuenta que no existe una definición única y universal de quiénes son vulnerables, por lo que un requerimiento básico es disponer de información desagregada que permita visibilizarlos/as en cada contexto especifico (Salinas y Castro 2011).

Todos los países de la subregión reconocen el enfoque de derechos como eje orientador de las políticas públicas. Esto involucra no sólo el bienestar de las personas, sino también su calidad de vida, el derecho a ser libres e iguales en dignidad y derechos de la misma manera que todos pobladores del mundo. Así mismo, los estados andinos reconocen el derecho de “los pueblos indígenas a la libre determinación.

En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural", en el mismo nivel los estados andinos reconocen los derechos de las poblaciones afrodescendientes y otros, a la vez que responsabilidad de los Estados a garantizarlos.

3.2. Determinantes sociales de la salud

> *Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.*
>
> *Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (Resolución WHA62/R14 de la asamblea Mundial de la Salud)*

Los países de la subregión andina reconocen que la situación de salud está determinada por las condiciones socioculturales, políticas, ambientales y económicas en que vive la población, un componente de los determinantes constituye el grado de reconocimiento o no de la diversidad cultural. Este enfoque de determinantes sociales es fundamental para la generación de políticas públicas en salud intercultural puesto que permite identificar los condicionantes próximos, sobre los que se debe intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros pueblos.

3.3. Interculturalidad

> *La interculturalidad, promueve la valoración de la diferencia cultural en salud y la relación entre las culturas con intercambio de saberes en términos de respeto y mutuo reconocimiento. Demanda el reconocimiento de la diversidad cultural dentro de sus fronteras por parte del Estado y promueve la creación de espacios en los que las distintas cultural puedan no solo coexistir, sino también respetarse, interactuar, conocerse, encontrarse, crear vínculos y comunicarse, a fin de reconocer y aceptar la reciprocidad y aporte de la cultura del otro. (Política Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2014)*

Los países reconocen el enfoque de interculturalidad como trazador de las políticas públicas de salud, entendiéndose como un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación, aprendizaje y respeto entre culturas, en condiciones de legitimidad mutua e igualdad; que se construye entre personas y grupos, conocimiento y prácticas culturalmente distintas en torno al proceso salud –enfermedad-atención. En este sentido la interculturalidad en salud apunta a reconocer y complementar sistemas culturales de salud diferentes, respetando el ámbito de cada uno de ellos, en relaciones de alteridad entre los agentes de los diversos sistemas de salud y garantizando el acceso a ambos servicios de salud en un medio que brinde las mismas condiciones, trato y oportunidades sin distinción de clase, sexo, edad, creencias, etnia o cultura; sintiendo que la libertad del otro es el soporte de mi esencia.

El enfoque intercultural en los planes y programas de salud debe formar parte de las estrategias integrales de la salud. La incorporación de interculturalidad ofrece nuevos retos y oportunidades para abordar los problemas de salud sobre todo de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos tribales, incluyendo la pertinencia cultural en las acciones sanitarias. En este proceso la participación de los pueblos es fundamental, se deben generar condiciones para realizar diálogos interculturales, donde se analicen los factores de riesgo y se potencien los factores protectores, en medidas de prevención, rehabilitación, control de enfermedades y promoción de la salud.

3.4. Intersectorialidad

> *La intersectorialidad, se conceptualiza como "la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida" (Castell-Florit, 2008).*

Los países reconocen a la intersectorialidad como una estrategia de importancia en el enfoque de la Atención Primaria de la Salud, porque los problemas sanitarios no serán resueltos exclusivamente por el sector sanitario, sino en coordinación con las distintas instituciones o sectores que inciden en el bienestar integral de la salud. Respecto de los pueblos indígenas y afrodescendientes y otros, involucra el acceso y cuidado de la tierra, del agua y del territorio, la producción y el cultivo agrícola el consumo y elaboración de los alimentos, en los que incorpora la producción de plantas medicinales.

3.5. Territorial

Este enfoque se basa en la visión que tienen los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en el diario vivir armónico con lo visible y lo invisible, generando un bienestar y equilibrio dinámico con la Naturaleza, en los procesos de la vida que gobierna el planeta. Esta visión ecológica del cuidado integral de tierra, agua y espacio debería guiar el diseño, la implementación y/o adecuación de políticas públicas de salud.

3.6. Género

Se sustenta en el ejercicio equitativo de los roles que contribuyen al desarrollo integral de la persona, familia, comunidad y sociedad diversa.

3.7. Generacional

Se refiere a las concepciones socioculturales que frente a las etapas de la vida tienen los indígenas, afrodescendientes y otros, y que deben considerarse en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud.

04
PROPÓSITO

El propósito de esta política es ofrecer insumos para el desarrollo de políticas en los países andinos y aportar a la superación de las inequidades en salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, contribuyendo a garantizar el acceso a la salud integral respetando las particularidades y saberes culturales, el fortalecimiento y articulación de sistemas médicos y espacios de concertación social.

05
OBJETIVO

Ofrecer insumos conceptuales y estratégicos que orienten y/o fortalezcan el desarrollo de políticas, planes y programas en salud intercultural en los países andinos; que respondan a la situación y necesidades de salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que conviven en la subregión andina, en el marco del respeto a sus derechos individuales y colectivos, que garanticen el acceso a una atención integral, con pertinencia cultural, de calidad, con igualdad y equidad respecto del conjunto de las personas.

06
ALCANCE

Los contenidos de este documento permitirán que los países de la subregión andina, impulsen y/o fortalezcan acciones en salud intercultural que velen por el derecho a la salud y el buen vivir o vivir bien de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, a través de lineamientos estratégicos y acciones coordinadas con ellos.

07
PRINCIPIOS

7.1. Equidad

La equidad constituye un principio de justicia que busca hacer efectivo el derecho a la salud en los pueblos que actualmente sufren desigualdades en el acceso a la salud integral, a través de la disminución de las brechas en salud, dando prioridad a quienes más lo necesitan en su contexto cultural.

La equidad como principio se procura con servicios de salud que garanticen el acceso, la oportunidad, disponibilidad y la aceptabilidad de las acciones a fin de que estas sean adecuadas a los perfiles epidemiológicos, necesidades socioculturales y derechos de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos tribales.

7.2. Participación

La participación es el derecho que tienen las personas, comunidades y pueblos de intervenir en las decisiones del Estado en materias que incidan en el ejercicio de sus derechos y en su calidad de vida. En la presente política se entiende como participación activa de los pueblos en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, planes y proyectos, poniendo a su disposición los instrumentos necesarios para su ejercicio: información, recursos, procedimientos, en una relación horizontal de trabajo conjunto con los servicios de salud.

7.3. Integralidad

El principio de integralidad se refiere a una visión global (holística) de los múltiples aspectos relacionados con la salud: lo espiritual, lo orgánico y el medio ambiente; el individuo, la familia, la comunidad, el cosmos y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea. Se requiere de la intervención intersectorial en aspectos como nutrición, vivienda, saneamiento, educación, empleo, seguridad, protección territorial y acceso a servicios básicos: agua potable, energía, trabajo, transporte, vías, comunicaciones, entre otras.

7.4. Calidad

Una atención de calidad en salud intercultural, implica una atención integral, pertinente, oportuna y efectiva, con adecuación de los servicios de salud a las necesidades y satisfacción de los indígenas, afrodescendientes y otros, en su contexto territorial.

7.5. Sostenibilidad

La sostenibilidad se entiende como las condiciones necesarias para la mantención de los procesos de salud intercultural. Está relacionada con bases económicas y políticas, donde se asume una corresponsabilidad y trabajo compartido de instituciones, organizaciones y el Estado en pos de objetivos acordados.

7.6. Autonomía y libre determinación en salud

Se considera el principio de autonomía y autodeterminación como el derecho a decidir de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, en el nivel individual o colectivo, en el uso de los servicios de salud, itinerarios terapéuticos y acciones en salud en general; de acuerdo al grado de selección y adhesión a una u otra práctica médica (tradicional o académica), pertinentes para los individuos de cada pueblo y en relación con acciones colectivas en salud pública, bajo el ámbito de la responsabilidad estatal.

7.7. Bioética

Se entiende como el diálogo entre las ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, la sociedad, la cultura, la naturaleza y el planeta.

08

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

8.1. FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD

Los países de la subregión andina asumirán el desafío de tomar medidas pertinentes para contar con personal de salud con competencias culturales para trabajar con indígenas, afrodescendientes y otros, así como también promoverán, intensificarán y ampliarán los programas de sensibilización, formación y capacitación en salud intercultural y derechos colectivos para profesionales y personal que trabaja brindando servicios de salud en zonas con poblaciones indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones, que les permita actuar con compromiso y respeto en todos los componentes del sistema de salud (comunitario, técnico, profesional, directivo).

Del mismo modo promoverán la incorporación de la salud intercultural en las mallas de formación en todo nivel (técnico y profesional), especialmente en las carreras que formen recursos humanos en salud.

Acciones claves

- Elaborar propuestas de contenidos para sensibilizar y capacitar a tomadores de decisiones en gestión de la interculturalidad; así como para fortalecer el personal de salud.
- Elaborar e implementar programas de capacitación continua para el personal de salud que trabaja con población indígena, afrodescendiente y otros pueblos.
- Intercambiar experiencias entre los países andinos.
- Realizar abogacía continua con autoridades de las universidades que forman al recurso humano en salud para la incorporación del enfoque intercultural en las mallas curriculares.

8.2. RECONOCIMIENTO, PROTECCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Los países de la subregión tomarán las medidas pertinentes para garantizar el reconocimiento y protección de los conocimientos colectivos, recursos y sabiduría de la medicina tradicional y/o ancestral, así como promover el ejercicio de la medicina tradicional y/o ancestral de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos en la implementación de políticas, planes, programas y estrategias que deben desarrollarse con los propios pueblos.

Acciones clave

- Diseñar la plataforma virtual con los documentos nacionales que se generen en los países andinos sobre el reconocimiento de la medicina tradicional y/o ancestral y los resultados.

- Generar espacios/encuentros que posibiliten intercambio de conocimientos, saberes y prácticas sobre la medicina tradicional/ancestral entre pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos y con la medicina occidental.

- Propiciar acciones intersectoriales que promuevan el reconocimiento y la protección de los saberes de la medicina tradicional/ancestral de pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos vinculados a la salud.

8.3. DESARROLLO DE MECANISMOS QUE PERMITAN LA ARTICULACION DE LA MEDICINA OCCIDENTAL CON LA MEDICINA TRADICIONAL/ANCESTRAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL

Los países de la subregión andina realizarán las acciones pertinentes para ofrecer servicios de salud integrales y de calidad con pertinencia cultural, que aseguren acceso y cobertura; que incluyan orientaciones técnicas, guías, protocolos, normas y reglamentos; así como facilitadores interculturales, ajustes de horarios, señalización, materiales y diseños arquitectónicos, entre otros, que respondan a la realidad sociocultural de las poblaciones.

Así como también promoverán la articulación de las actividades entre los profesionales de la salud y la medicina tradicional, bajo el concepto de la complementariedad y con el uso de normas y acuerdos, que garanticen la atención oportuna y de calidad de la población y el respeto a las decisiones de las personas y comunidades.

El personal de salud deberá respetar los sistemas médicos tradicionales y/o ancestrales, el desarrollo de modelos de atención propios y buscarán articular la prestación de servicios de salud con las prácticas de la medicina tradicional y/o ancestral, permitiendo así dar respuesta a las necesidades de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en su contexto sociocultural y en el territorio que habitan.

Deberán garantizar que la gestión en salud intercultural tenga base en la consulta y participación a través del diálogo intercultural con los pueblos, considerando sus propias dinámicas de organización y participación comunitaria en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes y programas adecuados.

Acciones clave

- Elaborar políticas, programas y planes que incluya población indígena, afrodescendiente y otros en el marco del Política Andina de Salud Intercultural
- Elaborar proyectos que contribuyan a la implementación de la Política Andina de Salud Intercultural
- Elaborar protocolos de no discriminación y de atención basado en el reconocimiento y respeto a la población indígena, afrodescendiente y otros
- Realizar proyectos pilotos que permita la articulación de las actividades de profesionales y médicos tradicionales, parteras entre otros, en las redes de salud.
- Realizar proyectos pilotos sobre la atención y adecuación sociocultural de la misma
- Sistematizar buenas prácticas de servicios de salud con enfoque intercultural y de articulación / complementariedad de las medicinas indígenas, afrodescendientes y otros
- Generar estrategias para la implementación de servicios de salud con pertinencia cultural para población indígena, afrodescendientes y otros, en todas las instituciones prestadoras de salud (seguridad social, sistemas público y privado y fuerzas armadas) en los países andinos.

8.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los países de la subregión tomarán medidas para fortalecer los sistemas de información incluyendo la variable de “pertenencia” o “autorreconocimiento” en todos en los registros estadísticos (encuestas, observatorios, estadísticas vitales) de los servicios de salud, así como la definición de indicadores que permitan identificar los determinantes sociales de la salud, la organización y gestión de los servicios de salud, la situación de salud y el perfil epidemiológico sociocultural de estos pueblos, explorando los criterios de definición más válidos y consistentes acordados con los propios pueblos y desarrollando procesos de capacitación al personal de salud institucional para evitar el subregistro institucional.

Se realizarán procesos para consensuar criterios, procedimientos, metodologías e instrumentos para la recolección, análisis, divulgación y comunicación de datos e información y se contará oportunamente con información para focalizar acciones en problemas prioritarios de salud que afecten a los pueblos.

Acciones clave

- Proponer la incorporación y/o fortalecimiento de la variable etnia/pueblos originarios que incorpore pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en los sistemas de información y estadísticos de los Ministerios de Salud y en otros que se consideren necesarios.

- Seguir el proceso de implementación y monitoreo del cumplimiento de la aplicación de la variable etnia/pueblos originarios en los sistemas de salud y estadísticos de los Ministerios de Salud en base los lineamientos para incluir a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en los registros de salud, según documento de la CEPAL – 2013.

- Generar mecanismos para garantizar el uso de la información en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos.

8.5. INVESTIGACIÓN EN SALUD INTERCULTURAL

Los países de la subregión tomarán medidas, bajo normas del respeto a las personas y poblaciones definidas por la bioética, para estimular la investigación relativa a la salud y perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros, la que deberá tener una doble dimensión: multidisciplinaria y participativa. Se deberá además gestionar la realización de investigaciones por parte de los mismos pueblos sobre la medicina tradicional (conceptos de salud-enfermedad, agentes de la medicina tradicional, procedimientos y tratamientos de prevención y atención, uso de plantas medicinales, análisis de la situación de salud desde lo propio y lo occidental o alopático, entre otros).

Acciones clave

- Actualizar el Análisis de Situación de Salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros.
- Realizar investigación sobre la percepción de la salud - enfermedad de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros.
- Elaborar y socializar un protocolo para el cumplimiento de las normas y principios éticos para investigaciones en el sector salud en poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros pueblos

8.6. TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Los países andinos tomarán medidas para la transversalización del enfoque intercultural en los planes y programas de salud (prevención, rehabilitación, control de enfermedades y promoción de la salud).

Este proceso que es intrasectorial deberá realizarse con la participación de los pueblos, generándose condiciones para realizar trabajo en equipo, diálogos interculturales, donde se analicen los factores de riesgo y se potencien los factores protectores.

Acciones clave

- Evaluar y/o sistematizar a nivel regional el estado del arte de la transversalización del enfoque intercultural en los países andinos, en programas claves.
- Elaborar y aplicar una propuesta para la transversalización del enfoque intercultural en las áreas y programas de los ministerios de salud de los países andinos.
- Dar seguimiento a la incorporación del enfoque intercultural en los planes de trabajo de los Comités Andinos del ORAS CONHU.

8.7. ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Se tomarán medidas para implementar la Política Andina de Salud Intercultural, estableciendo alianzas y/o acuerdos de cooperación con instituciones nacionales e internacionales, así como con instituciones regionales y subregionales que contribuyan con su implementación

8.8. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES

Los países de la subregión tomarán medidas para que los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros participen de manera directa en planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de la salud intercultural, en corresponsabilidad con la estructura estatal de salud y los otros sectores.

Acciones clave

- Identificar mecanismos que propicien la participación de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en instancias donde se toman decisiones relacionadas a la salud.
- Elaborar y ejecutar propuestas para fortalecer la participación social organizada de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros en la definición de políticas, estrategias y acciones en salud.

09

IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los países de la subregión andina, deberán comprometerse en la implementación de la Política Andina de Salud Intercultural, que incorpore todos los avances logrados en la región y los países, en todos y cada uno de sus componentes, adecuándola a sus realidades y, de ser necesario, adecuar su marco normativo interno que facilite su implementación. Requiriéndose, además, que se destine financiamiento necesario, oportuno y sostenido para ello.

10

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Comisión Andina de Salud Intercultural y el Subcomité de Afrodescendientes, bajo la coordinación de la Secretaría Ejecutiva del ORAS - CONHU, formularán el Plan de Acción de esta Política Andina, estableciendo indicadores de gestión y resultados. De este plan derivarán los planes operativos anuales, aprobados por las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos.

Se contará también con un sistema de monitoreo y evaluación, que proporcione la información necesaria para realizar seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la Política, contando además con un instrumento de seguimiento y evaluación del desarrollo del Plan.

Se elaborará un informe semestral y anual de avance de implementación del plan, y un informe final basado en los informes anuales de avance del plan para la implementación de la Política Andina de Salud Intercultural.

11

ANEXOS

11.1 ACUERDOS INTERNACIONALES Y NORMAS JURÍDICAS DE LOS PAÍSES ANDINOS, QUE SUSTENTAN LOS ENFOQUES, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE LA SALUD INTERCULTURAL

	DDHH ONU (1)	C.169 OIT (2)	DONUPI (3)	DS2030ONU (4)	AS2030 (5)	ETNICIDADOMS (6)	ESTOMS (7)	PASSTPONU (8)	PEOPS (9)	BIOET.ONU (10)
LIBERTAD	1, 4		3, 2							
INTERCULTURALIDAD	22	7	3, 8, 15	11.4	11	13, 16, 18,19, 20		26	SI	
INTERSECTORIALIDAD	22.25	2.7	2 ,3, 21, 23	3.9	11	14, 16		19, 21, 22, 23	SI	
PARTICIPACIÓN SOCIAL	21	2, 6, 7	18, 20, 23, 29,33	2.1		15, 17		22	SI	
INTEGRALIDAD		25	33		1				SI	
EDUCACIÓN										
TERRITORIO		13, 16, 17, 25	8, 25, 29							
RECURSOS HUMANOS		25			2	20, 21		26	SI	
SERVICIOS Y REDES DE SALUD		25			1				SI	
MEDICINA TRADICIONAL		25	24			18, 20, 21	OBJETIVO 1	26	SI	
EDUCACIÓN	26	26	13, 14, 21	3.7 ; 3.9						
INVESTIGACIÓN			31		7		OBJETIVO 2		SI	
COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD	22			1.3; 3.7			OBJETIVO 3		SI	
AMBIENTE		7, 15	25, 29	3.9; 2	11				SI	
PRODUCTOS TÓXICOS				3.9					SI	
PROTECCCIÓN DEL CONOCIMIENTO			11, 31						SI	
GÉNERO GENERACIÓN						14			SI	
AUTONOMÍA		13, 25	4							
INFORMACIÓN			16		6	14		20	SI	
BIOÉTICA-DEONTOLOGÍA										12, 17
FRONTERAS		32	36							

REFERENCIAS:

1 - DDHH ONU (1): Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas.

2 - C.169 OIT (2): Convenio Número 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales

3 - DONUPI (3): Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

4 - DS2030ONU (4): Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Naciones Unidas.

5 - AS2030 (5): Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030.OMS OPS.

6 - ETNICIDADOMS (6): Política sobre etnicidad y salud. OMS. OPS.

7 - ESTOMS (7): Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional

8 - PASSTPONU (8): Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. OMS. OPS.

9 - PEOPS (9): Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019

10 - BIOET.ONU (10): Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. UNESCO

	BOLIVIA (11)	CHILE (12)	COLOMBIA (13)	ECUADOR (14)	PERÚ (15)	VENEZUELA (16)
LIBERTAD	CPE	CPE	CPE	CPE	CPE	CPE
INTERCULTURALIDAD	CPE DS 29601	LEY 20584 N16	CPE LEY 1751	CPE LOPI LOS	CPE DS 16	CPE LOS LPI
INTERSECTORIALIDAD	CPE DS 29601	LEY 20584	CPE LEY 1751	CPE LOPI LOS	CPE DS 16	CPE LOS LPI
PARTICIPACIÓN SOCIAL	DS 29601	LEY 20584	CPE LEY 1751	CPE LOPI LOS	DS 16	CPE LOS LPI
INTEGRALIDAD	CPE DS 29601	LEY 19253	CPE LEY 1751	CPE LOPI LOS	DS 16	CPE LOS LPI
EDUCACIÓN						
TERRITORIO	CPE	LEY 19253 N16	CPE	CPE LOPI	CPE DS 16	CPE LOS LPI
RECURSOS HUMANOS	CPE LEY 459	N 16	LEY 1751	CPE LOPI LOS	DS 16	LOS LPI
SERVICIOS Y REDES DE SALUD	DS 29601	LEY 20584	CPE LEY 1751	CPE LOPI LOS	CPE DS 16	CPR LOS LPI
MEDICINA TRADICIONAL	CPE LEY 459	LEY 19253 N16	DS 1953	CPE LOPI	DS 16	CPE LOS LPI
EDUCACIÓN	CPE		DS1953	CPE LOPI	DS 16	CPE LOS LPI
INVESTIGACIÓN	CPE	LEY 20584	LEY 1751	CPE LOPI LOS	DS 16	CPE LPI
COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD	CPE	CPE	CPE LEY 1751	CPE LOPI	DS 16	CPE LOS LPI
AMBIENTE	CPE	L EY 19253	CPE	CPE LOPI LOS	DS 16	CPE LOS LPI
PRODUCTOS TÓXICOS	CPE			CPE	DS 16	CPE LPI
PROTECCCIÓN DEL CONOCIMIENTO	CPE LEY 459		CPE DS1953	CPE LOPI LOS	DS 16	CPE LPI
GÉNERO GENERACIÓN	CPE		LEY 1751	CPE LOS	DS 16	
AUTONOMÍA	CPE		CPE DS 1953	CPE LOPI	DS 16	CPE LPI
INFORMACIÓN	DS 29601		LEY 1751	CPE LOPI LOS	DS 16	
BIOÉTICA-DEONTOLOGÍA		LEY 20584	LEY 1751	CPE LOS	DS 16	CPE LPI
FRONTERAS						LPI

REVISAR NORMATIVA EN LA PÁGINA WEB:

http://www.orasconhu.org/portal/content/pol%C3%ADtica-andina-de-salud-intercultural-0

Galápagos, Ecuador, 27 de marzo de 2014 **Resolución REMSAA XXXIV/490**

POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

1. Que con Resolución REMSAA XXVII/417, emitida en Bogotá, Colombia el 31 de marzo del 2006, los Ministros de Salud ratifican la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural, aprobándose el Plan Andino de Salud Intercultural, mediante Resolución REMSAA XXVIII/432 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia el 30 de marzo del 2007.

2. Que con Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, emitida en marzo del 2011, los Ministros instruyen a la Comisión Andina de Salud Intercultural a que elabore la Política Andina de Salud Intercultural.

3. Que en reunión de la Comisión Andina de Salud Intercultural, llevada a cabo en Ciudad de Panamá, Panamá los días 17 y 18 de septiembre del 2013, se identificaron las líneas generales de la Política Andina y se estableció la hoja de ruta para la elaboración de la misma.

Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina de Salud Intercultural.

2. Encargar a la Comisión Andina de Salud Intercultural, la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Acción de la Política Andina, de manera conjunta con la Secretaría Ejecutiva del ORAS/CONHU y con el apoyo de agencias y/o instituciones de cooperación.

CERTIFICAMOS: *Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIV Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Galápagos, Ecuador, el 27 de marzo de 2014.*

CARINA VANCE MAFLA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR
PRESIDENTA DE LA XXXIV REMSAA

CAROLINE CHANG CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE