



PROPUESTA DE ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE UN MARCO JURÍDICO DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS EN SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS PARA LOS PAÍSES ANDINOS



"Por la integración y la salud de
nuestros pueblos andinos"



AGENCIA
ESPAÑOLA DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO

“Análisis de las principales tendencias y fundamentos jurídicos en los países de la región andina para sustentar el desarrollo de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas”

**Yénive Cavieres Sepúlveda.
Abogada.
Santiago de Chile
Julio del 2011**

INDICE:

1. Introducción:	3
2. Contextos generales de los procesos de multi/pluri/interculturalidad orientadores de las políticas públicas y las nuevas legislaciones.	4
2.1 Multi/pluri/inter/cultural en salud.....	5
2.2. Pluralismos: médico y jurídico.	7
2.3. Enfoque de derechos humanos y estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas	9
2.3.1 Enfoque de derechos.....	9
2.3.2 Otros instrumentos internacionales que constituyen orientaciones de las políticas públicas y las legislaciones:.....	14
2.4 Diferenciar los derechos de las leyes.	16
2.5 Las tensiones entre el reconocimiento y la regulación.....	17
2.6 Derechos colectivos de los pueblos indígenas.	21
2.7 Las normas como cristalización de las políticas públicas y viceversa.....	23
3. Sistemas culturales de salud de los Pueblos Indígenas.....	24
3.1 Sistemas culturales de salud de los Pueblos Indígenas (una aproximación desde el caso chileno en construcción).....	26
3.2 Tres aspectos del derecho a la salud de los pueblos indígenas:.....	28
3.2.1 Igualdad en el acceso a la salud de los servicios del Estado; accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones en el sistema oficial.....	29
3.2.2 Pertinencia cultural, articulación entre sistemas médicos y medicina intercultural. (complementariedad y/o interculturalidad).....	29
3.2.3 Autonomía y control de sus sistemas médicos, legitimidad, autogestión.....	29
3.3 Participación de los pueblos indígenas.....	30
3.3.1 Implicancias de los mecanismos de participación del Convenio 169.	31
4. Aprendizajes sobre la marcha.	32
4.1 De la articulación a la armonización.....	32
5. Análisis de las principales tendencias legislativas en los países del área andina.....	34
5.1 La difícil transformación de los derechos en legislaciones y el problema de la implementación de un enfoque de derechos humanos.....	34
5.2 Aportes de información recogida anteriormente.	35
5.3 Indicadores legislativos de los pueblos indígenas como mecanismo de análisis y evaluación del cumplimiento de los derechos.	36
5.4 Propuestas para construir Indicadores para el monitoreo del Derecho a la salud de los pueblos indígenas.	39
5.5 La Experiencia del Fondo Indígena y el Sistema de Monitoreo de la Protección de los Derechos y la Promoción del Buen Vivir.	40
5.6 Instrumento de Calidad Legislativa Indígena en América Latina, BID.....	42
6. Conclusiones	72
7. Orientaciones.....	74
8. Referencias Bibliográficas.	77

1. Introducción

El desarrollo en las últimas décadas de un marco jurídico de reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas, tanto a nivel nacional como internacional, se enmarca en un contexto cuya línea de evolución transita desde ser estos objetos de opresión, luego de protección; y finalmente, ser sujetos de derechos.

Las legislaciones en materia de derechos de los pueblos indígenas, específicamente su derecho a la salud como derecho colectivo e individual es de corta data en los países andinos y ha tenido un desarrollo en los últimos 20 años, luego de que se promulgará el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales y a medida que se han ido construyendo y consolidado experiencias en la materia.

En el mundo entero, los procesos estatales y sociales de aceptación y valoración de la diversidad cultural han permitido visibilizar conocimientos, prácticas y visiones de mundo que conforman los complejos sistemas y modelos de salud de las sociedades indígenas. Ello ha ido ensanchando las concepciones biomédicas y mono culturales de la ciencia occidental y ha aportado a la generación de políticas públicas y legislaciones con las que se avanza en la promoción y legitimación de estos sistemas.

En este contexto se ha ido construyendo una articulación y complementariedad entre las instituciones estatales de salud y aquellas propias de los pueblos indígenas y entre ambas medicinas a fin de aportar ambas a la salud de la población, orientada por estos nuevos paradigmas que reconocen la existencia de los pueblos indígenas bajo un marco de derechos.

El reconocimiento de la diversidad cultural subyace al desarrollo de normas y políticas públicas y es el antecedente de la incorporación de enfoques de multi/pluriculturalidad y de interculturalidad en materia de salud y pueblos indígenas, lo que hoy tiene una importante expresión a nivel de los países andinos. Es importante dar a conocer la situación actual a fin de contribuir a orientar los procesos legislativos en estas materias.

Siendo éste un proceso reciente, marcado por la pluralidad y heterogeneidad, ha ido tomando cuerpo de manera disímil en el mundo entero, produciendo una multiplicidad de conceptos provenientes de la academia, diversas legislaciones, las normas y declaraciones.

Los conceptos con los que abordamos la realidad del derecho a la salud de los pueblos indígenas como: reconocimiento, medicina tradicional, integrar, articular, incluir, especialistas, prácticas, pueblos, indígenas, entre otros conceptos son de carácter polisémico. Por ello, en este texto se ha dado relevancia al significado de las palabras, a fin de que éstas den cuenta y sean fieles a la realidad que refieren. Ello implica hacer redefiniciones, re-conceptualizaciones, que sean mucho más que meros ejercicios de traducción,

que requieren finalmente una definición dialogada, esto es, con los pueblos indígenas.

Estas situaciones que obstaculizan un desarrollo armónico y progresivo en la materia de análisis, cada vez más contundente en las legislaciones de los países andinos, nos invitan a profundizar en el desarrollo de diálogos culturales que involucren a diferentes actores, a fin de darle contenido a este derecho emergente.

Es importante destacar que se ha utilizado como antecedente relevante la información y análisis expuesto en las dos consultorías anteriores sobre la materia, realizadas también para el Organismo Andino de Salud, elaboradas por los juristas Mario Ríos¹ y Marcela Huaita². Ambos fundamentan y reafirman que el derecho a la salud de los pueblos indígenas es parte del derecho a la salud, tal como se ha señalado y especificado en las normas internacionales, en organismos internacionales como la OPS/ OMS y en las normas nacionales sobre pueblos indígenas.

El informe que se presenta a continuación es producto de la consultoría establecida por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, en el marco del Plan Andino de Salud Intercultural y en coordinación con la Comisión Andina de Salud Intercultural.

Este trabajo propone un conjunto de referencias conceptuales que son parte del marco sobre el que se ha ido construyendo el derecho a salud de los pueblos indígenas en cuanto derecho colectivo, así como las dificultades y oportunidades que ello presenta en la actualidad. También señala algunas metodologías y propuestas que esperan aportar a un desarrollo jurídico progresivo en los países, el que desde éste enfoque de derechos deberá ser realizado siempre *con los pueblos indígenas*.

2. Contextos generales de los procesos de multi/pluri/interculturalidad orientadores de las políticas públicas y las nuevas legislaciones.

Paralelo a los procesos jurídicos o normativos, los procesos político sociales y las luchas de los pueblos indígenas han ido construyendo al interior de los Estados un marco de referencia conceptual en el que se anclan las políticas públicas y las legislaciones, tales como; la multiculturalidad, la pluriculturalidad e interculturalidad. Estos conceptos se han ido constituyendo en ejes conductores de las políticas públicas y orientadores de las legislaciones.

¹ Ríos, Mario. “Análisis de los Marcos Jurídicos que protegen la Incorporación de la medicina Tradicional en los Sistemas de Salud de los Países Andinos”. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Marzo 2009.

² Huaita, Marcela. *Propuesta de orientaciones para el desarrollo de marcos jurídicos que protegen y promueven la articulación de la medicina tradicional con los sistemas de salud de los países andinos*. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Mayo 2010

El multi/pluri culturalismo y la interculturalidad han ido constituyéndose en enfoques de las políticas públicas y son parte hoy de este proceso de reconocimiento de las diferencias. El multi/pluri/culturalismo reconociendo la diferencia cultural y promoviendo la relación entre las culturas y la interculturalidad, que establece la relación entre los diversos. No obstante, es necesario considerar que la interculturalidad se da la mayoría de las veces en un plano de desigualdad y asimetría entre los pueblos indígenas y el Estado,

Como política pública y como acción social, el multi o pluriculturalismo que se declara, expresa tensiones no resueltas con la estructura institucional y jurídica del Estado nacional, el que no puede dar cuenta en su plenitud de este proceso. Por ello, el proceso general en América de modificación de las constituciones políticas para producir la implementación de los derechos de los pueblos indígenas, se construye hoy valorando y promoviendo la convivencia de esta diversidad cultural.

Las contradicciones y problemas que estas políticas pueden provocar son parte del movimiento y de los conflictos naturales en la sociedad, ya que sociedades compuestas por segmentos culturales pueden establecer estancos societarios incapaces de interrelacionarse, donde la comunicación sólo ocurre en el contexto estatal gracias a la existencia de políticas públicas; y, muchas veces con un sentido de mera tolerancia.

La multiculturalidad como concepto describe la diversidad de culturas que conviven en una sociedad y promueve la no-discriminación. La pluriculturalidad le agrega la valoración a dicha diversidad, la consideración de constituir una riqueza cultural y la orientación a la convivencia y relación armónica entre esas culturas. Por su parte, la interculturalidad añade elementos importantes al multiculturalismo, demanda el reconocimiento por parte del Estado de la pluralidad cultural dentro de sus fronteras y promueve la creación de espacios en los que las distintas culturas puedan no solo coexistir, sino también interactuar, conocerse, encontrarse, crear vínculos, interactuar, y comunicarse a fin de reconocer y aceptar la reciprocidad y aporte de la cultura del otro.

2.1. *Multi/pluri/inter/culturalidad en salud*

El enfoque intercultural que se encuentra a la base de las políticas de salud intercultural, estaría promulgando el punto de vista de que la diversidad cultural no constituye una amenaza para los grupos en contacto, sino que más bien enriquecería la estructura social de una sociedad. “Por ello la interculturalidad demanda la horizontalidad y la búsqueda de una “nueva relación” interétnica entre el Estado, la sociedad y los pueblos indígenas la que no debe eludir la conflictividad de las relaciones interétnicas, específicamente en lo relativo a los contenidos políticos y económicos de ésta relación. La interculturalidad desde ésta perspectiva no viene desde uno hacia otro, se construye en la fusión de horizontes culturales en un contexto político y epistémico verdaderamente democrático” (Cavieres, 2006).

Las primeras acciones sistemáticas orientadas a reconocer la diversidad y a establecer estrategias en materia de salud y pueblos indígenas fueron desde la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS desde 1993, fecha del I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas celebrada en Winnipeg, Canadá. En ésta reunión de consulta participaron delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas del continente, delegaciones oficiales de gobiernos pertenecientes a dieciocho países, a la vez que organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. Las recomendaciones vertidas en esta reunión se agruparon en una propuesta denominada “Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas” La que posteriormente fue aprobada por la Organización Panamericana de la salud OPS, por medio de la Resolución CD37.R5 por el XXXVII Consejo Directivo.

En esa misma ocasión se identificaron los cinco principios que rigen el trabajo de la Organización y de sus Estados miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas, los que se encuentran contenidos también en la “Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas” los cuales son; necesidad de un abordaje integral³ de la salud; derecho a la autodeterminación; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones; derecho a la participación sistemática” (Rocio Rojas y Nur Shuaqair, 1998).

Por otra parte, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud elaboró una estrategia sobre medicina tradicional⁴ 2002/2005, que da cuenta de la amplitud y uso creciente de ésta en el mundo entero, los desafíos que ello plantea y un marco de trabajo para la implementación de dicha estrategia. En esa estrategia “La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales, y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades”.⁵

Sin perjuicio de reconocer que en términos genéricos esta definición también promueve el reconocimiento de otras prácticas sustentadas en conocimientos ancestrales y la apertura que en el sistema bio-médico implica abrirse a otros enfoques y prácticas de salud, esta definición, no considera que estas “medicinas” sean instituciones culturales y/o patrimonio de los pueblos indígenas. Los elementos que la conforman, si bien tienen como objetivo mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades, dichos elementos se analizan fuera de los sistemas culturales de salud propios de los pueblos indígenas, ni se articulan bajo su propio control cultural.

Este enfoque es contradictorio con el principio general que orienta la primera parte sobre Política General del Convenio 169 contenida en sus 12 primeros

³ El abordaje integral/holístico en salud se refiere a la incorporación de las diferentes esferas que suponen el bienestar bio-psico-social y espiritual de la persona humana y de la comunidad.

⁴ Concepto genérico en el cual se enmarca la medicina tradicional indígena

⁵ WHO/EDM/TRM/2002. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud.

artículos y que orienta la aplicación de este en las legislaciones nacionales, en el sentido de que todos los pueblos deben “tener el derecho de conservar su cultura y administrar sus propios asuntos” (Salgado, 2006). Tampoco es armónico con lo establecido en el Art. 2 del Convenio 169 que señala a los Estados el deber de asumir con la participación de los pueblos interesados una acción coordinada y sistemática para proteger los derechos de estos pueblos y garantizar su integridad, tomando medidas para ello. Por ello, lo relevante desde la perspectiva del derecho a la propia identidad de los pueblos indígenas, es que las definiciones relativas a estas medicinas se realicen y plasmen sobre la base de sus propias conceptualizaciones. Estas definiciones propias empiezan a abrirse camino lentamente como parte de los procesos de reconocimiento de las culturas e instituciones propias de los pueblos indígenas.

2.2. Pluralismos: médico y jurídico

El reconocimiento de la pluralidad cultural tiene múltiples implicancias en diversos ámbitos de la vida social de los países. Desde el Estado, desde la sociedad y desde los centros de conocimiento se despliega la realidad de la otredad indígena legitimada bajo nuevos criterios. Ya no pretende ser exterminada, olvidada, ni asimilada. Este proceso de cambio paradigmático ha permitido comprender y dar cuenta cada vez más de la existencia de aspectos relevantes de las sociedades indígenas.

El pluralismo médico da cuenta de la existencia de diversos sistemas de salud, cada uno de ellos fundados en visiones de mundo o filosofías, con sus propios parámetros respecto de la vida y de la muerte, la salud y la enfermedad, los que tienen un conjunto de elementos y de relaciones de estos elementos, que permiten mantener la salud y abordar las situaciones de enfermedad. Lo que en el caso de los pueblos indígenas es parte de una manera propia de organizar la vida social.

En este enfoque se hace hincapié en abordar la salud de los pueblos indígenas y el reconocimiento de estos sistemas y/o partes de estos que hayan subsistido, considerando la integralidad de la cultura de los pueblos indígenas. Por ello, se ha señalado en el texto de Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS que “El abordaje de la salud de los pueblos indígenas debe tener en cuenta los elementos que son indisociables. Por ejemplo; Tierras/territorios, medio ambiente/patrimonio arqueológico; recursos naturales/pueblos indígenas; medicina tradicional/cosmovisión indígena” (Rocio Rojas y Nur Shuaqair, 1998).

Bajo este marco, “un sistema médico puede caracterizarse como un conjunto institucional sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tiene existencia objetivable” (Luca Citarella y otros, 2000).

Así, la medicina indígena responde al desarrollo de un sistema de salud y médico propio, en un sentido sistémico, en que lo relevante lo constituye tanto los elementos que componen el sistema como las relaciones que los articulan.

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad (OPS/OMS, 1997).

El sistema tradicional de medicina indígena se define en la lógica de lo biopsicosocial y cultural en el sentido "que plantea la multicausalidad en la génesis de la enfermedad, y la necesidad de atención de los múltiples componentes que la determinan" (Luca Citarella y otros, 2000). Por el contrario, la salud occidental se asienta en lo psicobiológico y es aquí donde puede distinguirse una diferencia de sentido que resulta esencial al momento de entender como ambas pueden coexistir y relacionarse en un mismo espacio.

Este enfoque de pluralismo médico da cuenta de que la existencia de sistemas paralelos o alternativos de medicina ha otorgado a los grupos y personas de distintas culturas la capacidad de usar indistintamente y/o alternativamente estos sistemas. Aquí el enfoque pone el énfasis en las personas que usan los sistemas. Ello revela también las prácticas sociales pluralistas.

Según Menéndez (1994) el pluralismo médico se refiere a "la capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos".

Los prestadores de servicios médicos de una cultura indígena, coexisten y se relacionan con el sistema de salud formal. Esto nos muestra la perspectiva intercultural y enfoque pluralista de estos especialistas, que enlaza con la idea central de la propuesta de interculturalidad y complementariedad de ambos sistemas.

Por su parte, el pluralismo jurídico como enfoque reconoce en el territorio de un Estado la existencia de dos o más sistemas de derechos, aceptando que el Estado no es el único productor de normas. Que en el territorio coexisten varios pueblos, con sus propios sistemas de derechos ligados en forma indisoluble a su propias lenguas, religiosidades, sistemas de salud, en espacios territoriales en los que se han desarrollado desde antes de la conquista y construcción de los Estados nacionales o en otros territorios en razón de exilios o desarraigos obligados.

El reconocimiento de esta diversidad jurídica llamada también "Pluralismo Jurídico" constituye una realidad "ha mostrado básicamente que hay varios tipos de derechos que coexisten y no operan uniformemente sobre la base de una misma racionalidad ni sobre los mismos espacios sociales. También que estos distintos derechos no funcionan totalmente separados sino articulados y

jerarquizados. El centro de esta articulación, según Santos la constituye el derecho estatal nacional”⁶.

Siendo el Estado el productor hegemónico de derechos, hay quienes alertan sobre la posible formalización de este proceso definiéndolo como un pluriculturalismo aditivo⁷ (Ministerio del Interior, Colombia, 1988), que convertirá, como ya hemos visto, en mera retórica la consagración legal de los derechos de los Pueblos Indígenas, que solo va a añadir la particularidad étnica a la matriz existente, sin buscar o promover una mayor transformación.

Esta perspectiva pluralista en las redefiniciones estatales, rompe con la concepción homogenizadora que al interior de un Estado existe un solo pueblo o nación y nos permite un marco de análisis de la realidad de los Pueblos indígenas como productores y sujetos de derechos de carácter colectivo, elemento fundamental para determinar la significación, alcances y contenidos de los procesos de construcción y modificaciones normativas respecto de los propios pueblos Indígenas y de la sociedad toda. Sobre todo en América en que las dos últimas décadas han sido ricas en la emergencia política de estos pueblos, en transformaciones legales y en el desarrollo de políticas públicas que modifican la visión y ejercicio de nuestros Estados.

2.3. Enfoque de derechos humanos y estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas

2.3.1 Enfoque de derechos

El enfoque de derechos como orientador de las políticas públicas relativas a salud y pueblos indígenas, significa reconocer que los derechos constituyen un marco para el desarrollo de la salud individual y colectiva de los pueblos indígenas y que deben ser garantizados por los Estados, transforma a los sujetos, en este caso a los indígenas, de meros receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que tienen garantías exigibles.

El enfoque de derechos identifica y promueve la capacidad de los titulares de los derechos para reclamarlos. Los sujetos de derechos participan en la toma de decisiones sobre su derecho a la salud. Se asocian para reclamar sus derechos y participar organizadamente. Conocen el derecho y saben como ejercerlo y defenderlo. Para el logro de estos contenidos el Estado debe:

- ✓ Formular y ejecutar políticas públicas que prioricen las necesidades más apremiantes.
- ✓ Destinar fondos adecuados a las necesidades.
- ✓ Dar cobertura y accesibilidad de servicios localmente.

⁶ En: Palacios, German “Pluralismo Jurídico El desafío al derecho oficial” 1ª Ed. Empresa Editorial Universidad Nacional Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pag. 52.

⁷ Los Pueblos Indígenas en el País y en América” Serie Retos de la Nación Diversa. Dirección General de Asuntos Indígenas. Ministerio del Interior. Colombia. 1988. Pag 44

- ✓ Promover un cambio de actitud de los funcionarios hacia una cultura de servicio no discriminatoria.
- ✓ Promover el conocimiento del derecho y como ejercerlo.
- ✓ Crear mecanismos para garantizar los derechos.

El estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas necesario de tener en cuenta a fin de que las políticas públicas y las legislaciones desarrollen mecanismos para su implementación, considera entre otros elementos: las normas especiales de los pueblos indígenas, las normas relacionadas y que permiten una interpretación conforme a un enfoque de derechos humanos y al estándar internacional de los derechos humanos; y otros instrumentos internacionales que orientan las políticas públicas: el enfoque de derechos, los enfoques de pluralismo médico y de pluralismo jurídico y los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Dos grandes normas específicas, de carácter internacional consagran los derechos de los pueblos indígenas; el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales, adoptado el 27 de Junio de 1989 por la Conferencia General de la OIT. Tratado⁸ ratificado por todos los países del área andina, que se transforma en vinculante luego de los tramites interno señalados en las Constituciones de cada país, y la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas adoptado el 27 de Junio de 1989 por la Conferencia General de la OIT, y la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada el 2007 en la Asamblea General de Naciones Unidas, instrumento que si bien no es obligatorio para los Estados, “representa la elaboración dinámica de normas jurídicas internacionales y refleja el compromiso de los Estados de avanzar en una cierta dirección y de respetar determinados principios”⁹. Ambas normas se encuentran vigentes en el derecho internacional.

El enfoque de derechos humanos aplicado a los pueblos indígenas debe utilizar como marco de referencia el estándar jurídico internacional específico de estos pueblos que se encuentra en estas normas; el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales y la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas.

⁸ “Se entiende por tratado, acuerdo o pacto internacional, celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho Internacional Art. 1, letra a) de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados

⁹ Los Pueblos Indígenas en sus propias voces. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las cuestiones Indígenas.

PAÍSES QUE HAN RATIFICADO EL CONVENIO 169

<u>Argentina</u>	03:07:2000	ratificado
<u>Estado Plurinacional de Bolivia</u>	11:12:1991	ratificado
<u>Brasil</u>	25:07:2002	ratificado
<u>Chile</u>	15:09:2008	ratificado
<u>Colombia</u>	07:08:1991	ratificado
<u>Costa Rica</u>	02:04:1993	ratificado
<u>Dinamarca</u>	22:02:1996	ratificado
<u>Dominica</u>	25:06:2002	ratificado
<u>Ecuador</u>	15:05:1998	ratificado
<u>España</u>	15:02:2007	ratificado
<u>Fiji</u>	03:03:1998	ratificado
<u>Guatemala</u>	05:06:1996	ratificado
<u>Honduras</u>	28:03:1995	ratificado
<u>México</u>	05:09:1990	ratificado
<u>Nepal</u>	14:09:2007	ratificado
<u>Nicaragua</u>	25:08:2010	ratificado
<u>Noruega</u>	19:06:1990	ratificado
<u>Países Bajos</u>	02:02:1998	ratificado
<u>Paraguay</u>	10:08:1993	ratificado
<u>Perú</u>	02:02:1994	ratificado
<u>República Centroafricana</u>	30:08:2010	ratificado
<u>República Bolivariana de Venezuela</u>	22:05:2002	ratificado

(Fuente: ILOLEX - 13. 7. 2011)

El Convenio 169 en el primer párrafo del artículo 3 define la orientación de este convenio como tratado de Derechos Humanos. "1. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos y libertades fundamentales sin obstáculo ni discriminación". (OIT, Convenio 169) Por ello mismo, estas normas especiales se deben interpretar en relación o con otros tratados o declaraciones del sistema internacional de derechos humanos, que contienen referencias especiales respecto de los pueblos indígenas y viceversa.

Debemos considerar especialmente que los tratados internacionales de derechos humanos de los que forma parte el Convenio 169, se encuentran insertos en el sistema jurídico interno de los países miembros del Organismo Andino de Salud en el bloque de constitucionalidad, o nivel fundamental de la pirámide normativa, lo que les da un rango privilegiado en la jerarquía normativa.

Mecanismos internos y jerarquía en los sistemas legales de los países miembros del Organismo Andino de Salud, ratificantes del Convenio 169¹⁰:	
Estado Plurinacional de Bolivia	Los tratados internacionales tienen fuerza de ley; los convenios sobre derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución (Constitución, arts. 257(I) y 410(II));
Chile	Los tratados internacionales ratificados tienen fuerza de ley. La Constitución Política establece que el ejercicio de la soberanía reconoce como límite los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana y que es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por la Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, tal como es el caso del Convenio núm. 169 (art. 5 inciso 2°).
Colombia	Los tratados internacionales ratificados tienen fuerza de ley; los convenios sobre derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución (Constitución, arts. 53 y 93, párrafo 1);
Ecuador	Los tratados internacionales tienen fuerza de ley a partir de la ratificación y tienen jerarquía superior a las leyes ordinarias. Los tratados sobre derechos humanos que reconozcan derechos más favorables a los contenidos en la Constitución prevalecerán sobre cualquier otra norma jurídica o acto del poder público (Constitución, arts. 417, 424 y 425);
Perú	Los tratados internacionales tienen fuerza de ley a partir de la ratificación. Los tratados sobre derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución (Constitución, arts. 3, 55 y Cuarta disposición final y transitoria);
República Bolivariana de Venezuela:	Los tratados internacionales tienen fuerza de ley a partir de su ratificación; los convenios sobre derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución (Constitución, arts. 22 y 23)".

¹⁰ Antecedentes tomados en Anexo 2 de "La aplicación del Convenio Núm. 169 por tribunales nacionales e internacionales en América Latina: una compilación de casos / Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT, 2009

Incorporar en las políticas públicas los derechos humanos -y específicamente- los relacionados a los pueblos indígenas, implica enriquecer el derecho a la igualdad con el reconocimiento de la diferencia. Ello es posible tanto a través de las normas pero especialmente a través de su participación sustantiva.

Otras normas del sistema internacional de los derechos humanos aplicables a los pueblos indígenas son:

El Art. 27 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, que establece que no se negará a las personas que pertenezcan a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas en los respectivos Estados en que existan, los derechos que les corresponda tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma. Este artículo, si bien, solo reconoce a las "minorías étnicas", permite su utilización para casos individuales que reflejan políticas generales al interior de los Estados.

La Declaración Universal de Derechos Humanos que en su Art. 29 señala que "solo en su comunidad puede el individuo desarrollar libre y plenamente su personalidad". (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948)

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, que protege contra la discriminación, a la que define en su artículo 1 como "toda distinción exclusión o preferencia, basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto, o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales"¹¹.

Diversos artículos del Convenio de Biodiversidad Biológica y especialmente el Art. 8° sobre la Conservación in situ. Que establece que, "cada parte contratante, en la medida de lo posible y según proceda: j) Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente"¹².

La Convención sobre los Derechos del Niño señala en su artículo 30, "En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponda, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, a emplear su propio idioma"¹³.

¹¹ <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>

¹² <http://www.cbd.int/doc/legal/cbd-es.pdf>

¹³ <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

También están el Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador, la Declaración sobre los Derechos de las Persona pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas o Lingüísticas.

2.3.2 Otros instrumentos internacionales que constituyen orientaciones de las políticas públicas y las legislaciones

Primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993). Señala que los Estados deben adoptar medidas positivas para asegurar el respeto de todos los derechos humanos de los pueblos indígenas, sobre la base de no discriminación.

Las Resoluciones V y VI de “Salud de los Pueblos Indígenas” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

Las Estrategias sobre Medicina Tradicional y el Plan de Acción 2002-2005 de la Organización Mundial de la Salud;

Los capítulos 15 y 26 de la Agenda 21 sobre diversidad biológica;

Primer y segundo Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004), (2005-2014).

Jurisprudencia de la Corte Interamericana de DDHH;

El Proyecto de Declaración Americana de los Pueblos Indígenas de la OEA, La aplicación de principios internacionales del derecho;

La Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas, N° 27 sobre los pueblos indígenas¹⁴;

¹⁴ “Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el Art. 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.”

Los informes de los relatores especiales de Naciones Unidas sobre pueblos indígenas y del derecho a la salud.

Este conjunto de instrumentos jurídicos de carácter internacional y regional de derechos humanos que son aplicables a los pueblos indígenas, en cuanto están relacionados a la no discriminación y al derecho a la salud desde una perspectiva integral, constituyen el marco internacional de derechos humanos del derecho a la salud de los pueblos indígenas, lo que en conjunto con la interpretación de los órganos de jurisdicción internacional y/o regional, han ido construyendo también una doctrina internacional en este ámbito.

REFERENCIAS DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	
Normas internacionales específicas de los pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989) • Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)
Otras normas jurídicas internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 29) • Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial • Pacto Internacional Derechos Civiles y Políticos (Art.27) • Pacto Internacional Derechos Económicos Sociales y Culturales PIDESC • Convención Americana de Derechos Humanos y Protocolo DESC • Declaración sobre los Derechos de las Persona pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas o Lingüísticas • Letras c) y d) artículo 29 y 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño(1989) • Letra j) del artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992). • Preámbulo y artículo 3 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre cambio climático (1992)
Instrumentos relevantes de la Organización de Naciones Unidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), en particular su capítulo 26 • Primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993). • Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004); • Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas, que comenzó el día 1 de enero, (2005-2014). • Creación de Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Resolución del Consejo Económico Social de Naciones Unidas

	<p>(2000) Primera reunión 2002.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de supervisión y de cumplimiento de los tratados internacionales. • Designación de Relator Especial de Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. (2002)
Instrumentos del Sistema interamericano de Derechos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio de Constitución del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (1992), • Resolución CD37.R5 de OPS/OMS (1993); • Declaración de Compromiso entre el Parlamento Indígena de América y la Organización Panamericana de la Salud (1995); • Resolución CD40.R6 de OPS/OMS (1997); • Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Elaboración propia. 10/07/2011

La referencia al conjunto de normas que se han ido construyendo en torno a los derechos de los pueblos indígenas y específicamente al derecho a la salud de estos nos muestra un panorama alentador en torno al cual es posible avanzar. No obstante, que los enfoques y modelos de políticas públicas y legislaciones requieren tiempo para una cristalización como prácticas exitosas a gran escala, ya que presentan nudos históricos, jurídicos y epistémicos de difícil abordaje sobre los que es necesario reflexionar a fin de estar alerta respecto de las nuevas y encubiertas formas de dominación y subordinación de los pueblos indígenas.

En este sentido, Santos (2006) nos plantea dos problemas; el del silencio y el de la diferencia. Sobre el silencio, resultado del silenciamiento dado por la opresión, nos encontramos a veces ante una imposibilidad de diálogo con quienes han transformado en impronunciables sus aspiraciones. La diferencia nos remite a la traducción y a una lucha entre dos frentes que no nos puede conducir ni a la hegemonía ni al fundamentalismo. La política de la hegemonía, nos señala que no hay otras culturas creíbles y la política de la identidad absoluta, que hay otras culturas, pero son inconmensurables. Ello instala nuevas preguntas; ¿Es traducible el “existo luego pienso” en las culturas indígenas? La concepción del tiempo de los indígenas es circular no lineal y para ellos, la racionalidad incluye la espiritualidad.

¿Cómo avanzamos en el reconocimiento de las diferencias epistémicas, dadas por culturas diferentes? Estas preguntas se encuentran la base de las reflexiones sobre las que se elaboraran las nuevas legislaciones sobre estas materias. La respuesta que este mismo derecho emergente nos está dando es la participación sistemática de los pueblos indígena en todos aquellos procesos que digan relación con la mantención y desarrollo de sus propias culturas, instituciones y formas de vida.

2.4 Diferenciar los derechos de las leyes

Diferenciar los derechos de las leyes es un elemento a tener en cuenta tanto para la elaboración de estas, como de las políticas públicas. El procedimiento de elaboración formal de las leyes está regulado en la misma legislación, derivando su legitimación de la validez de la norma constitucional. Por otra parte, los derechos, pueden o no encontrarse plasmados en las legislaciones, estas van progresivamente incorporándolos, aunque ello tiene sus reveses. Por ello, sobre todo desde la ciudadanía se consideran “derechos”, aquellas demandas cuyos contenidos se legitiman en función de sus necesidades. En ese sentido, los derechos no necesariamente establecidos en las leyes, son derecho en construcción o que aspiran a ser reconocidos legalmente, proceso que permite mirar los derechos en un horizonte de posibilidades sobre todo para la abogacía en salud de los pueblos indígenas.

Rocio Rojas y Nur Shugair citando a Dallari señalan que, “entendemos abogacía como las acciones individuales y de grupos organizados que buscan influir sobre las autoridades, los condicionantes y las personas que intervienen en el proceso político, con el objetivo de sensibilizarlas a las carencias y necesidades diversas que emergen en la sociedad. La abogacía en salud se basa en el principio de que las personas tienen derechos, que pueden estar declarados, o no, en leyes. La utilidad de la abogacía se presenta cuando estos derechos no están siendo respetados o garantizados”. (Dallari, 1996. citado en Rocío Rojas, Nur Shuqair, 1998)

La experiencia histórica de legislar en torno a los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas ha tenido un proceso desigual en toda América y una expresión también diversa. Las legislaciones que involucran a los pueblos indígenas en materia de salud han ido avanzando en reconocimientos, aunque también en regulaciones restrictivas. Ello desde un enfoque de salud de los pueblos indígenas como el derecho a "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social" (Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995). Es decir, el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad (OPS/OMS, 1998)".

Según estos autores, este enfoque integral de la salud debería traducirse también en legislaciones que reconozcan y protejan sus tierras y territorios, medio ambiente, recursos naturales, patrimonio cultural material e inmaterial, educación y bilingüismo, religión, cultos y ceremonias y políticas de salud que a su vez se subdividen y traducen en: acceso a la salud - participación social. medicina tradicional indígena, terapeutas tradicionales indígenas - propiedad intelectual. Las normas que no se derivan de las políticas públicas de salud son las que tienden a las regulaciones restrictivas para los pueblos indígenas.

2.5 Las tensiones entre el reconocimiento y la regulación

La legislación como parte del proceso de interculturalidad en salud, es entonces un objetivo, no exento de dificultades. Hoy se visualizan a lo menos

dos tendencias que se han ido formalizando en los diversos ordenamientos jurídicos del continente, reconocimiento y regulación, quedando un espacio de “a legalidad” o vacíos legales que cubre una enorme realidad en la vida de las sociedades indígenas, aún desconocida para la institucionalidad del Estado, donde aún se ejerce el “derecho propio” de los pueblos indígenas en estas materias, sobre todo cuanto más vigorosos son los sistemas de salud propios de éstos. Cada una de estas opciones tiene una serie de implicancias en la vida de los pueblos y promueven un tipo relación Estado - Pueblos Indígenas.

La regulación tiene un claro sentido de control por parte del Estado, y en ese sentido es asimilacionista, lo que deriva en pretensiones de integración de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas o de parte de los elementos, aunque expropiándolos de su control. Este enfoque hace que el reconocimiento mismo se establezca en función de la integración/asimilación.

Este criterio integrador, es coherente con la lógica desagregadora y especializante de la cultura medico biologicista. La lógica reguladora pone el énfasis en partes de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas, en aspectos de estos, que son los que va a integrar: agentes, especialistas, terapias, prácticas, conocimientos, medicinas, entre otros. Por ello, su tendencia es a estandarizar, categorizar, valorizar, homogenizar, las prácticas, los agentes, las medicinas, lo que implica regular y la posibilidad de excluir a quienes no estén regulados. Cada una de esas opciones implica un tipo de legislación a desarrollar, a mayor reconocimiento menor regulación, a mayor regulación menor reconocimiento.

Por otra parte, cada uno de esos criterios en la legislación suponen o subyacen un enfoque que va a tener como paradigma la multiculturalidad, el pluralismo cultural y la interculturalidad como relación o política, o la dominación cultural, el colonialismo¹⁵ y la expropiación de sus patrimonios.

Los riesgos asociados a este enfoque asimilacionista, redundan en separar las partes de los sistemas de salud de los pueblos indígenas para integrarlas al sistema público. El riesgo es que pierdan su integridad, su coherencia interna y su eficacia colectiva, e incluso podrían abrir espacios a la usurpación de conocimientos, ahondando así la distancia con los pueblos indígenas.

Ello es posible cuando no se ha considerado un elemento sustancial de los derechos colectivos de los pueblos indígenas que es la participación. La forma en que ésta se establece a fin de posibilitar relaciones lo más igualitarias y comprensivas posibles, es la garantía de avanzar en estas materias, lo que debe ser acompañado de un enfoque de derechos.

¹⁵ En cuanto proceso en que se convierte lo diferente en inferior para lograr la dominación, se trata de reducir el ámbito de la cultura propia para que en esa proporción disminuya su capacidad de toma de decisiones.

Los reconocimientos a los pueblos indígenas y a sus sistemas médicos y de salud han ido gradualmente desarrollándose cada vez más con un horizonte sistémico, especialmente en las normas programáticas de algunas constituciones. Reconocer desde las normas constitucionales, implica una propuesta que debe traducirse también en legislaciones, acciones, políticas interculturales, pluriétnicas o plurinacionales y pluriculturales, que dan cuenta de la diferencia. Desarrollando así “diálogos culturales”, sobre la base del respeto y valoración, en que se reconoce como “legítimo” el conocimiento del otro, el que se valida en su propio sistema.

Reconocer desde un paradigma integral es dar cabida al otro, es darle existencia en un mundo conceptual y material que reconoce pero que no lo valora en toda su dignidad. Entendido así el concepto de reconocer y los procesos de reconocimiento tanto legales, sociales y culturales implican hoy procesos de complementariedad más que de integración.

Todos los países andinos han realizado reconocimientos constitucionales de los pueblos indígenas en sus países, excepto Chile, en donde la legislación en salud se ha desarrollado con referencias a la ley indígena y a las normas internacionales. Los artículos que consignan estas definiciones y derechos son las que han posibilitado a su vez el reconocimiento de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas o de algunos de sus componentes.

RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN PAÍSES DEL ORAS CONHU Y EL CARÁCTER MULTINACIONAL Y PLURICULTURAL DE SUS SOCIEDADES	
Bolivia	<p>En la Constitución de 2009, el Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble).</p> <p>Se reconoce a los pueblos y naciones indígenas, y se establece un conjunto de derechos en el marco de la unidad del Estado.</p> <p>Artículo 30. I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.</p>
Colombia	<p>El artículo 7 de la Constitución de 1991, establece que el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana. Este artículo es el fundamento de un conjunto de otras normas constitucionales que permiten un estatus especial a los 82 pueblos indígenas de Colombia y señalan derechos de autogestión, políticos a sus resguardos y territorios, entre otros</p>
Perú	<p>En la Constitución de 1993 el Gobierno reconoce a las “comunidades campesinas y nativas” declarando proteger su identidad cultural. Protege la diversidad étnica y cultural de la</p>

	nación peruana y preserva las diversas manifestaciones culturales y lingüísticas del país.
Ecuador	La constitución de 2008 en su preámbulo reconoce sus raíces milenarias, forjadas por mujeres y hombres de distintos pueblos y señala que “decidimos construir. Una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el sumak kawsay” define al Estado ecuatoriano como intercultural y plurinacional, satisfaciendo una demanda histórica de la organización nacional indígena CONAIE. Reconoce a los pueblos indígenas de acuerdo a su propia autodefinición como nacionalidades de raíces ancestrales, que forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible. Y establece un extenso catálogo de derechos colectivos.
Venezuela	La Constitución de 1999 en su Capítulo VIII sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, establece varios artículos donde se reconoce “la existencia de los pueblos y comunidades indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida”, así como un conjunto de otros derechos colectivos de éstos.
Chile	No ha establecido un reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas ¹⁶ .

Los artículos constitucionales solo de estos 6 países reseñados anteriormente nos muestran otro problema derivado de las distintas nominaciones con que se hace referencia a los indígenas; pueblos naciones, etnias y culturas, comunidades campesinas y nativas, pueblos indígenas, pueblos y comunidades indígenas, lo que implica que no existe una sola forma de nombrarlos. Esta heterogeneidad conceptual respecto a quienes son los sujetos de los derechos y políticas públicas, si bien emana de la diversidad existente, requiere de precisión para especificar que son los pueblos indígenas los destinatarios de los derechos establecidos en la normas constituciones y en los tratados internacionales.

Es importante destacar que en las normas internacionales, se utiliza la acepción “pueblos indígenas”, entendiendo que estos constituyen una categoría social, poblacional y cultural en el sentido señalado en el Art. 1, letra b¹⁷, del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, ya que

¹⁶ La propuesta de reconocimiento constitucional presentada por el gobierno al parlamento se encuentra en proceso de consulta a los pueblos indígenas.

¹⁷b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera

estos son los sujetos portadores de los derechos allí contenidos, junto a los pueblos tribales en países independientes¹⁸ a quienes también se les aplica dicho Convenio. Este concepto deja atrás la definición de poblaciones utilizada por el Convenio 107 de 1957 de la OIT:

En este mismo sentido, respecto del concepto de "indígenas", también tan debatido, "el sistema de las Naciones Unidas no ha adoptado una definición oficial de "indígenas" debido a la diversidad de los pueblos indígenas. Sin embargo, existe un concepto moderno e inclusivo de "indígenas", que abarca a los pueblos que:

- Se identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas.
- Tienen una continuidad histórica demostrada con sociedades precoloniales o anteriores al asentamiento de otros pueblos.
- Tienen fuertes lazos con sus territorios y sus recursos naturales.
- Poseen sistemas sociales, económicos o políticos distintos.
- Conservan lenguas, culturas y creencias distintas.
- Forman grupos no dominantes de la sociedad.
- Están dispuestos a mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados¹⁹ (Nota descriptiva N° 1: Identidad y Pueblos Indígenas.)

El mismo Convenio 169, señala en el N° 3 del Art. 1, que: "La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio" (OIT, Convenio 169)

También la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), promulgada en la Asamblea General de Naciones Unidas, ha contribuido a consolidar, profundizar y fortalecer los derechos de los Pueblos Indígenas. El Foro Permanente de Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, ha señalado que este es un documento que "hace hincapié en el derecho de los pueblos indígenas a fortalecer sus propias instituciones, culturas y tradiciones y a buscar su propio desarrollo, determinado libremente de conformidad con sus propias necesidades e intereses.

que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

¹⁸a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente

¹⁹ V Sesión del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. Nota descriptiva n° 1: *Identidad y Pueblos Indígenas*.

2.6 Derechos colectivos de los pueblos indígenas

Los derechos colectivos de los pueblos indígenas constituyen un elemento insoslayable de las políticas públicas relativas a la salud de los pueblos indígenas. La Declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas señala en su preámbulo al respecto que: “reconociendo y reafirmando que las personas indígenas tienen derecho sin discriminación a todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional, y que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos que son indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos”.

Al señalar el Convenio 169 en su Art. 3 que son los pueblos indígenas los que deberán gozar plenamente de los derechos y libertades fundamentales, “la norma no es una mera reiteración de los tratados de derechos humanos sino que implica el reconocimiento de la dimensión colectiva en el ejercicio de los derechos”. Ello se relaciona también con la Declaración Universal de Derechos Humanos en su Art. 29²⁰. Así mismo, el Art. 12 del Convenio 169, reconoce además de la legitimación individual, la legitimación colectiva para actuar en la defensa de sus derechos individuales.

Por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA en relación al concepto de derechos colectivos de los pueblos indígenas²¹ señala que: “desde el comienzo y a través de toda su práctica sobre los derechos humanos de las personas indígenas, la Comisión ha aceptado el concepto de derechos colectivos, en el sentido de derechos de los que son titulares y se refieren a condiciones jurídicas de conjuntos o organizados de personas como es el caso de las comunidades y pueblos indígenas...., la Comisión ha atendido, decidido y efectuado recomendaciones a los Estados referidos al goce y respeto de colectividades indígenas”.²² “El derecho a utilizar el lenguaje propio, o a profesar una religión o creencia espiritual no solo requiere el respeto al individuo de hacerlo, sino también el respeto a esa colectividad a establecer sus instituciones, practicar sus rituales, y desarrollar esas creencias o elementos culturales comunes”²³.

Los derechos colectivos son ejercidos grupalmente. Como el derecho a la existencia como grupo humano diferente, a no ser discriminado por dicha pertenencia, a la identidad, (Art. 27 del PIDCP), a la autonomía o libre determinación²⁴, a sus territorios, a sus propias organizaciones e instituciones sociales; políticas y económicas; a sus propias culturas; a practicar sus creencias espirituales; y, a usar sus lenguas. Así como a administrar y controlar

²⁰ Señala: “solo en su comunidad puede el individuo desarrollar libre y plenamente su personalidad.”

²¹ III. DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA DE LA COMISION SOBRE DERECHOS INDIGENAS (1970-1999)

²² <http://www.cidh.oas.org/indigenas/Cap.3.htm#6>. El concepto de derecho colectivo en relación de los derechos humanos

²³ Idem

²⁴ La autodeterminación va a constituir un derecho de los pueblos indígenas que se inscribe en el derecho humano fundamental de la libre determinación de todos los pueblos. En 1952 la Asamblea General de la ONU reconoció que “el derecho de los pueblos y las naciones a la libre determinación es requisito para el pleno disfrute de todos los derechos humanos fundamentales”.

sus tierras, territorios y recursos naturales, derecho al desarrollo propio y al bienestar social y derechos de participación política, entre otros.

Los derechos colectivos de los pueblos indígenas contienen los derechos de cada uno de los individuos que los componen, pero son propios del grupo o colectivo, en este caso, los pueblos que los detentan. Estos derechos colectivos son también derechos humanos, en ese sentido Rodolfo Stavenhagen, quien fuera relator de la ONU para asuntos indígenas ha señalado: “los derechos grupales o colectivos deberán ser considerados como derechos humanos en la medida en que su reconocimiento y ejercicio promueve a la vez los derechos individuales de sus miembros” (Cavieres, 2010).

El derecho a la salud de los pueblos indígenas se enmarca en este tipo de derechos de carácter colectivo. El Convenio 169 establece que los sujetos a quienes se les debe garantizar el derecho señalado son “los pueblos interesados”, Art. 25 “los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”. (OIT, Convenio 169)

2.7. Las normas como cristalización de las políticas públicas y viceversa

Los cambios culturales en los Estados nacionales que han ido progresivamente dando cuenta de la multi/pluri culturalidad han ido reconociendo las necesidades e intereses de los indígenas; y esto, se ha traducido en políticas públicas y legislaciones que dan cuenta de dichos intereses y necesidades en un camino que en América ha sido bidireccional y de influencias recíprocas.

Tanto las normas como las políticas en materia de salud y pueblos indígenas han avanzado en términos de reconocimientos, ello implica una diversidad de modelos de salud intercultural, que es necesario respetar pues constituyen procesos propios, ámbitos de decisión interna de los países, dados por sus particulares dinámicas socio políticas.

En el ámbito específico de la salud de los pueblos indígenas y los procesos legislativos asociados a ésta en el interior de los Estados, diversos elementos que se articulan de manera compleja van a determinar el tipo de normas que se elaboren, o la ausencia de estas. Entre otros, la voluntad política gobernante en la materia. Los mecanismos de participación desde el Estado en materia de salud y pueblos indígenas. La existencia y el grado de vigor de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas, o parte de sus componentes. Los niveles de organización y formas de representatividad autónoma de los pueblos indígenas. El tipo de legislación general y el grado de reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, el peso institucional y social del modelo médico hegemónico. Los mecanismos de participación en el Estado de los pueblos indígenas.

El conjunto de referencias normativas que se señala como posible de aplicar por los Estados, constituye una orientación para el desarrollo de marcos jurídicos que promuevan y protejan la articulación de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas, aportando de ésta manera al objetivo general del Plan Andino, especialmente, en el sentido señalado, de “fortalecer las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales de Salud, contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permita la construcción de modelos de salud que respondan a las culturas de los pueblos originarios, permitiendo el empoderamiento de dichas poblaciones y mejorando la salud de la población indígena de los países miembros del Organismo Andino de Salud”.

3. Sistemas culturales de salud de los Pueblos Indígenas

Un sistema de salud siempre va a ser cultural en la medida en que sus fundamentos responden a la cultura en que se desarrolla. Los sistemas hegemónicos no necesitan dar cuenta de su cultura. En cambio, los sistemas de salud de los pueblos indígenas si requieren hacer hincapié en que esta es una institución cultural puesto que ello permite hoy el resguardo, la protección y salvaguarda de estas instituciones.

“Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la promoción de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.”²⁵

El actual reconocimiento de la diversidad cultural permite que los sistemas de salud nacionales incorporen elementos de otros sistemas culturales de salud; (tradicionales, alternativos, populares, indígenas, etc.). Este proceso es parte también de los sistemas complementarios y/o alternativos que han ido incorporando elementos al sistema biomédico.

Tanto las normas como las políticas públicas tienen conceptos disímiles para abordar el reconocimiento ya sea de los sistemas de salud de los pueblos indígenas o de alguno de sus componentes. Algunos ejemplos lo corroboran.

En este sentido son desorientadoras las orientaciones de la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, en el sentido de incluir: “legislación y regulación de productos con base de hierbas y de práctica de las terapias; educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo; y distribución de los recursos económicos y demás recursos”. Establece los mismos parámetros con que se definen y explican las medicinas

²⁵ http://www.who.int/topics/health_systems/es/index.html

de las culturas orientales, asiáticas, hindúes, las que no necesariamente se pueden adscribir a la categoría de medicinas indígenas de conformidad a lo señalado en las normas internacionales sobre pueblos indígenas; y por ello, no reflejan la especificidad de los “Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas”.

En 1999, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, financió a través de la Oficina de Medicina Alternativa, un Informe Técnico sobre “Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base”²⁶. Dicho estudio se planteaba: a) caracterizar la estructura de los sistemas tradicionales de salud; b) identificar los recursos gubernamentales y no gubernamentales disponibles; c) obtener información sobre investigadores, terapeutas y organizaciones involucrados en el desarrollo y promoción de la medicina tradicional; d) conocer las estructuras regulatorias de la medicina tradicional; e) identificar necesidades para futuras investigaciones.

Más allá de que “el estudio concluyó que, contrariamente a lo que en general se piensa, la medicina tradicional existe, está vigente y tiene muchas conexiones en las sociedades. Además, se explicitaron muchos de los temas que circunscriben a la medicina tradicional y se caracterizó la dinámica de esta en América Latina”²⁷. Este estudio, señala conceptos que han marcado el destino de las investigaciones en la materia y que –bien o mal-, es necesario retomar para dar cuenta de los nuevos contextos y aportes epistemológicos que se han elaborado en el transcurso de los 11 años que han pasado.

A su vez, en el proceso de entender esta realidad que supera el orden normativo del Estado, distintas nominaciones se le ha dado al quehacer y la ideología asociada a la salud y la enfermedad que han tenido los pueblos indígenas. En parte visualizando los agentes de estas, sus terapias, sus medicinas y sus prácticas. Las tendencias en cuanto a la nominación las definen como medicinas tradicionales, medicinas populares, medicinas alternativas, sistemas tradicionales de salud.

El concepto de sistemas tradicionales de salud, si bien le otorga el contenido sistémico, se circunscribe solo a la tradición y en ese sentido se le quita el carácter dinámico de culturas vigentes que se reactualiza en la medida en que están vivas.

“La medicina tradicional debe entenderse como un sistema en sí mismo, que está ligado al sistema de salud global de cada país. Sin embargo, la lógica de operación de la medicina tradicional suele ser distinta, y en muchas ocasiones, su papel como alternativa de provisión de atención de salud tiende a ser subestimado por los tomadores de decisiones del sistema formal. Frecuentemente no se le considera como parte de los sistemas de salud y se le ubica en el ámbito de la “magia” o del “mundo primitivo” y hasta se niega su existencia”²⁸.

²⁶ <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/31-Esp%20IND13.pdf>

²⁷ Idem. “ ” Pag. 5.

²⁸ Idem.“ “ Pag. 7.

Los pueblos indígenas sustentan la supervivencia de sus propios sistemas de salud o de algunos de sus componentes, realidad emergente que ha ido incorporándose en los conceptos, las prácticas y las normas progresivamente. Desde la visión de los Estados, este reconocimiento es concordante con la evolución de estos en torno al reconocimiento de los pueblos indígenas y sus diversos derechos, proceso paralelo e intrincado con la estructuración de los movimientos indígenas y el levantamiento de demandas en la materia y fundamentalmente con la participación como derecho de los pueblos y deber de los Estados para la realización plena de sus derechos.

El eje del proceso de relaciones interculturales entre los sistemas indígenas y estatales de salud se da a través de la participación como eje articulador y fundamento de un reconocimiento sustantivo.

La interculturalidad en salud en cuanto intenta establecer nuevas bases de relación con los pueblos indígenas sobre bases igualitarias ha posibilitado un conjunto de experiencias que han desarrollado nuevos modelos de salud, objetivo sanitario propuesto por diversas instituciones de salud. Los Ministros de Salud de Las Américas han señalado en este sentido: “49. Será crucial enfatizar la estrategia de la atención primaria de salud para progresar hacia el acceso universal y equitativo de la atención de salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, donde los servicios son prácticamente inexistentes. Estos servicios deben ser culturalmente aceptables e incorporar adecuadamente las prácticas tradicionales locales de probada inocuidad y en lo posible efectivas. Se propone favorecer el desarrollo de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas, en paralelo a su inclusión al sistema nacional de salud. El fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local, facilitarán la provisión de servicios de una forma integral y oportuna.

“52. En búsqueda de la equidad, las intervenciones para mejorar la salud tienen que priorizar a los más pobres, a los marginados y a los vulnerables. Los pueblos indígenas y las comunidades tribales deben ser priorizados, así como otros grupos. Los países deben velar por la inclusión, el acceso a servicios de salud culturalmente aceptables, la recolección y uso de datos específicos para la adecuada toma de decisiones y el ejercicio de la ciudadanía total de estos grupos. Las intervenciones de salud deben responder a las características particulares de cada grupo.”²⁹

3.1 Sistemas culturales de salud de los Pueblos Indígenas (una aproximación desde el caso chileno en construcción)

En el marco de la construcción participativa de una propuesta legal de Reconocimiento de los Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas

²⁹ Agenda de Salud para las Américas 2008–2017.

en Chile³⁰, se propone una definición de estos sistemas, la que compartimos en este texto sin pretender generalizarlo, esto es, solo dando cuenta de su propia realidad como pueblos. Dicha definición combina elementos objetivos y subjetivos, los que conforman un cuerpo de conocimientos y representaciones con que dicho pueblo vive la salud y la enfermedad, la territorialidad de dicho proceso, procedimientos y técnicas, normas que lo regulan, la estructura que ordenan, los actores y roles de sus miembros, y las relaciones entre sus componentes

“Sistema Cultural de Salud Indígena: se entenderá como “Sistema Cultural de Salud de los Pueblos Originarios en Chile”, el conjunto de conocimientos y representaciones con que los Pueblos Originarios viven la salud y la enfermedad, la vida y la muerte de las persona, así como las formas de prevenir la enfermedad, de fortalecer los factores protectores y disminuir los agresores para mantener el equilibrio físico, mental, espiritual y social del ser humano, prolongar la vida y asegurar la trascendencia.

Sistema Cultural de Salud Indígena implica las ciencias, los sistemas de conocimiento, los espacios sagrados y ceremoniales, ecosistemas presentes en sus territorios, sus especialistas tradicionales de salud reconocidos comunitariamente, la medicina tradicional indígena y los modelos de salud de los Pueblos Originarios, sus medicinas, así como, las prácticas y acciones propias de éstos en salud y medicina, todos los cuales forman parte de su patrimonio cultural.

Los Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Originarios, la medicina tradicional indígena, y los especialistas tradicionales de salud de los Pueblos Originarios poseen sus propias formas de autorregulación, basadas fundamentalmente en la legitimidad social y comunitaria de cada pueblo de acuerdo a su contexto cultural, social y territorial”.

Los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas tienen su definición más propia no solo en cuanto expresan una tradición cultural por parte de un grupo, que desarrolla una manera específica de entender los procesos salud/enfermedad, así como procedimientos y modos de curar, sino que constituyen instituciones culturales respecto de los cuales el Estado debe adoptar medidas especiales de reconocimiento y protección a fin de salvaguardarlas (Arts. 4 y 5 Convenio 169), considerando que las lógicas homogenizantes, las han colocado en riesgo de supervivencia y que su existencia constituye un valor y un aporte a la diversidad cultural de la humanidad.

En este sentido, poner el acento en el reconocimiento implica una opción que con base en un enfoque intercultural, asume la existencia de estos sistemas

³⁰ Proceso desarrollado desde el año 2008, 2009, 2010 y 2011 en torno a la elaboración de una propuesta de Ley de Reconocimiento de los Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas por un conjunto de representantes de los pueblos indígenas en Chile. especialistas médicos, autoridades tradicionales y dirigentes.

cuya validez y regulación se encuentra en la propia sociedad indígena y que estas son instituciones culturales que el Estado debe promover y proteger. Por ello mismo, no pretende asimilar, ni integrar por el sistema estatal/formal, ni separar los diversos elementos del sistema para ser regulados externamente e integrados o asimilados en la lógica de un enfoque asimilacionista anterior al Convenio 169.

La definición de “Sistema cultural de salud de los pueblos indígenas” toma distancia de aquella que la incluye dentro de las “medicinas tradicionales” en cuanto categoría genérica que hace parte inclusive a las medicinas complementarias y alternativas³¹.

La existencia de Sistemas de Salud propios de los Pueblos indígenas, contienen: la medicina tradicional indígena, sus especialistas tradicionales de salud indígena, conocimientos médicos tradicionales, medicinas, métodos de prevención, prácticas curativas, y modelos de salud de los Pueblos Originarios. Estos sistemas culturales de salud de los pueblos originarios, se mantienen y desarrollan conforme a sus propias pautas culturales y comparten con el Estado la finalidad de lograr el goce del máximo de salud física y mental, del ser humano, agregando los componentes de salud social y espiritual, en armonía con la naturaleza para prolongar la vida y asegurar la trascendencia.

Seguir el criterio de reconocimiento como estrategia normativa en la materia implica la validación de las regulaciones propias del sistema de salud cultural de los pueblos indígenas. Lo que debe ir armonizándose con el desarrollo de legislaciones que tengan un enfoque de mayor control o regulación sobre todo en la lógica del rol que tiene el Estado en materia sanitaria y de resguardar y preservar la salud de la población.

3.2 Tres aspectos del derecho a la salud de los pueblos indígenas:

Se visibilizan a lo menos tres aspectos diferentes o tres dimensiones diferentes del derecho a la salud de los pueblos indígenas³² y que son necesarios de diferenciar metodológicamente para analizar a fin de dar cuenta de esto diferenciadamente y no confundirse, ya que estos se entremezclan; y es con ellos, que vamos a hacer los procesos de armonización, de conceptualización o análisis, de prácticas y de normas.

3.2.1 Igualdad en el acceso a la salud de los servicios del Estado; accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones en el sistema oficial

³¹ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 2005.

³² Tomado del libro “La Experiencia Internacional en materia de Reconocimiento de la medicina Tradicional Indígena. Estudio de derecho comparado en cinco países de América. Ministerio de Salud. Chile, año 2006. Señalaba estas diferencias como “la triple faz del derecho a la salud de los pueblos indígenas”. Pag 33.

Un primer aspecto de este derecho es el que dice relación con la igualdad en el acceso a la salud de los servicios del Estado, establecido como un deber de los Estados tanto en el Convenio 169 como en la Declaración de Derechos de Naciones Unidas de los Pueblos Indígenas. Ello porque tal como lo señala el inciso segundo de ésta declaración, “Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental”, finalidad que también plantea el inciso final del Art. 25 del Convenio y que se señala también en el Plan de Salud Intercultural, aprobado por los países andinos miembros del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), el que “busca que toda la población, en particular los indígenas y originarios, tengan atención por las instituciones del Estado con los mismos derechos, calidades, consideración, respeto a su cultura, reconocimiento de sus saberes, conocimientos y valores que todos los demás pobladores del continente y el mundo, es decir a ejercer plenamente sus derechos personales y colectivos”.

Aquí se plantea el desafío de que la igualdad para ser efectiva, debe reconocer la diferencia, proceso en el que -por lo demás- esta se enriquece y debe consagrarse el principio de la no discriminación.

3.2.2 Pertinencia cultural, articulación entre sistemas médicos y medicina intercultural. (complementariedad y/o interculturalidad)

Un segundo aspecto, es el de las necesidades que tienen los Sistemas de Salud del Estado de tener pertinencia cultural y complementarse con los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas, a fin de otorgar el más alto nivel posible de salud física y mental. Ello implica también el reconocimiento de derechos en el sentido señalado en el párrafo anterior, pero el objetivo es que el sistema de salud estatal se oriente a la salud intercultural.

3.2.3 Autonomía y control de sus sistemas médicos, legitimidad, autogestión

Un segundo aspecto, es el del reconocimiento de derechos que hacen los Estados para promover el desarrollo propio de los pueblos indígenas, la autonomía o libre determinación de estos, en el sentido señalado en el preámbulo del Convenio 169 y materializado en diversas normas de éste, que “reconociendo las aspiraciones de estos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;”³³. Lo que en el Art. 2 del Convenio se establece es la obligación de proteger los derechos de estos pueblos y garantizar su integridad. Por su parte, el Art. 4 establece una cláusula de salvaguarda a fin de que los Estados adopten medidas especiales cuando precisen salvaguardar personas, instituciones, bienes, culturas y medio ambiente de los pueblos interesados.

La autonomía se funda en la existencia de un derecho propio, hoy reconocido en las normas internacionales que le da legitimidad a sus instituciones. Desde

³³ Preámbulo del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales

luego, la pregunta de ¿Qué son los “derechos indígenas”?, contiene una complejidad para responder a dicha pregunta, señala Barie (2003): “Hemos señalado tres dimensiones de este término. Los derechos indígenas apuntan a una costumbre legal, practicada en una determinada comunidad (derecho consuetudinario). También abarcan el espacio de la acción y legislación estatal hacia estos grupos, conocida como política indigenista. Por último, este concepto se refiere a un cuerpo legal de convenios, acuerdos y resoluciones a escala interestatal o mundial (derecho internacional).

3.3 Participación de los pueblos indígenas

La participación constituye un derecho de los pueblos indígenas y un deber de los Estados que acompaña y atraviesa el Convenio 169. Su ejercicio es sustento de la democracia, así como un factor enriquecedor y profundizado de ésta bajo un enfoque pluralista.

El Art. 6 se refiere al derecho a la participación de los pueblos indígenas en las decisiones del Estado y viene a consagrar mecanismos especiales que den cuenta del derecho a la diferencia cultural. La participación como derecho colectivo de los pueblos indígenas, se encuentra como supuesto de diversos otros derechos a través del Convenio.

CONVENIO 169

ARTICULO 6:

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

a) Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;

b) Establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;

c) Establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.

2. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

La participación se establece en el Convenio 169 a través de diversos mecanismos e instituciones: consulta, representación, requerimiento, cooperación, control, consentimiento libre e informado, decisión y autogestión. Siendo “la consulta” el piso mínimo.

La consulta se encuentra reglada en este artículo mediante un riguroso procedimiento. Ella debe ser: Previa, esto es antes de que se emprendan los procedimientos o acciones que afecten a los pueblos indígenas. Mediante procedimiento apropiado a las características y circunstancias. Requiere reconocimiento de sus pautas de participación de las organizaciones representativas indígenas. Con participación representativa de los pueblos afectados. Atendiendo tanto a sus instituciones tradicionales como a las nuevas formas de organización. Siempre (cada vez) que se estudien medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectar directamente a los pueblos indígenas. Con la buena fe por parte de los Estados, en el sentido de su disposición a hacer esfuerzos para buscar acuerdos y consentimiento con los pueblos indígenas. Brindar información completa y adecuada. Proveer de medios y recursos para el pleno desarrollo de las iniciativas de estos pueblos.

Por ello, el Relator Especial de Pueblos Indígenas de Naciones Unidas Sr. James Anaya señala en su informe sobre ésta materia una cuestión fundamental: “el deber de celebrar consultas con los pueblos indígenas”, es decir, que se debe consultar SIEMPRE a los pueblos indígenas...Al igual que la Declaración, el Convenio N° 169 de la OIT “exige a los Estados celebrar consultas de buena fe con los pueblos indígenas con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr su consentimiento sobre los aspectos de los planes o proyectos de gestión que los afecten, e insta a los Estados a que celebren consultas con las comunidades indígenas en relación con contextos diversos (arts. 6, párrs. 1 y 2; 15, párr. 2; 17, párr. 2; 22, párr. 3; 27, párr. 3; y 28)”.³⁴

3.3.1 Implicancias de los mecanismos de participación del Convenio 169

La participación, se ha venido constituyendo en un paradigma para sustentar la construcción de la legislación en salud e incorporar el enfoque intercultural que trata de impregnar la política pública en salud.

La participación de los pueblos indígenas en las políticas públicas, constituye un elemento cuya presencia ya no es posible omitir, ya sea bajo mecanismos de hecho o normados de participación, como los señalados en el Convenio 169 o la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas o en las legislaciones internas de los países, como en el caso, de la Ley de Participación de Bolivia.

En este camino la relación del Estado con la demanda/participación de estos pueblos y bajo un reconocimiento explícito o implícito de su existencia y derechos se va orientando un modelo de relación intercultural y de sistemas de salud estatales interculturales, inclusivos y modelados por la forma de relación que han ido construyendo estas partes.

³⁴ Del capítulo principal del informe a/ hrc/12/34, presentado al Consejo de Derechos Humanos en su 12 período de sesiones de septiembre 2009.

Es en esta relación donde cristalizan, toman cuerpo y forma los conceptos que subyacen las políticas públicas y las normas referidas a la pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad y adquieren mayor o menor sentido e incidencia en las transformaciones normativas y culturales. Las mayores tensiones de este proceso se dan en torno a las diferencias que marcan los procesos de autonomía propio de los pueblos indígenas, a la incapacidad de lograr una complementariedad o armonización de sistema, y a las definiciones desde el poder respecto de las realidades que hoy visibilizan los pueblos indígenas en materia de salud, ello porque aún los enfoques hegemónicos (ciencias médicas, sociales y jurídicas homogenizantes, entre otros), pueden legitimar o desechar la viabilidad de legislar, porque quien define le otorga el sentido a las definiciones.

En este contexto, es relevante poder afirmar que los pueblos indígenas sustentan la supervivencia de sus propios sistemas de salud o de algunos de sus componentes; y que, los derechos de los pueblos indígenas y recientemente las legislaciones que se han ido desarrollando en América le ha asignado a los Estados la posibilidad de aportar al reconocimiento, salvaguarda, promoción y valorización de esos sistemas de salud. Desde la visión de los Estados, esta sería concordante con la evolución del reconocimiento de los pueblos indígenas y sus diversos derechos; proceso paralelo e imbricado, con la estructuración orgánica de los movimientos indígenas, el levantamiento de demandas en la materia, el empoderamiento y el ejercicio d derechos.

Los pueblos indígenas constituidos como un nuevo sujeto histórico, han aportado a la conformación de las normas, las que se han ido desarrollando a nivel local, nacional, regional e internacional, orientando sus contenidos en directa relación con las posibilidades de participación en los que ha actuado.

Sin embargo, ello no es una línea recta ni la ecuación perfecta de la interculturalidad, avanzar hacia una interculturalidad sustantiva, requiere una participación sustantiva, desde un enfoque de derechos, que no eluda las dificultades de la realidad de las sociedades indígenas hoy día.

4. Aprendizajes sobre la marcha.

4.1 De la articulación a la armonización³⁵:

Un enfoque de cómo se produce la relación entre el Estado y los pueblos indígenas, es el que se refiere a la armonización, en el sentido de esta supera la mera articulación o enlace; e introduce un objetivo de relación equilibrada que se construye como un todo armónico.

³⁵ Antecedentes tomados de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/INDI49esp.doc>. Documento de varios autores. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Programas de Organización y Gestión de Sistemas de Salud Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Elaborado en septiembre de 2002 Impreso en marzo de 2003 Washington, DC

En este mismo sentido, la metáfora del cubo mágico para explicar la interculturalidad de Michaux y Albo (Fernández) nos permite entender la interrelación de los elementos que se analizan, la imbricación de las prácticas, los conceptos y las normas y la especificidad de cada una de ellas.

En la aplicación práctica del enfoque intercultural de la salud, se han identificado lineamientos estratégicos que han sido agrupados en tres áreas de acción:

- 1) Armonización jurídica,
- 2) Armonización conceptual y
- 3) Armonización práctica.

La armonización jurídica es un proceso orientado a la adaptación de los marcos jurídicos - político, leyes, regulaciones y normas - a las características socioculturales de los pueblos indígenas. Es decir, al establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a ambientes saludables, a una atención de salud de calidad y que oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

2. La armonización conceptual es un proceso orientado al reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud, y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto.

3. La armonización práctica está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso, de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos —indígenas y no indígenas— capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

La armonización jurídica hoy se mantiene vigente, en el sentido que da cuenta y sigue respondiendo a una necesidad social y ha avanzado gradualmente en el logro de los objetivos que se planteó. En materia de reconocimiento de los sistemas de salud de los pueblos indígenas o de alguno de sus componentes se señalaba como objetivo, “que se oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la

población”. Los avances en la materia son el producto de la armonización conceptual y práctica.

5. Análisis de las principales tendencias legislativas en los países del área andina.

5.1 *La difícil transformación de los derechos en legislaciones y el problema de la implementación de un enfoque de derechos humanos*

Louise Arbour, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2004-2008) señala que “aún sigue habiendo un abismo entre la teoría y la práctica; es indispensable velar por que los objetivos, las políticas y los procesos del desarrollo se canalicen de modo más directo y eficaz hacia las metas de derechos humanos. Por supuesto, hay muchas razones que explican la situación, entre ellas las persistentes carencias en materia de conocimientos y capacidades, y las dificultades que entraña traducir las normas de derechos humanos en directrices de programación concretas que puedan aplicarse en contextos políticos y circunstancias nacionales diversas”.³⁶

La ratificación del Convenio 169 por todos los países andinos, así como el desarrollo de una legislación específica en materia de pueblos indígenas, leyes indígenas, y las orientaciones desde OMS/OPS hacia los Ministerios de Salud, han ido homogenizando las normas en la materia, aunque aún se presenta una gran dispersión normativa producto que la legislación referida a aspectos del reconocimiento de las medicinas de los pueblos indígenas, o alguno de sus componentes, no solo involucra a salud ni se encuentra exclusivamente en las legislaciones del sector salud. También dicen relación con otros sectores del Estado que tienen competencias en materias como:

- La situación de las tierras, territorios, aguas, recursos naturales y riquezas del subsuelo que hoy son en general propiedad de los Estados.
- Los conocimientos tradicionales que reencuentra en el marco de los derechos del medio ambiente y de la propiedad intelectual.
- La participación, que puede estar distribuida entre normas generales de participación y la que específicamente se señala para esta materia.
- El resguardo de la autonomía en salud se puede entrelazar con las normas sobre autonomía general de los pueblos indígenas.

Por ello el Convenio 169 en su artículo 2, N° 1 señala que “los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de estos pueblos y garantizar su integridad”. Por su parte, el Art.

³⁶ Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos para la cooperación del desarrollo. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos.
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf> 9.

25 N° 4 indica que la prestación de los Servicios de Salud (a los pueblos indígenas) deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Todos estos son aspectos a considerar al legislar sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas y consecuentemente al reconocimiento de sus sistemas culturales de salud.

5.2 Aportes de información recogida anteriormente

Los hallazgos y análisis de los consultores Ríos y Huaita³⁷ proponen dos ámbitos relevantes para abordar el análisis y sistematización de los marcos jurídicos que protegen la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud de los países andinos y las propuesta de orientaciones para el desarrollo de marcos jurídicos que protegen y promueven la articulación de la medicina tradicional con los sistemas de salud de los países andinos. Ambos fundamentan y reafirman que el derecho a la salud de los pueblos indígenas es parte del derecho a la salud, tal como se ha señalado y especificado en las normas internacionales, en organismos internacionales como la OPS/ OMS y en las normas nacionales sobre pueblos indígenas.

Ríos hace una recopilación de legislación interna por cada país integrante del Organismo Andino de Salud sobre el reconocimiento de la medicina tradicional, partiendo por el nivel fundamental de las constituciones y luego, otras legislaciones secundarias: leyes, decretos leyes, reglamentos, entre otros. Todo ello en relación a un análisis desde el derecho internacional de derechos humanos. El señala que el marco jurídico relativo al derecho a la salud de los pueblos indígenas se encuentra en primer lugar dado por las normas internacionales de derechos humanos entre las que se encuentran normas especiales sobre pueblos indígenas como el Convenio 169, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas (DDPI), las normas relacionadas del Sistema Internacional de Derechos Humanos y la jurisprudencia de los tribunales nacionales e internacionales, las que por encontrarse en el bloque de constitucionalidad se incorporan directamente a las constituciones de cada país y constituyen el estándar de derechos por el que deben regirse los países. También señala como criterios orientadores, normas regionales (OEA) y andinas de derechos humanos, así como las orientaciones de la OMS.

Por su parte, Huaita realiza un interesante proceso de operacionalización de conceptos y prácticas que deberían ser objeto de articulación y líneas de atención prioritaria para los procesos de normativización, en torno a dos ámbitos de desarrollo. 1) “Reconocimiento de agentes tradicionales en el sector

³⁷ Huaita, Marcela. *Propuesta de orientaciones para el desarrollo de marcos jurídicos que protegen y promueven la articulación de la medicina tradicional con los sistemas de salud de los países andinos*. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Mayo 2010.

Ríos, Mario. “*Análisis de los Marcos Jurídicos que protegen la Incorporación de la medicina Tradicional en los Sistemas de Salud de los Países Andinos*”. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Marzo 2009.

salud”³⁸ y 2) “Reconocimiento de las practicas de la medicina tradicional”³⁹. Propone una serie de aspectos que los Estados deben asegurar para garantizar los derechos a la salud indígena⁴⁰:

- El acceso a los servicios de salud con calidad técnica y humana.
- El reconocimiento de la medicina tradicional y de quienes la practican (especialistas reconocidos por sus comunidades y organizaciones).
- La protección de plantas y conocimientos medicinales, servicios de salud con pertinencia intercultural que permitan abordar los determinantes de la salud (económicos, educacionales, culturales, sociales, etc.)
- El ejercicio de ciudadanía en la planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud (inclusión participante), en el marco de su estructura y organización social.

Ambos aportes nos permiten proponer avanzar hacia una metodología que permita dar cuenta de los procesos ya avanzados desde el ámbito específico de las normas; y a su vez, sistematizar y analizar las principales tendencias en materia del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Dicha metodología tiene como base la legislación internacional sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas, esto es, los estándares internacionales establecidos en pactos, convenios, declaraciones y acuerdos de los organismos supranacionales para la articulación de la medicina tradicional a los sistemas de salud. Así como también, relevar las orientaciones y demandas señaladas por los propios pueblos. Todo ello se realiza a través de la revisión del nivel de inserción en leyes de los países de la región andina.

El desafío que se presenta finalmente apunta a buscar una metodología que permita visualizar no sólo la existencia o vigencia de las leyes sino también la eficacia de estas, “ o sea el terreno de los comportamientos efectivos de los hombres que viven en sociedad, de sus intereses opuestos de las acciones y reacciones frente a la autoridad” (Bobbio, 1997), esto es el grado de acatamiento de las normas, de modo de dar cuenta efectiva y no solo formal de la compleja realidad jurídica de los distintos países.

5.3 Indicadores legislativos de los pueblos indígenas como mecanismo de análisis y evaluación del cumplimiento de los derechos

Las dificultades de sistematizar las legislaciones en torno al reconocimiento de la medicina tradicional, están dadas en primer término porque la definición de se encuentra mezclada con otras medicinas. Por otra parte, las aproximaciones conceptuales de esta realidad, tampoco han logrado una definición que siendo consensuada con los pueblos indígenas pueda dar cuenta de los contenidos establecidos en las normas referenciales y de la realidad en cuanto institución cultural de los pueblos indígenas.

³⁸ Concepto que desarrollaría las variables de; calificación, acreditación y licencias y remuneración.

³⁹ Cuyas variables sería; adopción de enfoque intercultural, capacitación, acceso a servicios de salud, seguridad, eficacia y calidad, aseguramiento.

⁴⁰ INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos / Instituto Interamericano de Derechos Humanos; San José, C.R.: IIDH, 2006 p. 80-81

El Art. 25 del Convenio 169, señala que si los gobiernos no pueden poner a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, deben proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control.

Diversas experiencias de nuestros países sirven como ejemplo de modelos de gestión de Servicios de Salud administrados por los propios indígenas y con una oferta de servicios de salud propios. Aquí se implementan mecanismos de autonomía y control propios en los que los Estados reconocen, protegen y promueven los sistemas de salud desarrollados por estos pueblos ya que se realizan en cooperación con estos.

Si bien parece relevante buscar un mecanismo que permita evaluar el estado de situación legislativa, también es necesario evaluar conjuntamente como y cuanto se avanza en ámbitos como: política sanitaria, planificación sanitaria, oferta de servicios de salud, modelo de atención de salud, modelo de gestión de los servicios de salud, modelo de organización de los servicios de salud y accesibilidad; y, en materias conceptuales o de definiciones que permitan una mayor comprensión de esta materia y realidad recién abierta para los Estados. Ello hace pertinente el abordar estas investigaciones de manera Interdisciplinaria, transdisciplinaria y con participación de los pueblos indígenas.

Otro elemento insoslayable ya que, en coherencia con las normas internacionales sobre pueblos indígenas, no es posible hoy día, realizar estos procesos sin la participación de los pueblos indígenas, una de sus demandas más -entre otras- ha sido la implementación de sistemas de indicadores, acceso y manejo de información que les permita hacer exigibles los derechos indígenas y que la formulación misma del sistema de indicadores requiere equipos con formación interdisciplinaria, de carácter multicultural e intercultural.

En ese sentido, es necesario desarrollar otro modelo de análisis, que pueda, por una parte, dar visibilidad a todos los procesos y experiencias en los países andinos; y por otra parte, que permita informar de la manera lo más extensa y profunda posible de ésta realidad. En principio sobre la base de mecanismos ya desarrollados para proponer posteriormente avanzar en conocer, interpretar y operacionalizar conceptos, prácticas y normas del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Específicamente, el reconocimiento de los sistemas de salud de estos con y para estos, tal como lo ha señalado el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas “entre las tareas asociadas a la construcción y aplicación de indicadores, los procesos de participación y consulta resultan esenciales. Las bases de los pueblos indígenas deben participar de manera plena y efectiva en todo el proceso” (Pacto del Pedregal, 2008).

Los indicadores de manera general son componentes o elementos de algún fenómeno de la realidad que nos interesa analizar o conocer. Para ello deberemos focalizar nuestra atención, precisando aquello que queremos medir y realizar un proceso de abstracción respecto del componente o elemento que nos interesa analizar o conocer, el que mediante una definición operacional se delimite, definiéndose por sus características y distinguiéndose de otros. Este

proceso dará mayor profundidad al conocimiento, medición, seguimiento, recopilación de información u otro objetivo para los que usamos estos instrumentos.

En el documento final del Seminario de Expertos de América Latina y el Caribe sobre indicadores pertinentes para las comunidades indígenas y locales y el Convenio sobre Diversidad Biológica, realizado en Quito, 11 a 13 de diciembre del 2006, se dice respecto de los indicadores, que estos, “son señales, guías, prácticas (S.O.S., luz verde, huella en la tierra). En las lenguas indígenas no existe la palabra indicador, el término Kichwa RIKUCHINA o RIKUCHIK significa indicar, mostrar, señalar. En aymara CHAKANA es uno de los elementos que puedan ser traducidos culturalmente como indicador”⁴¹. También se destacan las siguientes ideas para la construcción de los indicadores de conocimiento tradicional indígena:

- a) La noción de indicador necesita de una traducción cultural, al ser trasladada al mundo indígena.
- b) Los pueblos indígenas como poseedores de los conocimientos tradicionales deben tener una intervención protagónica en la definición de indicadores.
- c) Los conocimientos tradicionales forman parte de la cosmovisión holística. Los conocimientos no pueden ser tratados en forma aislada del resto de la realidad. Los indicadores deben expresar en lo posible este carácter integral. Conocimientos vistos a través de “variable transversal de cosmovisión”, producción, organización social y tierras, territorios, recursos naturales, lengua, salud y enfermedad, educación, autonomía, identidad, etc.
- d) Los indicadores de conocimiento tradicional deben tener una perspectiva intercultural y que después de su fortalecimiento en el marco del respeto y la diferencia permitan, generar puentes de diálogo respetuoso con otros actores (Estado, ONG, cooperación internacional)⁴².

Los instrumentos que se proponen en este análisis, son los indicadores legislativos (los que deben ir acompañados de indicadores conceptuales y prácticos) que permitan, medir, monitorear y/o evaluar procesos, construir sistemas de información que apoyen los procesos legislativos y la construcción del derecho a la salud de los pueblos indígenas en los países que conforman la Comisión Andina de Salud Intercultural. Para avanzar en esta materia es necesario previamente definir los contenidos del derecho a la salud de los pueblos indígenas y realizar una desagregación de dichos contenidos, operacionalizar dichos conceptos para los fines y objetivos definidos.

⁴¹ <http://www.fondoindigena.org/apc-aa>

files/documentos/monitoreo/Fuentes/Internacionales/Otros%20documentos/FORO_UNU_LAC_Indicadores_CT.pdf

⁴² Idem “.....”

A través del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, estos han señalado que “Para crear un sistema de indicadores necesitamos:

- Definir que se quiere observar e insumos que debe producir para ello: ej: producir capacidad de información, capacidad de análisis sectorializado, propiciar adopción de políticas o legislaciones, difundir información, cooperación e intercambio, entre otros.
- Definir objetivos estratégicos.
- Definir objetivos específicos.
- Definir etapas o fases del proceso.
- Se pueden definir variables independientes también”.⁴³

Los indicadores legislativos se han desarrollado en el ámbito de los derechos sociales, en las agendas de los gobiernos, instituciones internacionales y ONGs, con el objetivo de transparencia en la información, para contar con fuentes confiables de la misma, como insumo para la construcción de normas, su seguimiento y monitoreo una vez implementadas y con un objetivo general de profundización de la democracia. Estos indicadores deben reconocer tanto los aspectos locales, como las características universales contenidas en las legislaciones para las que se crean.

Para la construcción de indicadores legislativos se extraen de la realidad del derecho instituido como norma, por ejemplo: el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, etc. Constituciones y otras normas internacionales o nacionales. Identificando elementos que permitan observar como una radiografía en movimiento de los cambios en relación a ese derecho y cuantificar ciertas características medibles de este, tanto para fines de transparencia, información, monitoreo y seguimiento, como para apoyar los procesos legislativos.

5.4 Propuestas para construir Indicadores para el monitoreo del Derecho a la salud de los pueblos indígenas

Como construir un sistema de indicadores legislativos que pueda monitorear la legislación que reconoce los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas o alguno de sus componentes Este desafío bajo un enfoque de derechos debe ser realizado con los pueblos indígenas. Por ello los ejemplos que aquí se construyen son de carácter pedagógico, hipotéticos y muy generales. Se han tomado diversas definiciones sobre las que se presenta un esquema de indicadores para evaluar el desarrollo legislativo en torno a este derecho. Ello plantea un estándar diferente del derecho, ya que allí las variables son el derecho desagregado y operacionalizado a través de los conceptos que se han construido bajo los principios generales del Convenio 169, La Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones

⁴³ SISTEMA DE MONITOREO DE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS Y LA PROMOCIÓN DEL BUEN VIVIR DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. <http://www.slideshare.net/guest2a0d8fe/observatorio-guia-documento-conceptual>

Unidas, el Art. 8j del Convenio de Diversidad Biológica, desde el enfoque de la autonomía de los pueblos indígenas.

Esta Propuesta de indicadores contendría a lo menos los siguientes elementos:

- ✓ Reconocimiento de Sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas⁴⁴
- ✓ Reconocimiento de Lugares y ecosistemas relevantes para la medicina indígena
- ✓ Reconocimiento de Medicina tradicional
- ✓ Reconocimiento de Modelos de salud de los pueblos indígenas tradicionales y contextualizados.
- ✓ Reconocimiento de Prácticas y acciones de la medicina
- ✓ Reconocimiento de Especialistas reconocidos comunitariamente
- ✓ Reconocimiento de Alimentos
- ✓ Reconocimiento de Propiedad colectiva de los conocimientos de los pueblos indígenas
- ✓ Reconocimiento de normas propias de autorregulación en materia e salud indígena. (Control Cultural)

Para construir indicadores se vuelven relevantes las preguntas de “¿Qué es lo que se propone medir?, ¿Proporcionan información confiable, clara y precisa de lo que se quiere medir? ¿Es suficiente la información que proporcionan? ¿Cuales son sus componentes, numerador, relación? ¿Están claramente definidos? ¿Se pueden desagregar?⁴⁵ ¿Se pueden utilizar prolongadamente y con regularidad? ¿La información necesaria está disponible? ¿Qué tan útil es la información que se proporciona?⁴⁶ .

5.5 La Experiencia del Fondo Indígena y el Sistema de Monitoreo de la Protección de los Derechos y la Promoción del Buen Vivir

Una experiencia que empieza institucionalizarse como práctica adecuada de construcción de sistemas de monitoreo y construcción de indicadores y variables respecto de los derechos de los pueblos indígenas, es que esto se realiza con ellos.

En este sistema del Fondo Indígena, se ha señalado que los indicadores normativos son de carácter estructural y sus componentes son: constitución, legislación, medidas judiciales y medidas administrativas.

La matriz del sistema se compone de dos elementos: Campos y 6 Dominios. “Se entiende por campo una construcción analítica para designar un conjunto específico y sistemático de relaciones sociales, que permite trasladar al análisis social la dinámica de relaciones que se desarrollan en la práctica”⁴⁷. En esta

⁴⁴ Recogiendo la definición consensuada por pueblos indígenas de Chile

⁴⁵ La construcción de indicadores sociales en el ámbito legislativo. Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. La Plata Agosto 2009 Pag. 3

⁴⁶ Loc cit

⁴⁷ <http://www.fondoindigena.org/apc-afiles/documentos/monitoreo/Definiciones/Definiciontabla.pdf>

matriz se entiende por dominio un segmento del campo (en tanto conjunto de relaciones que se establecen entre varios agentes) caracterizado por un determinado contenido, que se considera relevante para el examen de las tendencias que muestra la protección del conjunto de derechos y de aspiraciones de bienestar que constituyen el campo.

Cada dominio, en tanto construcción analítica, designa un asunto principal sobre el cual gira la interacción entre pueblos indígenas-estado y comunidad internacional, al interior del tema principal definido por el campo. Evidentemente un campo podría ser segmentado en múltiples dominios o, dicho de otro modo, podría ser visto desde la perspectiva de varios asuntos.

La selección de un número limitado de dominios responde a la consideración de su capacidad para dar cuenta (mediante variables e indicadores) de los cambios que están experimentando la protección de los derechos y la promoción del buen vivir de los pueblos indígenas en un país y el sentido de los mismos (progreso, retroceso, estancamiento), en una secuencia de cinco quinquenios. La tabla siguiente indica los dominios seleccionados para cada campo:

Prerrogativa indígena de recibir servicios de salud acordes con sus usos y costumbres en establecimientos oficiales. El privilegio jurídico asignado a los grupos étnicos de un Estado para recibir atención médica conforme a sus usos y costumbres, reconoce la importancia de los conocimientos étnicos en la consecución de la salud y el bienestar social.

Indicadores									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ratificación de tratados	Adhesión a declaraciones	Planes de Gobierno	Constitución	Legislación	Medidas judiciales	Medidas administrativas	Existencia de Instituciones	Atención de demandas	Ejecución programas y resultados

La definición de elementos de la matriz del sistema variables derechos.

En este caso fueron definidas las siguientes variables:

1. Existencia de centros de salud interculturales.
2. Despenalización de prácticas de medicinales indígenas.
3. Reconocimiento de las prácticas medicinal tradicional de los indígenas (libre uso de sustancias tradicionales).
4. Prerrogativa indígena de recibir servicios de salud acordes con sus usos y costumbres.

Esta última experiencia, así como varias otras en el ámbito de los conocimientos tradicionales o de datos de población indígenas, nos muestra un camino para la elaboración de indicadores y construcción de orientaciones jurídicas. Ello debería ser un procedimiento que se construyera conjuntamente entre instituciones de salud internacionales o regionales, ministerios de salud, expertos y pueblos indígenas.

El reconocimiento jurídico de las medicinas tradicionales indígenas en la experiencia internacional y específicamente en América, se constituye con un marco jurídico del sistema internacional de derechos humanos, dado principalmente por instrumentos internacionales así como las modificaciones constitucionales y las adecuaciones legales y reglamentarias que la incorporación de la matriz intercultural y pluriétnica implican en las legislaciones de los países latino americanos.

5.6 Instrumento de Calidad Legislativa Indígena en América Latina, BID

El Banco Interamericano de Desarrollo ha elaborado un Instrumento de Calidad Legislativa Indígena en América Latina, respecto de los países que son sus prestatarios, este estudio señala 113 indicadores de Calidad Legislativa Indígena sobre la base de criterios culturales, políticos, territoriales, económicos y de jurisdicción especial indígena, los que tienen como base el Convenio 169.

En cuanto a la legislación especial sobre la salud para pueblos indígenas, esta distingue, en este instrumento, tres categorías diferentes de garantías legales

1. Acceso y Gratuidad:	2. Prácticas Tradicionales:	3. Participación y Autonomía
Si existe o no legislación especial,	Si las practicas tradicionales están aceptadas, y bien integradas al sistema nacional de salud, en referencia al Art. 25 (25.2 del Convenio 169).	Si los pueblos indígenas tienen garantizada una participación, eventualmente autonomía en el manejo de los recursos de salud (artículo 7.2 Convenio 169).
Si existe garantía de acceso preferencial (en muchos casos gratuito) para la población indígena (referencia al Convenio 169).	Si existe legalización especial de la salud indígena, compuesta por prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales, y medicinas, considerándose como tales; minerales, animales y herbolaria.	Si existe participación indígena en el manejo/promoción del sistema de salud.
		Si existe integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud.
		Si existe adecuación cultural de servicios de salud.
		Si existe autonomía en recurso de salud.

En lo relativo al componente Salud los estudios sobre calidad legislativa señalan los siguientes criterios cualitativos Los que se corresponden con los contenidos del derecho a la salud de los pueblos indígenas:

- ✓ Acceso preferencial;
- ✓ Legislación especial;
- ✓ Aceptación de prácticas tradicionales;
- ✓ Personal;
- ✓ Medicinas;
- ✓ Participación indígena en manejo promoción de salud;
- ✓ Integración de sistema tradicional al sistema nacional de salud;
- ✓ Adecuación cultural de servicios de salud;
- ✓ Autonomía en recursos de salud.

El instrumento de calidad legislativa indígena en América Latina, también desarrolló una base metodológica para determinar la evaluación cualitativa del Convenio 169 de la OIT. Esto se hizo teniendo en cuenta en primer lugar su ratificación (en ese momento 12 de los 20 países inventariados lo habían ratificado). Se trabajó un registro que permitió evaluar si la legislación de país cumple con los criterios del Convenio 169, identificando sus artículos relevantes en cada una de las variables e indicadores diseñados para la Base de Datos, aclarando que ésta tiene temas que no se encuentran en el Convenio 169, como el de la prestación del servicio militar por los indígenas, o el tema de los narcóticos, que son aspecto del derecho a la salud desde una perspectiva integra contenida en lo Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas, (el uso de la hoja de coca, la ayahuasca y otros) el registro civil, el derecho de familia.

El instrumento de calidad legislativa indígena en América Latina hizo un sistema de valoración de la calidad general y la aplicación de la misma para cada país, lo que denomino Índice de Legislación Indígena el cual ponderó con el siguiente porcentaje:⁴⁸

1. 10% Ratificación del Convenio 169 de la OIT;
2. 15% porcentaje del cumplimiento de indicadores;
3. 5% ratificación convenio de la biodiversidad;
4. 30% indicadores de calidad legislativa;
5. 10% existencia de legislación Constitucional;
6. 15% legislación primaria;
7. 10% legislación secundaria;
8. 5%. Jurisprudencia.

El porcentaje de cumplimiento en cada uno de los 142 indicadores tiene el mismo valor. De hecho lo que se registra no es la calidad, sino el evento de que aparezca o no legislación relativa a cada indicador.⁴⁹

⁴⁸ <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/index.cfm>

⁴⁹ <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/index.cfm>

El Convenio 169, en su Art. 25 establece en cuatro párrafos, normas relativas al derecho a la salud de los pueblos indígenas que señalan objetivos, deberes de los Estados y mecanismos y condiciones para lograrlo de manera progresiva.

El objetivo señalado es que estos pueblos deben gozar del nivel máximo de salud física y mental, lo que implica que dichos pueblos deben gozar en igualdad de condiciones y sin discriminación del derecho a la salud que tiene todos los ciudadanos de un país. Para hacer posible dicho derecho que tienen todos los ciudadanos, debe implementarse derechos diferenciados en razón de su cultura.

Estos servicios de salud deben ser accesibles, de calidad, con disponibilidad de atención y tienen como supuesto la vigencia del derecho a alimentación y agua potable.

Los mecanismos que los pueblos indígenas tienen para lograr el objetivo anterior son la participación, la autogestión y la cooperación, ya que al “poner a disposición” de los pueblos indígenas los servicios de salud se requiere participación, control de su propia autonomía, recursos económicos administrativos, mecanismos implícitos en la planeación y administración con participación indígena (cooperación).

El Convenio requiere al planear y administrar los Servicios de Salud tener en cuenta condiciones geográficas, además, económicas, sociales, culturales y los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales de los pueblos indígenas.

También de conformidad al Convenio 169, los servicios de salud administrados por el Estado o aquellos puestos en manos de los pueblos indígenas deben organizarse de manera comunitaria.

La formación y empleo a miembros de la comunidad es obligatoria para los Estados.

Por su parte, la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas establece en su Art. 24 el derecho a la salud como derecho colectivo de los pueblos indígenas radicando en los Estados la toma de medidas para lograr progresivamente el cumplimiento de ese derecho.

Los pueblos indígenas en este artículo no solo tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud sino a la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico, lo que amplía el concepto de salud y de medicinas de estos pueblos en relación al Convenio 169.

Sin embargo, el derecho a la salud de los pueblos indígenas desde el reconocimiento de sus sistemas propios de salud, incorpora elementos no señalados en el Convenio 169 como la protección sus conocimientos, “patrimonio cultural”, cuyo reconocimiento y protección es deber de los Estados

de acuerdo al artículo 8j del Convenio de Diversidad Biológica y la Convención para la Salvaguarda del Patrimonio Cultural Inmaterial de la UNSECO (2003) la que señala que “Reconociendo que las comunidades, en especial las indígenas, los grupos y en algunos casos los individuos desempeñan un importante papel en la producción, la salvaguardia, el mantenimiento y la recreación del patrimonio cultural inmaterial, contribuyendo con ello a enriquecer la diversidad cultural y la creatividad humana⁵⁰.”

En su artículo 2: N° 1, ésta Convención define el patrimonio cultural inmaterial como los “usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas -junto con los instrumentos, objetos, artefactos y espacios culturales que les son inherentes- que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural. Este patrimonio cultural inmaterial, que se transmite de generación en generación, es recreado constantemente por las comunidades y grupos en función de su entorno, su interacción con la naturaleza y su historia, infundiéndoles un sentimiento de identidad y continuidad y contribuyendo así a promover el respeto de la diversidad cultural y la creatividad humana. Para los efectos de la presente Convención, se tendrá en cuenta únicamente el patrimonio cultural inmaterial que sea compatible con los instrumentos internacionales de derechos humanos existentes y con los imperativos de respeto mutuo entre comunidades, grupos e individuos y de desarrollo sostenible”.⁵¹

Una forma de desagregar los componentes del patrimonio cultural inmaterial relacionado a los sistemas culturales de salud para construir indicadores con el objetivo de monitorear el reconocimiento de este derecho en la legislación es la siguiente:

- √ Conocimientos tradicionales y usos relacionados con la naturaleza, el cuerpo, la sociedad y el universo; la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.
- √ Innovaciones, Prácticas,
- √ Expresiones Culturales: Sistemas propios de salud de los Pueblos Indígenas⁵².
- √ Servicios/Valores Espirituales
- √ Derecho Consuetudinario
- √ Recursos Tradicionales

También hay un patrimonio natural tangible que compone estos sistemas, que serían los recursos naturales, la biodiversidad y el paisaje, los territorios, el agua, las semillas y un Patrimonio Natural Intangible, del que forman parte los Recursos Genéticos.

En lo relativo al componente Salud, los estudios sobre calidad legislativa señalan los siguientes criterios cualitativos:

- a) Acceso preferencial
- b) Legislación especial

⁵⁰ <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=es&pg=00022#art2>

⁵¹ Patrimonio Natural Intangible: Reconocimiento de Recursos Genéticos.

⁵² El sistema de salud Kayagualla ha sido reconocido pr

- c) Aceptación de prácticas tradicionales
- d) Personal
- e) Medicinas
- f) Participación indígena en manejo promoción de salud
- g) Integración de sistema tradicional al sistema nacional de salud
- h) Adecuación cultural de servicios de salud
- i) Autonomía en recursos de salud

En estos criterios y garantías no se encuentra considerado el reconocimiento de sistemas propios de salud de los pueblos indígenas, ni reconocimiento de derechos respecto de los conocimientos en materia de salud de los pueblos indígenas (conocimientos tradicionales).

Respecto a los conocimientos tradicionales, todos los países miembros del Organismo Andino han suscrito el Convenio de Diversidad Biológica. Sin embargo, no todos han desarrollado normas para la implementación del Art. 8j y siguientes, relativo a los conocimientos tradicionales. La Comunidad Andina de Naciones, organismo subregional, con personería jurídica internacional constituida por cinco de los seis países que integran el Organismo Andino de Salud: Bolivia, Colombia, Ecuador, Venezuela y Perú, ha desarrollado un sistema jurídico derivado del Convenio de Diversidad Biológica cuyo énfasis se encuentra en la conservación de la biodiversidad.

En cuanto a la legislación especial el sistema de calidad legislativa indígena del BID, se refiere a normas relativas al sistema de salud de los Estados para pueblos indígenas y distingue tres categorías diferentes de garantías legales.

1. Acceso y gratuidad:
 - 1.1 Si existe o no legislación especial
 - 1.2 Si existe o no acceso preferencial y gratuidad para la población indígena (en referencia al Convenio 169 de la OIT).
2. Prácticas Tradicionales:
 - 2.1 Si las prácticas tradicionales están aceptadas y bien integradas al sistema nacional de salud (en referencia al Art. 25, 25.2 del Convenio 169).
 - 2.2 Si se han aceptado e integrado conocimientos, médicos tradicionales, y medicinas (minerales, animales y herbolaria).
3. Participación y autonomía
 - 3.1 Si los pueblos indígenas tienen garantizada la participación, y, eventualmente, autonomía en el manejo de los recursos de salud (Art. 7.2 Convenio 169/89).
 - 3.2 Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud.
 - 3.3 Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud.
 - 3.4 Adecuación cultural de servicios de salud.
 - 3.5 Autonomía en el uso de los recursos de salud.

Sobre la base de esos criterios se realiza en este informe el análisis de los instrumentos legales relevantes de medicina indígena para cada país, considerando que el Convenio 169 se encuentra ratificado y vigente por todos

los países del Organismo Andino, los que lo tienen incorporado al bloque de constitucionalidad. Este Convenio se considera en todos los criterios cualitativos establecidos por el BID.

Para la sistematización del análisis legislativo de cada país estudiado, se ha cruzado sobre una matriz algunos de los criterios cualitativos del “Índice de Calidad Legislativa Indígena en América Latina” con legislación existente relativa a esos criterios, desagregada en distintas fuentes:

- 1) Constitución
- 2) Legislación especial, (leyes indígenas generales donde se encuentren contenidos de medicina tradicional o del derecho a la salud de los pueblos indígenas)
- 3) Legislación de salud y
- 4) Otras normas entre las que se encuentran leyes de distintas materias y/o que emanen del legislativo o de la administración.

Ello a fin de ordenar la información recogida por los anteriores consultores más otra recogida en este informe, abordando más acotadamente la descripción de los avances y/o vacíos que tienen las legislaciones de cada uno de los países en estudio.

La mirada sobre esta matriz tiene sus limitaciones en la medida en que los conceptos sobre los que se establecieron los criterios cualitativos no permiten mostrar claramente los contenidos que puede abarcar el “reconocimiento de las medicinas tradicionales”. Ningún criterio señala la palabra “reconocimiento”, aunque algunos de ellos pudieran contenerlo. Algunos criterios más que “reconocimiento” pudieran más bien ser de control y asimilación, al considerarse la integración de componentes de los sistemas de salud de los pueblos indígenas, sin que se señale ningún aspecto de control cultural de estos sobre sus propios sistemas culturales de salud.

Ello es parte del proceso de construcción de una legislación que recién está adecuándose a un enfoque de derechos y específicamente a un enfoque de derechos humanos en la materia. Aunque por otra parte, nos da la oportunidad de visualizar la necesidad de contar con conceptos más omnicomprendidos y abarcadores respecto a los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas.

En este mismo sentido es posible visualizar que tampoco en esta matriz se establecen las normas que pudieran atentar contra los derechos de los pueblos indígenas en relación al ejercicio de sus propias medicinas; como los códigos de salud, que regulan el ejercicio de la medicina, o bien, los códigos penales.

El Convenio 169 señala algunos criterios para la protección de los derechos de los pueblos indígenas en su artículo N° 2, en el que establece lineamientos generales con una nueva orientación y obligaciones generales de los Estados para “proteger los derechos de los pueblos indígenas y garantizar su

integridad”, considera sus sociedades, su cultura, sus organizaciones sociales e instituciones como un todo, que por las influencias reciprocas de sus interrelaciones podría sufrir algún daño si se le considera separadamente. En este sentido, el análisis de lo que significa el reconocimiento o legalización de legalización de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas, debe considerar siempre si ello es pertinente a la integridad de esta institución cultural.

Por otra parte, el Art. N° 4 establece una cláusula de salvaguarda, que es también una pauta de interpretación general del Convenio, la que señala una directriz afirmativa para los Estados en el sentido de que estos deben adoptar las medidas especiales que se precisen para salvaguardar personas, instituciones, bienes, cultura y medio ambiente. Aquí se establece también un parámetro que permite reconocer instituciones culturales como la medicina tradicional considerándola en su integridad. Lo que relacionado con el Art. N° 5 tiene un significado aún más claro, en el se señala que “al aplicar las disposiciones de este convenio a) deberán reconocerse y protegerse los valores y practicas sociales, culturales, religiosas y espirituales propios de dichos pueblos...reiterando en el punto del mismo artículo que “deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de estos pueblos”.

Los criterios cualitativos elaborados por el BID, se refieren a legislación especial en materia de medicina tradicional y legalización de componentes del sistema; prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales y medicinas; minerales, animales y herbolaria. Además se incluye un mecanismo de participación en el sistema nacional de salud en el manejo/promoción de este y la integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud, así como la adecuación cultural de los servicios de salud. El nivel más amplio de reconocimiento es el criterio que establece la garantía de autonomía en recursos de salud, ya que ello remite a autonomía de los pueblos indígenas, lo que en el Convenio 169 se señala como el derecho que tienen los pueblos a conservar su cultura y administrar sus propios asuntos.

BOLIVIA. Matriz de garantías legales y criterios cualitativos (BID)

Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

Criterios Cualitativos ----- -- legislación	Acceso y gratuidad. 1.Legislación Especial 2.Acceso preferencia l y gratuidad .	Prácticas Tradicionales. 1.Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y 2.Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.	Participación y autonomía. 1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud. 2.Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud. 3.Adecuación cultural de servicios de salud; y 4.Autonomía en
---	---	--	--

			recursos de salud.
Constitución	<p>Artículo 30 II. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos, gozan de los siguientes derechos</p> <p>13. Al sistema de salud universal y gratuito que respeta su cosmovisión y prácticas tradicionales</p>	<p>Art. 18 III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.</p> <p>Artículo 30. II. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:</p> <p>5. A que sus instituciones sean parte de la estructura general del Estado</p> <p>9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.</p> <p>11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como su valoración, uso, promoción y desarrollo.</p> <p>Art. 42</p> <p>I. La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su</p>	<p>Artículo 30. II. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:</p> <p>18. A la participación en los órganos e instituciones del Estado</p> <p>Art. 35: II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos</p> <p>Art. 42. I. Es responsabilidad del Estado promover, garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.</p>

		<p>conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.</p> <p>Art. 42</p> <p>II. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.</p>	
Legislación Especial			
Legislación de Salud	<p>Ley y Reglamento del Seguro Materno Infantil (SMI) prestación universal a mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta 6 meses después del parto y niños y niñas desde su nacimiento hasta 5 años de edad.</p> <p>Ley Seguro Básico de Salud Indígena y Originario. (SBSIO)</p>	<p>- Reglamento del Ejercicio de la Práctica de la Medicina Tradicional Boliviana Resolución Ministerial N° 0231 (1987)</p> <p>- Sistema de afiliación con carnetización de usuarios indígenas realizado por organizaciones indígenas nacionales o regionales.</p> <p>- Legalización de prácticas y conocimientos médicos tradicionales 10 prestaciones.</p> <p>- Regula al prestador, la prestación, la vigilancia médica oficial y la obtención de financiamiento. - Legalización de medicinas. Farmacopea Nativa es uno de los componentes del SBSIO fines de promoción, utilización científica, difusión, consumo, investigación, comercialización de plantas medicinales,</p>	<p>- Integra algunas prestaciones al sistema nacional de salud</p> <p>- Regula adecuaciones culturales de servicios de salud. Varios de los componentes del SBSIO se refieren a ésta garantía: Interculturalidad, Brigadas Integrales en Salud, Desarrollo de Servicios de Salud y Medicina Tradicional en Municipios seleccionados, Capacitación, Calidad de atención y Adecuación de la oferta.</p>

	Prestación en forma preferencial y diferenciada culturalmente	medicamentos y sustancias originarias en salud. -Ley de medicamentos N° 1737 regula productos medicinales y tradicionales. Reglamentos y diversas resoluciones regulan los productos tradicionales naturales, 3	
Otras normas	Decreto que otorga personería jurídica a la Sociedad Boliviana de medicina Tradicional · SOBOMETRA (1984) Ley N°0928 (1987) que otorga personalidad jurídica al Instituto de Medicina Tradicional Kallawayá.	Decreto Supremo No. 24676. (1997) Reglamento de la Decisión 391. Régimen Común de Acceso a los Recursos Genéticos	Ley N° 1551 de Participación Popular (general) modificada en 1997 por la Ley N° 1702

En Bolivia la Constitución actual otorga la garantía de acceso y gratuidad específica, así como la legalización de prácticas tradicionales. Sin embargo, es posible ver como coexisten normas de respeto, de integración y de regulación/control conjuntamente, lo que se expresa también en la legislación de salud. La legalización especial de la medicina indígena se expresa bajo las modalidades de las prestaciones del Seguro Materno Infantil y del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario.

También existen normas sobre conocimientos tradicionales que se enmarcan en la implementación del Convenio de Diversidad Biológica e incorporan en sus legislaciones la Decisión 391 de la Comunidad Andina.

El mandato constitucional que señala la responsabilidad del Estado en cuanto a promover, garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina

tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos, señala un desafío en cuanto a armonizar las legislaciones con los criterios de reconocimiento de la medicina tradicional indígena en el sentido de la autonomía y la libre determinación que se establecen en otros artículos constitucionales y con la definición de un sistema de salud único que incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Hace 5 años Bolivia presentaba una amplia legislación en el sector salud, pero no contaba con normas constitucionales que dijera relación con la medicina tradicional. Hoy existe una normativa constitucional extensa y profunda en contenidos que va avanzando en estas materias incorporando las normas especiales sobre pueblos indígenas de la legislación internacional de derechos humanos.

PERU: Matriz de garantías legales y criterios cualitativos (BID)
Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

Criterios Cualitativos	Acceso y gratuidad.	Prácticas Tradicionales.	Participación y autonomía.
Garantías legales	1.Legislación Especial 2.Acceso preferencial.	1. Legalización especial de la salud. 2. Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y 3. Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.	1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud. 2. Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud. 3. Adecuación cultural de servicios de salud; y 4. Autonomía en recursos de salud.
Constitución			
Legislación Especial			
Legislación de Salud	Ley General de Salud. Ley N° 26842. Reconoce a la promoción de la Medicina Tradicional interés y atención preferente del Estado.	Decreto Supremo N° 001-2003-SA. Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud y crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional o el Centro Nacional de Salud Intercultural encargadas de coordinar y proponer la política de medicina tradicional y desarrollar investigación, docencia,	Decreto Supremo N° 001-2003-SA. Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud y crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional o el Centro Nacional de Salud Intercultural encargadas de coordinar y proponer la política de medicina

		<p>normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población</p> <p>Crea Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional.</p> <p>- Ley N° 27.300 que tiene por objeto regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales, en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación.</p> <p>- Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud (enero 2002) y Decreto Supremo N° 001-2003-SA. Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud y se señala al Centro Nacional de Salud Intercultural.</p> <p>- Ley 26842. Ley General de Salud. Cap III. DE los productos farmacéuticos y galénicos y de los recursos terapèuticos naturales.</p> <p>- Ley 27300. Ley de</p>	<p>tradicional y desarrollar investigación, docencia, normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población</p> <p>Crea Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional.</p>
--	--	--	--

		aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales. (julio 2000).	
Otras normas	Garantía diferenciada a. Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía	<p>Ley N° 26839 sobre la Conservación y Aprovechamiento Sostenible de la Diversidad Biológica (1997). Reconoce la importancia y el valor de los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades nativas para la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica.</p> <p>-Ley 7811 de julio 24 de 2002 Establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los recursos biológicos.</p> <p>Artículo 1. El Estado Peruano reconoce el derecho y la facultad de los pueblos y comunidades indígenas de decidir sobre sus conocimientos colectivos.</p> <p>Artículo 2. a) Pueblos indígenas: Son pueblos originarios que tienen derechos anteriores a la formación del Estado peruano, mantienen una cultura propia, un espacio territorial y se auto reconocen como tales. En éstos se incluye a los pueblos en aislamiento voluntario o no contactados.</p> <p>La denominación "indígenas" comprende y puede emplearse como sinónimo de</p>	

		“originarios”, “tradicionales”, “étnicos”, “ancestrales”, “nativos” u otros vocablos.[...]	
--	--	---	--

Perú aún no ha desarrollado una legislación constitucional que reconozca la medicina tradicional. La legislación sobre la materia proviene del sector salud, al reconocer en la Ley General de Salud la promoción de la Medicina Tradicional como de interés y atención preferente del Estado. No obstante, al igual que en otros países se observa que este “reconocimiento” se asemeja más a integración. Lo que podría llevar a una asimilación en la medida en que tampoco se visualiza la participación como garantía en estos procesos.

Si se observa una amplia legislación relativa a medicinas naturales, aunque no se señala el control de los indígenas y de sus propios sistemas de salud sobre estas medicinas.

En el caso de los conocimientos tradicionales la Ley 7811 de julio 24 de 2002, establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los recursos biológicos. En esta norma se reconoce a los “pueblos y comunidades indígenas”, subsumiendo las distintas denominaciones que estos pudieran tener, colocándose en el estándar del Art. N° 1 del Convenio 169; establece que son los pueblos indígenas, a quienes se les reconocen los derechos allí establecidos y reconoce los conocimientos tradicionales como derechos colectivos de estos, así como la autodeterminación sobre dichos conocimientos.

VENEZUELA. Matriz de garantías legales y criterios cualitativos (BID)
Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

Criterios cualitativos	Acceso y gratuidad. 1. Legislación especial 2. Acceso preferencial	Prácticas Tradicionales. 1. Legalización especial de la salud. 2. Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y 3. Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.	Participación y autonomía. 1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud. 2. Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud. 3. Adecuación cultural de servicios de salud; y 4. Autonomía en recursos de salud.
----- Garantías legales			
Constitución	Artículo 122.- Los pueblos	Artículo 122.- Los pueblos indígenas	

	<p>indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias , con sujeción a principios bioéticos.</p>	<p>tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.</p> <p>Artículo 120.- El aprovechamiento de los recursos naturales en el hábitat indígenas por parte del Estado se hará sin lesionar la integridad cultural, social y económica de los mismos e, igualmente, está sujeto a previa información y consulta a las comunidades indígenas respectivas. Los beneficios de este aprovechamiento por parte de los pueblos indígenas están sujetos a la Constitución y a la ley.</p> <p>Artículo 124.- Se garantiza y protege la propiedad intelectual colectiva de los conocimientos, tecnologías e innovaciones de los pueblos indígenas. Toda actividad relacionada con los recursos genéticos y los conocimientos asociados a los mismos perseguirán beneficios colectivos. Se prohíbe el registro de patentes sobre estos recursos y conocimientos ancestrales.</p>	
--	---	--	--

<p>Legislación especial</p>	<p>Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (2005):</p> <p>Capítulo II: De la salud y la medicina indígena</p>	<p>Artículo 111. Los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de su salud integral. Este reconocimiento no limita el derecho de acceso de los pueblos y comunidades indígenas a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, los cuales deberán prestarse en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional.</p>	<p>Artículo 112. El Estado, a través de los órganos, entes y demás organismos competentes y en coordinación con los pueblos y comunidades indígenas, creará las condiciones necesarias para la incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas, a los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas. Los indígenas especialistas en su medicina tradicional podrán utilizar sus conocimientos y procedimientos con fines preventivos y curativos, siempre que cuenten con el consentimiento de los pacientes, indígenas o no-indígenas, y se realicen en los lugares destinados para tales fines. Estas prácticas serán respetadas por todas las instituciones públicas de salud.</p> <p>Artículo 113. Los servicios de salud se organizan, planifican y controlan con la</p>
-----------------------------	---	---	--

		<p>participación directa de los pueblos y comunidades indígenas y sus organizaciones. La atención integral en salud se adecuará a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de estos pueblos y comunidades.</p> <p>Artículo 114. Los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas deben incorporar los idiomas indígenas a este sistema, mediante la designación del personal idóneo e intérpretes necesarios para la atención de los indígenas y facilitar la comunicación con las personas, las familias, los pueblos y comunidades indígenas.</p> <p>Artículo 115. El Estado, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, garantizará la capacitación del personal a cargo de la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas, y</p>
--	--	--

		<p>promoverá que en los programas de estudios de las universidades e institutos de formación de profesionales de la salud se incorporen contenidos relacionados con la medicina indígena, respetando la cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones indígenas.</p> <p>Artículo 116. El ministerio competente en materia de salud, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, definirá las políticas de salud destinadas a los pueblos y comunidades indígenas.</p> <p>La ejecución de los planes y programas de salud se hará de manera coordinada con el ente ejecutor de la política indígena del país, con los gobiernos regionales y municipales de entidades con población indígena, y con los pueblos y comunidades indígenas.</p> <p>Artículo 117. Las direcciones de salud dependientes del Ejecutivo Nacional,</p>
--	--	---

			estatal o municipal, de los estados y municipios con población indígena, designarán en coordinación con el ente ejecutor de la política indígena del país y las organizaciones indígenas, un funcionario o grupo de funcionarios para que garanticen la ejecución de las políticas generales en la prestación de servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas.
--	--	--	--

Venezuela tiene un gran desarrollo a nivel constitucional donde se señala un reconocimiento expreso a su medicina tradicional y a las terapias complementarias. Ello conjuntamente con la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas que muestra una aplicación coherente con el Convenio 169 en materia de salud de los pueblos indígenas y de reconocimiento de la medicina tradicional en toda la normativa señalada.

La legislación especial en la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (2005), especialmente en el capítulo Capítulo II: De la salud y la medicina indígena, expresa que “se crearán las condiciones necesarias para la incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas, a los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas, pero ello es conjuntamente con los pueblos indígenas, no plantea la regulación de las prestaciones, sino por los individuos que prestan su consentimiento”.

También es relevante la mención que se hace en dicha legislación a que los procesos de reconocimiento, e incorporación de estas medicinas al sistema de salud estatal son con la participación de los indígenas, lo que deben también participar en la definición de las políticas públicas. Se señala también la coordinación intersectorial entre el sector salud y el órgano encargado de las políticas indígenas, así como a nivel los en los estamentos estatales o municipales.

ECUADOR. Matriz de garantías legales y criterios cualitativos (BID)
Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

<p>Criterios cualitativos</p> <p>-----</p> <p>Garantías Legales</p>	<p>Acceso y gratuidad. Acceso preferencial.</p>	<p>Prácticas Tradicionales.</p> <p>1. Legalización especial de la salud.</p> <p>2. Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y</p> <p>3. Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.</p>	<p>Participación y autonomía.</p> <p>1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud.</p> <p>2. Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud.</p> <p>3. Adecuación cultural de servicios de salud; y</p> <p>4. Autonomía en recursos de salud.</p>
<p>Constitución</p>	<p>Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y</p>	<p>.Art. 84. El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:</p> <p>9. A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.</p> <p>Nº 12. A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de</p>	<p>Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.</p> <p>Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales</p>

	<p>ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.</p> <p>Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad</p>	<p>vista de aquella.</p> <p>Art. 57. Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades</p> <p>Nº 6. Participar en el uso, usufructo, administración y conservación de los recursos naturales renovables que se hallen en sus tierras.</p> <p>Nº 12. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora.</p> <p>Se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas.</p> <p>Art. 363.- El Estado será responsable de:</p> <p>4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el</p>	<p>alternativas y complementarias.</p> <p>Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.</p>
--	--	---	--

	social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.	reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.	
Legislación Especial			
Legislación en salud		Ley 67 (2006) Art. 190: La Autoridad Sanitaria Nacional y el SNS promoverá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los sanadores; desarrollará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de la ley, protegiendo los derechos colectivos de pueblos indígenas y afroecuatorianos.	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Capítulo III: Integración del Sistema Art. 7. Integrantes del SNS: 12. Servicios Comunitarios de Salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa. Ley Orgánica sustitutiva del Código de Salud Libro Cuarto; Capítulo II: De las MT y Alternativas: Art. 189: Integrantes del SNS respetarán y promoverán el desarrollo de las MTI; incorporarán el enfoque intercultural en políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención, e integrarán los conocimientos de las MTI y Alter., en los

			procesos de E-A. Art. 191: La Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco del Sistema Nacional de Salud, implementará procesos de regulación y control para evitar que las prácticas de las MT atenten contra la salud de las personas.
Otras normas	Garantía diferenciada en Seguro social campesino y de pescadores	Ley N° 74 de Conservación de Áreas Naturales y de la Vida Silvestre. Define la constitución del Patrimonio Forestal y regula su aprovechamiento sostenible y el de sus ecosistemas. Los artículos 38 y 89 se refieren a la inserción de las comunidades aborígenes en esas regulaciones.	

A igual que Bolivia y Venezuela, Ecuador ha ensanchado el inventario de derechos de los pueblos indígenas en su Constitución, señalando la indivisibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Reconoce como derechos colectivos la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales y sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.

Establece entre los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades el de “Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro-bio-diversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora”. Establece en el Estado el deber de garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas

e instrumentos. Promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Por otra parte, la Autoridad Sanitaria Nacional y el SNS promoverá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los sanadores; desarrollará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de la ley, protegiendo los derechos colectivos de pueblos indígenas y afroecuatorianos.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud señala que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias, otorgando a la medicina tradicional la categoría de atención pública de salud. No obstante esto no se ha reglamentado.

Sin embargo la Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco del Sistema Nacional de Salud, señala también que implementará procesos de regulación y control para evitar que las prácticas de las Medicina Tradicional atenten contra la salud de las personas. En el marco de los reconocimientos constitucionales y del sector salud dichos procesos de regulación y control deberían darse en el marco de diálogos culturales. Ya que tal como se ha señalado en esta misma constitución, la prestación de los servicios de salud se guiará –entre otros- por el principio de la interculturalidad.

COLOMBIA: Matriz de garantías legales y criterios cualitativos en materia de salud (BID)

Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

<p>Criterios cualitativos</p> <p>-----</p> <p>Garantías Legales</p>	<p>Acceso y gratuidad.</p> <p>1. Legislación especial</p> <p>2. Acceso preferencial.</p>	<p>Prácticas Tradicionales.</p> <p>1. Legalización especial de la salud.</p> <p>2. Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y</p> <p>3. Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.</p>	<p>Participación y autonomía.</p> <p>1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud.</p> <p>2. Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud.</p> <p>3. Adecuación cultural de servicios de salud; y</p> <p>4. Autonomía en recursos de salud.</p>
<p>Constitución</p>	<p>Ley 21 de 1991, por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países</p>		

	independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la OIT., Ginebra 1989		
Legislación Especial			
Legislación en salud	<p>Ley N° 100. Art. 157 Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y establece prestación de salud para las comunidades indígenas. Así como las comunidades indígenas sin capacidad de pago serán subsidiadas.</p> <p>Ley 691 de 2001, que garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.</p>	<p>Ley 691. Reglamenta y garantiza el acceso y la participación de los pueblos indígenas en los Servicios de Salud. Garantizando su integridad cultural.</p> <p>Resolución 005078. Crea Consejo Asesor para la conservación y desarrollo de las prácticas médicas indígenas.</p>	<p>Art. 2 Ley 691 (2001) Objeto: proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.</p> <p>Art. 21 Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por</p>

			tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.
Otras normas	<p>-Decreto 1811 de 1990, reglamenta los servicios de salud para las comunidades indígenas.</p> <p>-Acuerdo 244 de 2003, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, define la forma y las condiciones de operación del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reafirma que para la identificación de los pueblos indígenas para que accedan al régimen subsidiado, no se aplica la encuesta Sisben, sino el listado censal que anualmente deben elaborar las autoridades de los resguardos. Además, la elección de la Administradora de Régimen Subsidiado, es responsabilidad de las autoridades tradicionales y legítimas. Indica también que las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI,</p>	<p>Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, donde se define como principio el respeto a la diversidad étnica y cultural, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud y dentro de la estrategia para fortalecer la gestión del plan, se menciona la coordinación interinstitucional y comunitaria para la estructuración de los modelos de salud de los pueblos indígenas e investigación sobre la medicina tradicional.</p> <p>-Resolución 1811 de 1990, establece que los programas para</p>	<p>Decreto 330 de 2001, determina normas para la constitución y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.</p> <p>- Decreto 2716 de 2004, reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001 determinando que las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI o Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPSI, que se encuentren operando en el régimen subsidiado y las que se lleguen a conformar, tienen que acreditar que como mínimo el 60% del total de sus afiliados sean pertenecientes a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos como tales.</p> <p>-Decreto 506 de 2005, modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004</p>

	<p>deben garantizar como mínimo el 60% de población indígena de la región; el 40% restante podrá ser constituido por usuarios no indígenas.</p>	<p>la prestación de los servicios de salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deben adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica, con el fin de respetar sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural. Faculta a las autoridades propias de cada comunidad para seleccionar el personal de promotores de salud. Determina los criterios de reclutamiento, selección, vinculación y capacitación de personal indígena como promotores de salud. Estipula que el contenido de la capacitación sea acorde a necesidades de salud y que ésta se realice en sitios cercanos a la residencia del promotor y acorde a sus características</p>	<p>y establece que el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS o ARS indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos. -Decreto 4127 de 2005, reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001 y define en 100.000 el número mínimo de afiliados que deben acreditar las ARS o EPS Indígenas para su permanencia en el SGSSS, a partir del 1 de abril de 2006; pero establece que podrán operar con menos afiliados siempre y cuando, acrediten los porcentajes de población indígena establecidos en la norma. -</p>
--	---	--	--

Colombia fue durante mucho tiempo una referencia en América Latina en materia de reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas. Si bien la Constitución colombiana no reconoce –específicamente- derechos a los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas, ello es posible a nivel legislativo gracias a su extenso catálogo de normas que reconocen la diversidad cultural y los derechos de los grupos étnicos al sistema de seguridad social (en Colombia reconocidos los pueblos indígenas como grupo étnico, igual que los afrocolombianos, raizales y gitanos): Especialmente el artículo 7 que establece «El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.»

Por otra parte, la conformación de entidades territoriales indígenas como parte de la división administrativa del Estado constituye también una norma que permite la autonomía de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas, ello en el marco del Sistema de Seguridad Social integral y las “Entidades Promotoras de Salud”, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas. Todo ello establecido en los siguientes artículos de la Constitución del Estado Colombiano:

La Ley 691 de 2001, establece que “debe proteger de manera efectiva el derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas”.

Esta Ley en su Art. 21 establece “que los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad”. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades; y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

La participación de los pueblos indígenas de Colombia en el Sistema se establece en la Ley 691 de 2001, que reglamenta la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, en condiciones dignas y apropiadas, respetando la diversidad cultural de la nación y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural. En este sistema, se reconoce a las comunidades indígenas como personas vulnerables sin capacidad de pago, con derecho a ser afiliados al Régimen Subsidiado y se plantea que pueden existir entidades promotoras de salud indígenas. Por otra parte, el sistema se viene implementando mediante la aplicación de acciones afirmativas expresadas a través de la inclusión de esta población al Régimen Subsidiado sin la exigencia de la encuesta de Identificación de Beneficiarios, SISBEN, y la atención gratuita por cuanto no se aplican copagos ni cuotas moderadoras, lo cual materializa ventajas comparativas con respecto al resto de la población pobre del país. Además, los recursos económicos de los Subsidios para la población indígena

son entregados por el Estado a través de las alcaldías, a las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) creadas y administradas por las Autoridades Tradicionales de esta comunidad, las que a su vez prestan los servicios a sus afiliados mediante Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas (IPSI) que funcionan en sus territorios y hacen parte de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud.

La vinculación específica del derecho a la salud de los pueblos indígenas se realiza en Colombia a través de la participación de miembros de los Pueblos Indígenas como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es aquí donde se ha desarrollado ampliamente la legislación colombiana reconociendo la participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud y la complementariedad del sistema propio de salud de los pueblos indígenas al sistema nacional de salud, así como adecuación cultural de servicios de salud; y, autonomía de recursos en salud.

Chile: Matriz de garantías legales y criterios cualitativos en materia de salud(BID)

Indicadores de calidad legislativa indígena en salud

Criterios cualitativos	Acceso y gratuidad. 1.Legislación especial 2. Acceso preferencial.	Prácticas Tradicionales. 1. Legalización especial de la salud. 2. Legalización de Prácticas y/o conocimientos, médicos tradicionales. y 3. Legalización de: medicinas; minerales, animales y herbolaria.	Participación y autonomía. 1. Participación indígena en manejo/promoción del sistema de salud. 2. Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud. 3. Adecuación cultural de servicios de salud; y 4. Autonomía en recursos de salud.
----- -			
Garantías Legales			
Constitución			
Legislación Especial			
Legislación en salud	Art. 4 Ley 19.937: LEY AUTORIDAD SANITARIA: El Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: N° 16 Formular políticas que permitan incorporar		Art. 21 del REGLAMENTO ORGÁNICO DEL MINISTERIO DE SALUD: establece entre las funciones del Ministerio de Salud: formular

	<p>un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.</p> <p>NORMA 16 SOBRE INTERCULTURALIDAD.-</p> <p>3.- Los Servicios de Salud y las SEREMIs de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio jurisdiccional.</p> <p>-Reglamento para el ejercicio de las practicas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan:</p> <p>Art. 2°.- La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento.</p>		<p>políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.</p> <p>Art. 8 del REGLAMENTO ORGÁNICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. e) facultades del Director del Servicio, quien deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud</p> <p>- Decreto. que crea el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas PESPI (2000) y asegura su</p>
--	--	--	---

			financiamiento.
--	--	--	-----------------

Chile es uno de los países en que no existe reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas a pesar de que se encuentra ratificado el Convenio 169. Se encuentra en el parlamento un proyecto de reconocimiento constitucional que se encuentra en consulta con los pueblos indígenas.

Sin embargo, a pesar de esta falencia legislativa de orden constitucional, de igual manera se ha desarrollado una Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006), Un Programa específico de Salud y Pueblos Indígenas en la Red de Servicios Asistenciales y una legislación orientada al desarrollo de la intercultural en salud. La Ley de Autoridad Sanitaria, el Reglamento del Ministerio de Salud, el Reglamento de los Servicios de Salud y una Norma Técnica señalan el marco jurídico sectorial y los contenidos específicos de la interculturalidad en los Servicios de Salud.

La falta de normas especiales y sectoriales que especifiquen el reconocimiento legal de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas no ha impedido que dicho reconocimiento en la práctica ocurra. La creación por Decreto del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas PESPI, que hoy opera en 25 de los 29 Servicios de Salud del país es uno de los mecanismos que ha permitido avanzar en los procesos de interculturalidad y en el fortalecimiento de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas. Ello conjuntamente con las normas ya señaladas constituyen instrumentos que fundamentan el proyecto de Reconocimiento de los Sistemas Culturales de salud de los pueblos indígenas.

La reciente ratificación del Convenio 169, (2008), ha significado en el sector salud un marco de orientación y referencia en cuanto a como avanzar progresivamente en el reconocimiento de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas y como ir armonizando las normas nacionales con los parámetros del Convenio.

6. Conclusiones

Tanto lo señalado en el marco conceptual de este texto y lo descrito en la matriz que cruza los indicadores o criterios cualitativos establecidos por el BID, cruzados con las legislaciones de los países miembros del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, como lo señalado por los anteriores consultores, nos muestra que no existe una relación lineal de causa efecto entre la existencia de un reconocimiento constitucional de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas y un correlato en las legislaciones de salud.

Tampoco los avances en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena, se relacionan necesariamente con la ratificación del Convenio 169, aunque es innegable y considerable su influencia. En este sentido la relación que existe entre prácticas y legislaciones es de carácter bidireccional retro alimentándose una de otra.

Por otra parte, el desarrollo desigual de las legislaciones, se refleja en las diferencias normativas entre los países, así como en los énfasis con los que ha avanzado cada país; ello producto de las características propias de los ordenamientos jurídicos de cada país o de su realidad político social, ya sea esta la realidad general del país, o la realidad propia de los pueblos indígenas: cantidad, organización, vitalidad de sus sistemas culturales de salud y otros.

Existe una dispersión normativa relativa al derecho a los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas en las legislaciones nacionales, por encontrarse algunos de los componentes de estos sistemas sometidos a competencias administrativas distintas. Algunas de estas legislaciones incluso coexisten con otras que pueden atentar contra los derechos de los pueblos indígenas en esta materia. El ejemplo más claro son las leyes de reconocimiento de su derecho a sus propios sistemas de salud o a alguno de sus componentes, coexistiendo con leyes penales que criminalizan el ejercicio de dicha medicina, o legislaciones sobre recursos naturales, sobre la propiedad de tierras y aguas, que impiden el desarrollo de estos pueblos y por tanto de sus sistemas de salud.

El problema de la regulación que reconoce pero no establece control por parte de las legislaciones, puede constituir un peligro para el reconocimiento y el desarrollo propio y bajo control de los propios pueblos de sus propios sistemas de salud o de alguno de sus componentes. Este tipo de regulación atenta contra los derechos de autonomía, reconocimiento e integridad cultural señalados en las normas internacionales específicas de los pueblos indígenas. Este enfoque hace que el reconocimiento mismo se establezca en función de la integración/asimilación.

Esto es posible cuando no se ha considerado un elemento sustancial de los derechos colectivos de los pueblos indígenas que es la participación. Establecida como eje transversal del Convenio 169 y de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas. Ello involucra no solo a los Estados sino también a los organismos internacionales y es uno de los aspectos que debe operacionalizarse. Ello permitirá avanzar en torno a relaciones más igualitarias con los pueblos indígenas y es la garantía de avanzar en estas materias no para los pueblos indígenas sino con ellos.

El desarrollo de la participación debe abrirse a “diálogos culturales”, sobre la base del respeto y valoración, en que se reconoce como “legítimo” el conocimiento del otro, el que se valida en su propio sistema. Implicando darle cabida al otro, darle existencia en un mundo conceptual y material que conoce pero que no valora en toda su dignidad. Por ello el concepto es reconocer y los procesos de reconocimiento tanto legales como sociales y culturales implican hoy procesos de visibilización y aceptación de las diferencias y complementariedad, más que de integración.

Los reconocimientos a los pueblos indígenas y a sus propios sistemas de salud o a algunos de sus componentes, han ido gradualmente desarrollándose, sobre

todo en las normas programáticas de algunas constituciones. Estos reconocimientos desde las normas constitucionales, no necesariamente se traducen en legislaciones, acciones, políticas interculturales, pluriétnicas o plurinacionales y pluriculturales. Por ello uno de los desafíos de los países es transformar estas normas en legislaciones, políticas públicas y programas que hagan operativos estos derechos.

Reafirmar los contenidos del Convenio 169 en el sentido de reconocer desde un paradigma de respeto y resguardo de la integralidad de la cultura de los pueblos indígenas.

Otra de las dificultades para el análisis de la información es la complejidad y desconocimiento de las modificaciones, cuestión que ha ocurrido a lo menos con tres constituciones andinas en menos de cinco años, lo que implica luego adecuaciones en las diversas legislaciones. También que el conocimiento exhaustivo de las legislaciones en que se encuentran dispersas materias referentes a los propios sistemas de salud de los pueblos indígenas o e algunos de sus componentes es muy complejo y eso dificulta su conocimiento, sobre todo a los propios pueblos indígenas. De hecho el Índice legislativo del BID no se encuentra actualizado y a la fecha de su elaboración no contaba con toda la información legislativa del tema.

Sin embargo, lo más relevante es que progresivamente los Estados van dando cuenta de su carácter pluricultural y ello plasmándose en las normas. El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue presenta una enorme oportunidad en cuanto a poder dar seguimiento legislativo, conceptual y práctico a los procesos de desarrollo del derecho a las salud de los pueblos indígenas.

7. Orientaciones

Estamos ante una de las nuevas materias sobre las que los Estados de la subregión andina deben legislar, de acuerdo a la incorporación que han hecho en su ordenamiento jurídico interno de las normas internacionales de derechos de los pueblos indígenas. Este nuevo derecho, en proceso aún de construcción requiere, para avanzar, situarse en el contexto en el que se encuentran y desarrollan las realidades que expresa, pero sin abandonar la mirada sobre el horizonte en el que debe desplegarse. Uno de los aspectos hoy cruciales, es la búsqueda de armonización entre prácticas, conceptos y normas. Proceso necesario de abordar para realizar las adecuaciones normativas, que la implementación de los derechos consignados en las normas internacionales de los pueblos indígenas obliga a los Estados.

Otro aspecto de este derecho es que la realidad sobre la que se construye se va mostrando a medida que se van profundizando los procesos interculturales en salud. Así, tiene las dificultades de lo nuevo, de la construcción sobre la

marcha y de que muchos de estos aprendizajes serán sobre la base de equivocaciones.

Las siguientes orientaciones si bien son bastante pragmáticas, se fundamentan en los principios y normas del derecho internacional de los derechos de los pueblos indígenas y en el análisis y reflexiones de este documento. Desde allí se propone la posibilidad de avanzar al menos, en las siguientes propuestas:

1.- Adecuar las normas nacionales a los estándares internacionales sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, dándole contenido con la realidad particular de los pueblos andinos que habitan en los estados miembros del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

2.- Establecer de conformidad a lo señalado en los instrumentos jurídicos sobre pueblos indígenas, mecanismos de participación indígena para abordar los contenidos y formas de las legislaciones, conceptos y prácticas que van desarrollándose y que deben armonizarse.

3.- Concertar con los pueblos indígenas el significado de las palabras que usan los Estados para legislar y construir las políticas públicas en la materia.

4. Investigar el carácter sistémico que tiene la medicina tradicional indígena y poner atención de que al desagregar sus componentes se puede perder de vista la integridad cultural de los pueblos indígenas en los nuevos contextos en que estos se desenvuelven hoy en día, lo que podría colocar en riesgos dichos sistemas. Ello desde la perspectiva legislativa implica distinguir una integración complementaria de una asimilacionista.

5.- Proponer a los Estados avanzar en medidas legislativas para salvaguardar los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas que estén en peligro.

6.- Consensuar con los pueblos indígenas los aspectos que constituyen sus derechos en materia de salud y pueblos indígenas y que por otra parte obligan a los Estados.

7.- Delimitar el ámbito de la autonomía de los pueblos indígenas en materia de salud tradicional y el ámbito de intersección con los sistemas nacionales de salud.

8.- Armonizar las legislaciones sectoriales en concordancia con los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud.

9.- Construir con los Pueblos Indígenas indicadores legislativos que permitan orientar el desarrollo legislativo de los países del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, así como monitorear y evaluar este proceso. Esto podría darse a través de un seminario que convoque a pueblos indígenas, juristas, médicos, académicos, médicos tradicionales, autoridades tradicionales y/o representativas de los pueblos indígenas, representantes de los Estados y de organismos internacionales.

10.- Establecer una línea de trabajo en la materia, que vaya dando seguimiento a los procesos legislativos, monitoreando y evaluando estos procesos.

11.- Desarrollar una pagina Web, que permita ir ordenando la información en materia de leyes, conceptos y prácticas, que incorpore un mecanismo de búsqueda de información, que incluya lo hasta ahora recabado por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Que pueda incorporar de manera sistemática los nuevos procesos, con la finalidad que dicha información sea un aporte a los países en el desarrollo legislativo, conceptual y práctico, que sea adecuado a los estándares internacionales que protegen la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud de los países andinos.

8. Referencias Bibliográficas.

Bobbio, Norberto. (1997) Teoría General del derecho. 2ª Edición. Ed. Temis S.A. Santa Fe de Bogotá. Colombia.

Luca Citarella y otros. (2000). Medicinas y culturas en la Araucanía. (2ª Edición ed.). Chile : Editorial Sudamericana.

Ministerio del Interior. Los Pueblos Indígenas en el País y en América” Serie Retos de la Nación Diversa. Colombia: Dirección General de Asuntos Indígenas, 1988.

Cavieres, Yénive. La experiencia Internacional en Materia de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena. Estudio de derecho comparado en países de América. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 2006.

Cavieres, Yénive. Salud y derechos de los Pueblos Indígenas en Chile. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, de la OIT. (pág. 26). Santiago. Ministerio de Salud de Chile, 2010.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 29 (1948).

Fernández, G. Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito, Ecuador. : Abya-Yala .

ONU, Los pueblos indígenas y los indicadores de bienestar y desarrollo. Informe preliminar. VII Sesión del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, Nueva York, (2008).

Nota descriptiva nº 1: Identidad y Pueblos Indígenas. V Sesión del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas.

Huaita, Marcela. Propuesta de orientaciones para el desarrollo de marcos jurídicos que protegen y promueven la articulación de la medicina tradicional con los sistemas de salud de los países andinos. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Mayo, 2010.

Palacios, G. Pluralismo Jurídico El desafío al derecho oficial (1ª ed.). Santa Fe de Bogotá, Colombia, Empresa Editorial Universidad Nacional .

Ríos, Mario. “Análisis de los Marcos Jurídicos que protegen la Incorporación de la medicina Tradicional en los Sistemas de Salud de los Países Andinos”. Informe Final de Consultoría ORAS-CONHU. Marzo, 2009.

Rocio Rojas y Nur Shuaqair. Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS OMS. Washington, D.C., 1998.

Rocío Rojas, Nur Shuqair. Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas Estudios de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras , Washington, 1998.

Salgado, J. M. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas (comentado y anotado). . Mendoza: Universidad Nacional de Comahue, 2006.

Santos, B. D. Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social . Encuentros en Buenos Aires. Buenos Aires, CLACSO Libros, 2006