

## **ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL**

Que en el marco del I Seminario Internacional de Salud Intercultural, organizado por el Ministerio de Salud de Perú y el Proyecto AMARES de la Comisión Europea, realizado los días 15 y 16 de julio de 2005 en la ciudad de Huamanga, Departamento de Ayacucho, Perú, para dar respuesta a las recomendaciones de los Ministros de Salud y de la Protección Social emitida durante la REMSAA XXVI llevada a cabo los días 30 y 31 de marzo del 2005 en la ciudad de Santiago de Chile, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue solicitó a los países la designación de puntos focales responsables de las acciones de interculturalidad de cada Ministerio de Salud y Protección Social.

Que con fecha 17 de noviembre de 2005, en presencia de las autoridades del Ministerio de Salud del Perú y con apoyo del Proyecto AMARES, se llevó a cabo la primera reunión de los puntos focales designados por los Ministros, donde se constituyó la Comisión Andina de Salud Intercultural, conformada por el Lic. Marcos Paz Ballivián por Bolivia, Dra. Belkis Izquierdo Torres por Colombia, Lic. Margarita Sáez Salgado por Chile, Dr. Germán Ochoa Dávila por Ecuador, Dr. Oswaldo Salaverry García por Perú y Dra. Noly Coromoto Fernández Hernández por Venezuela.

Que la Comisión como primera actividad identificó los problemas que limitan el desarrollo de la interculturalidad en salud, los que en orden prioritario son:

1. La interculturalidad en salud no se encuentra en la agenda política de los países o no se la operativiza.
2. Existe dispersión normativa y escasa coherencia entre el discurso político, el marco legal y su respectiva aplicación y financiamiento.
3. Poca participación y representatividad de las organizaciones indígenas en la definición y ejecución de políticas.
4. Ausencia de información desagregada sobre la situación de salud de los pueblos indígenas.
5. Debilidad institucional para definir y ejecutar políticas de salud intercultural.
6. Limitado e inadecuado financiamiento para abordar la problemática de salud intercultural.
7. Escasa valoración institucional de los saberes y prácticas de los sistemas indígenas de salud.
8. Ausencia o débil presencia de la interculturalidad en salud, en la currícula y planes de estudio en todos los niveles educativos, especialmente del nivel superior.

Acordándose:

1. Solicitar a los Ministros de Salud y Protección Social el reconocimiento de la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural.
2. Instar a los países la definición de políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud.
3. Avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque de interculturalidad en salud.
4. Promover el desarrollo de recursos humanos con competencias en salud intelectual.
5. Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud.
6. Incluir en los sistemas de información variables que permitan conocer la situación de salud de los pueblos indígenas.

7. Crear un sistema de información y seguimiento sobre salud intercultural de los países andinos.

La Comisión Andina de Interculturalidad en Salud acuerda que la presidencia de esta Comisión recaiga en el punto focal de Perú por el periodo de un año a partir de la fecha.

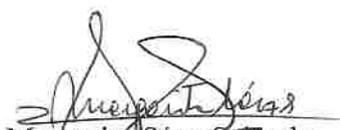
La presente Acta fue firmada en la ciudad de Lima, Perú, el día 19 de noviembre de 2005.



Marcos Paz Ballivián  
Ministerio de Salud y Deportes  
Bolivia



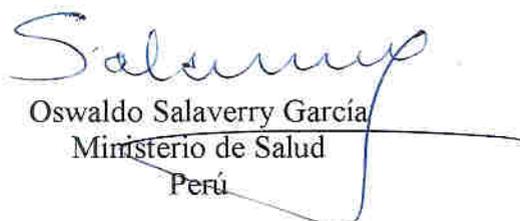
Belkis Izquierdo Torres  
Ministerio de Protección Social  
Colombia



Margarita Sáez Salgado  
Ministerio de Salud  
Chile



Germán Ochoa Dávila  
Ministerio de Salud Pública  
Ecuador



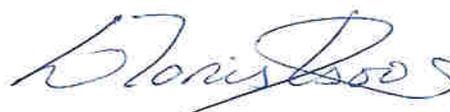
Oswaldo Salaverry García  
Ministerio de Salud  
Perú



Noly Fernández Hernández  
Ministerio de Salud  
Venezuela



Cáliz Vila Baldó  
Proyecto AMARES



Gloria Lagos Eyzaguirre  
Organismo Andino de Salud-Convenio  
Hipólito Unanue