

Esther Jean Langdon
Marina D. Cardoso
organização

SAÚDE INDÍGENA

Políticas comparadas na
América Latina



SAÚDE INDÍGENA:
políticas comparadas
na América Latina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora

Roselane Neckel

Vice-Reitora

Lúcia Helena Martins Pacheco

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

Fábio Lopes da Silva

Conselho Editorial

Fábio Lopes da Silva (Presidente)

Ana Lice Brancher

Andréa Vieira Zanella

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Effting

COMITÊ EDITORIAL DA COLEÇÃO BRASIL PLURAL

Sônia Weidner Maluf (Coordenadora da Coleção)

Alicia Norma González de Castells

Márcia Grisotti

Márcio Teixeira-Pinto

COMITÊ GESTOR DO INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA BRASIL PLURAL

Esther Jean Langdon (UFSC – Coordenadora)

Sônia Weidner Maluf (UFSC – Coordenadora Executiva)

Deise Lucy Montardo (UFAM – Coordenadora no Amazonas)

Eliana Diehl (UFSC)

Márcia Regina Calderipe Farias Rufino (UFAM)

Sidney Antonio da Silva (UFAM)

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fones: (48) 3721-9408, 3721-9605 e 3721-9686

editora@editora.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Esther Jean Langdon
Marina D. Cardoso
Organização

SAÚDE INDÍGENA:
políticas comparadas
na América Latina

© 2015 dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Capa e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Júlio César Ramos

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

S255 Saúde indígena : políticas comparadas na América Latina / organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

310 p. : il., tabs., mapas.

Inclui bibliografia.

1. Saúde pública – índios – América Latina. 2. Saúde e raças – Aspectos antropológicos. 3. Índios – Usos e costumes. I. Langdon, Esther Jean. II. Cardoso, Marina D.

CDU: 39(=87:7/8=6)

ISBN 978-85-328-0735-9



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

br.creativecommons.org

Sumário

Lista de figuras, quadros e tabelas 7

Apresentação 9

Bela Feldman-Bianco

Introdução..... 11

Esther Jean Langdon

Marina D. Cardoso

Parte I

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE INDÍGENA NA AMÉRICA LATINA

Capítulo 1

Salud para los pueblos indígenas en México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio..... 33

Jesús Armando Haro Encinas

Ramón Martínez Coria

Capítulo 2

Políticas de salud indígena en Venezuela (con un comentario sobre la participación y el contexto) 61

Germán Freire

Capítulo 3

Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política 83

Marina D. Cardoso

Capítulo 4

Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil 107

Luiza Garnelo

Aldemir Maquiné

Capítulo 5

Epístemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia 145

Hugo Portela Guarín

Capítulo 6

Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva..... 169

Silvia Hirsch

Parte II

DISCURSOS DE ESTADO E DISCURSOS INDÍGENAS: SOBRE A NOÇÃO DE “SAÚDE INTERCULTURAL” E PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NA AMÉRICA LATINA

Capítulo 7

La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización 195

Guillaume Boccara

Capítulo 8

Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras..... 217

Luciane Ouriques Ferreira

Capítulo 9

Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográfica..... 247

Carolina Remorini

María Laura Palermo

Capítulo 10

Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela 279

José Antonio Kelly Luciani

Sobre os autores..... 307

Lista de figuras, quadros e tabelas

Lista de figuras

Figura 2.1 – Inmunizaciones, DPT (% de niños con edades entre 12 y 23 meses)	64
Figura 2.2 – Casos reportados de malaria entre 1982 y 1997	65
Figura 2.3 – Mortalidad infantil por región, 2010, mostrando estados con mayor proporción de población indígena	67
Figura 2.4 – Estructura de la red de salud indígena en territorios indígenas....	71
Figura 3.1 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil	87
Figura 3.2 – Modelo assistencial para as populações indígenas no Brasil.....	88
Figura 3.3 – Organograma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	89
Figura 4.1 – Evolução do crescimento dos recursos autorizados e liquidados para saúde indígena no Programa 0150 – 2004 a 2011.....	111
Figura 4.2 – Evolução do orçamento da saúde indígena no Programa 0150.....	114
Figura 4.3 – Evolução do orçamento da saúde indígena, por programa – 2004 a 2011	114
Figura 4.4 – Organograma do Ministério da Saúde.....	116
Figura 4.5 – Organograma do DSEI.....	122
Figura 9.1 – Mapa das comunidades Mbya Guaraní de la Provincia de Misiones (Argentina).....	253
Figura 9.2 – Mapa da Provincia de Salta (Argentina)	263
Figura 9.3 – Mapa dos Valles Calchaquíes (Provincia de Salta). Localidades del Departamento de Molinos.....	264
Figura 9.4 – Mapa dos pueblos indígenas da Provincia de Salta	266
Figura 9.5 – Afiches. Programa “Techaï Mbya” (Salud Mbya) del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (2010)	271

Lista de quadros

Quadro 4.1 – Demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Secretaria Especial de Saúde Indígena.....	119
Quadro 4.2 – Demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	121
Quadro 4.3 – Necessidade de Pessoal para Ordenação de Despesa em DSEI	126
Quadro 4.4 – Necessidade e disponibilidade de pessoal para efetivação de uma UG	128
Quadro 5.1 – Espíritus genésicos y poderes de la naturaleza en los tres mundos del pensamiento andino: Nasas, Guambianos, Yanaconas, Coconucos.....	155
Quadro 5.2 – Actividades o situaciones que se acompañan de rituales, según comunidades, para evitar la pérdida de bienestar.....	159

Tabela

Tabela 4.1 – Evolução geral do orçamento da saúde indígena – Programa 0150, 2002 a 2011	113
---	-----

Apresentação

Tenho o maior prazer de oferecer *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina* à comunidade antropológica e ao público em geral. Organizada por Esther Jean Langdon e Marina D. Cardoso, esta coleção de textos apresenta um panorama crítico e comparativo sobre os avanços e paradoxos provocados pelas atuais inter-relações entre as políticas públicas de saúde e as de reconhecimento dos direitos indígenas na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela. Seus autores aceitaram o desafio de discernir as estratégias diferenciadas de implementação de políticas indigenistas de saúde e simultaneamente os corolários institucionais e retóricos subjacentes às ações políticas que enfatizam a interculturalidade. Calcadas em experiências de pesquisas qualitativas realizadas ao nível da localidade, essas análises críticas sobre as políticas e práticas direcionadas à saúde indígena contribuem, em seu conjunto, para o entendimento das distintas legislações nacionais de seis países latino-americanos sobre o estatuto desses povos, em sua maioria elaboradas no contexto de processos de redemocratização e mudanças constitucionais que ocorreram no continente sul-americano nas décadas de 1980 e 1990. Ao desconstruírem com perspicácia os discursos e práticas estatais, as análises expõem dramáticas similaridades nas contradições existentes nesses países entre a formulação de políticas e a precária assistência à saúde prestada às populações indígenas, trazendo à tona as continuadas desigualdades políticas, econômicas e sociais, assim como persistentes preconceitos marcados por desentendimentos culturais.

A ABA, enquanto sociedade científica, tem historicamente promovido discussões, reflexões e ações políticas sobre temáticas que estão na ordem do dia. Com esse intuito, no biênio 2011-2012, sob a chancela “Desafios Antropológicos no Século XXI”, procuramos mapear e

confrontar, através de análises críticas e propositivas, os dilemas, desafios e perspectivas que ocorrem no contexto de processos de expansão e transformação da antropologia no Brasil – seja quanto às reconfigurações da antropologia como disciplina acadêmica *per se*; às relações entre essas transformações e as políticas científicas; seja ainda quanto aos elos entre a formação de antropólogos e o mercado de trabalho, assim como entre a pesquisa antropológica e a ação política e, daí, à “política da antropologia”, particularmente no que concerne ao papel dos antropólogos e antropólogas na intermediação com as políticas públicas.

As políticas de saúde dirigidas às populações indígenas constituem tema de atenção especial de nossa plataforma de gestão e inclusive foco de dois simpósios que resultaram na presente coletânea, o primeiro dos quais realizado em 2011, no âmbito da IX Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM) em Curitiba, e o segundo, em 2012, na XXVIII Reunião Brasileira de Antropologia (RBA) em São Paulo. Ao sumarizarem a imanente precariedade do atendimento de saúde aos povos indígenas nos diversos contextos etnográficos focalizados, Esther Jean Langdon e Marina D. Cardoso listam os paradoxos, dilemas e desafios para a implementação de novas políticas indigenistas de saúde, representados por sua descentralização ou centralização excessiva, por ações fragmentárias, intermitência na formação de profissionais e sua alta rotatividade e, acima de tudo, pela falta de infraestrutura básica, incerteza institucional e descontinuidade nos programas e serviços a serem prestados. Concluem que, se houve, do ponto de vista jurídico, a consolidação de políticas de reconhecimento e visibilidade da questão indígena, esse reconhecimento deixou de ser traduzido em políticas de saúde diferenciadas dirigidas a essas populações. A noção de interculturalidade foi, isso sim, incorporada às retóricas estatais, baseadas na diferença cultural, que mascaram as existentes relações de poder e as desigualdades sociais.

Como esta coleção de textos sugere, a fim de superar os dilemas expostos, estamos confrontando o desafio de contribuir com subsídios antropológicos para o desenho de políticas públicas em saúde indígena, cuja elaboração deve necessariamente contar com a participação de representantes indígenas, assim como levar em consideração a diversidade de seus saberes e práticas.

Bela Feldman-Bianco

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Presidente da Associação Brasileira de Antropologia (biênio 2011-2012)

Introdução

Esther Jean Langdon
Marina D. Cardoso

Dois eventos, em 2011 e 2012, reuniram antropólogos sul-americanos para discutir, em perspectiva comparativa, as políticas de saúde dirigidas para as populações indígenas. Procuraram realizar uma discussão crítica sobre a formulação e práxis dessas políticas em contextos nacionais e etnográficos distintos, ao expor as contradições e os desafios que trazem para as próprias formas de representação indígena, assim como seus efeitos no âmbito da inclusão dessas populações nos programas estatais de atenção à saúde. Os dois eventos foram realizados, respectivamente, no âmbito da IX Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM)¹ em Curitiba e da XXVIII Reunião Brasileira de Antropologia (RBA) em São Paulo,² patrocinados pela então diretoria da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e pelo Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural (IBP). Antropólogos de seis países da América Latina foram convidados: Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, México e Venezuela. Mesmo que o convidado do México não tenha podido comparecer, incluímos um texto sobre a saúde indígena nesse país nesta coletânea, dado não só a significância da sua população indígena, mas também a sua importância no desenvolvimento do indigenismo na América Latina (VERDUM, 2010).

¹ Mesa-redonda “Políticas Comparadas em Saúde Indígena na América Latina”.

² Simpósio especial “Políticas Comparadas em Saúde Indígena na América Latina”.

Embora nem todos os participantes se identifiquem como especialistas em antropologia da saúde, todos têm experiência em saúde indígena, ora como pesquisadores, ora como agentes de intervenção; três dos autores têm formação em medicina. Todos também compartilham a perspectiva de que os métodos etnográficos e a pesquisa qualitativa são inerentes à construção da antropologia participativa e crítica tal como defendida por Menéndez (2012). Vários se encontraram anteriormente em outros eventos e conferências; alguns colaboram há anos para o fortalecimento das redes entre antropólogos do Sul e para o desenvolvimento do indigenismo comparado (RAMOS, 2012; SILVA, 2012). Por essa razão também optamos por deixar os textos nas línguas originais em que foram escritos (português e espanhol), permitindo sua maior difusão e colaborando para a continuidade desse debate na América Latina, para o qual a publicação desta coletânea vem dar uma contribuição precursora ao preencher uma lacuna importante na literatura comparativa.

O intuito da organização dos eventos, assim como desta coletânea, foi a percepção que os países da América Latina têm procurado definir, legal e institucionalmente, políticas públicas de reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, em consonância com diretrizes e convenções internacionais sobre esses direitos, tais como a aprovação da “Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas” pela ONU em 2007, que ratifica o Convênio 169, firmado pela OIT em 1987 sobre “Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes”. Considerando, no entanto, as diferenças entre os países, incluindo as composições de seus movimentos étnico-indígenas, os dispositivos legais e as culturas burocráticas e operacionais na execução das políticas públicas, procurou-se examinar as especificidades dessas políticas focando, particularmente, a saúde indígena. Os modelos e as políticas de atenção à saúde indígena fornecem bases para essa reflexão, dado que simultaneamente procuram seguir uma lógica extensiva de universalização e normatização inclusiva dos procedimentos em saúde, operando, entretanto, em contextos institucionais particularizados, quer em relação à formulação dessas políticas no âmbito de ações estatais diferenciadas, quer em relação à própria situação e composição das populações indígenas locais.

Junto com o desafio da implementação de novas políticas indigenistas em saúde, a situação sanitária dos povos indígenas em todos esses países exige também uma solução urgente. Em termos numéricos, esses países exibem diferenças significativas, tanto na proporção de indígenas em relação à população nacional total quanto

em relação à diversidade étnica. O Chile conta com a porcentagem mais alta de indígenas dos países em discussão, com 9,7% da população sendo classificada como tal. Destes, 84,63% são Mapuche (INE, 2012, p. 10). No México, oficialmente, aproximadamente 7% da população mexicana é considerada indígena, tendo como base a autoidentificação como “falante de língua nativa”. Porém, Haro Encinas e Martínez Coria (nesta coletânea) argumentam que deve chegar até 15% ou mais, pois essa porcentagem se ampliaria também para as pessoas que não falam línguas indígenas, mas que moram em lares ou comunidades indígenas. A Argentina conta com 4 a 5% da população total como indígena (REMORINI; PALERMO, nesta coletânea). Aproximadamente entre 2 e 4% da população da Colômbia é indígena, representando mais que 88 grupos e 64 línguas distintos (JIMENO, 2012, p. 59). A Venezuela tem entre 2 e 3% da população total, com 44 grupos reconhecidos (MANSUR, 2011). O Brasil, país com o maior número de grupos indígenas (mais que 200), tem a menor proporção da população que se autoidentifica como indígena (aproximadamente 0,4%).

Não obstante o tamanho da população e com base em dados epidemiológicos incompletos, todos esses países apresentam taxas que apontam para uma situação de saúde pior para os povos indígenas em comparação com aquelas da sociedade envolvente. O que há de comum nesse cenário entre os distintos países são as altas taxas de doenças endêmicas, carenciais e crônicas, refletindo as violências estruturais que impactam nas suas vidas tal como observado, em outro contexto, por Farmer (1999). Em todos esses países, os indígenas sofrem de taxas mais altas de desnutrição, mortalidade infantil, abuso de substâncias, suicídio e outras. Problemas de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, refletem profundas mudanças ambientais, territoriais e de estratégias de subsistência. A situação sanitária dos povos indígenas reflete também processos históricos comuns de subordinação política, exploração econômica, discriminação social, posição de marginalidade e a inadequação do atendimento em saúde.

As soluções propostas por esses países têm sido diversas, tanto na criação de dispositivos legais que fundamentam os programas nos níveis nacionais e locais, quanto em relação aos recursos financeiros, distribuição de competências e formas de execução das políticas em saúde indígena. Não obstante, a saúde primária tem sido o palco central em todos esses países para a discussão sobre a cobertura básica universal com ênfase na qualidade dos serviços em contextos pluriétnicos. Para esse fim, novos papéis nas equipes de saúde foram criados, tais como

o de “agente indígena de saúde ou de saneamento”, “agente sanitário”, “promotor indígena de saúde” ou “facilitador intercultural”. Esses novos papéis são definidos como uma solução para a ampliação dos serviços de saúde seguindo as diretrizes da Declaração da Alma-Ata (WHO, 1978), assim como para a legitimação dos papéis de mediadores entre a cultura indígena e as equipes de saúde. Na maior parte dos países, as tentativas de desenhar políticas visando à participação e à autonomia indígena na gestão e na execução das ações em saúde vêm sendo debatidas sob a bandeira da “saúde intercultural” e em uma oposição entre a medicina tradicional (indígena) e a biomedicina (CUIYUL SOTO, 2013; MENÉNDEZ, 2006). No Brasil, procurou-se atender à diversidade cultural e articular os serviços e as ações em saúde com a medicina tradicional indígena por meio da formulação da noção de “atenção diferenciada” (BRASIL, 2002).

Em 2007, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2007) publicou uma análise global de 16 países da região dos avanços nas políticas públicas e programas de saúde dirigidos aos povos indígenas. Os seis países incluídos nesta coletânea implementaram legislação específica sobre saúde indígena (CEPAL, 2007, p. 248), e todos, menos o México, criaram programas nacionais para a atenção em saúde indígena. Apesar da sua relevância e utilidade, a avaliação da CEPAL é bastante geral, por ser baseada em estudos dos dispositivos legais e inquéritos realizados nos níveis nacionais. Não revela as limitações, contradições e paradoxos desses programas na sua operacionalidade e no grau de participação das comunidades indígenas, tanto na sua capacidade de projetar serviços de saúde para contextos multiculturais como na resolubilidade dos problemas locais. Os estudos apresentados aqui não têm a mesma abrangência que a avaliação global realizada pela CEPAL; entretanto, por serem baseados em contextos locais e em experiências com pesquisas qualitativas, permitem mostrar claramente os avanços e os paradoxos do que as generalizações de uma avaliação global. Adicionalmente, como Remorini e Palermo argumentam no texto que prepararam para esta coletânea, a metodologia qualitativa, no nível da microescala, permite dar conta da heterogeneidade dentro de cada sociedade, além de abordar os processos de saúde-doença-atenção sob a perspectiva dos atores sociais no âmbito da complexidade dos processos locais, o que é difícil de reduzir a variáveis quantificáveis e universais.

Para efeitos de publicação, alocamos as diversas contribuições dos autores em duas partes: uma que trata mais genericamente de

expor as políticas nacionais desenvolvidas em países como México, Venezuela, Colômbia, Argentina e Brasil, e uma segunda parte que trata mais especificamente da discussão, nesses países, assim como também no Chile, da noção de “interculturalidade”. O desafio aqui seria o de mostrar simultaneamente as estratégias diferenciadas de implantação da política indigenista de saúde nesses países, assim como seus corolários institucionais e retóricos de atuação política, representados pelo signo da “interculturalidade”.

O artigo sobre o México, elaborado por Haro Encinas e Martínez Coria, abre nossa discussão com uma resenha global detalhando a situação epidemiológica das populações indígenas, sua identidade ambígua, a história da política indigenista e o impacto dos programas orientados especificamente para a população rural e/ou indígena. Mesmo que os indígenas representem a maior porcentagem da população nacional em comparação com as taxas dos outros países aqui abordados, sua condição sanitária precária espelha uma situação similar. O estado de saúde e a expectativa de vida são piores entre os indígenas; as taxas de mortalidade infantil são bem mais altas; eles sofrem de doenças transicionais diante das mudanças socioeconômicas e ambientais; a cobertura de atenção em saúde continua fragmentada e o gozo pleno dos direitos garantidos pelas reformas constitucionais e os resultados das novas políticas indigenistas são contraditórios.

Originalmente baseada na ideologia de integração nacional como consequência da revolução mexicana, a política indigenista do México segue, atualmente, os documentos internacionais sobre direitos humanos, com reformas na constituição e programas orientados especificamente pela noção de interculturalidade. Porém, como argumentado pelos autores, a política de saúde indígena esbarra com o projeto neoliberal do país, revelando ambiguidades e paradoxos sobre a defesa dos direitos indígenas e seus territórios. A discriminação e a pobreza continuam dominando, resultando em uma migração significativa. Diferentemente do caso do Chile, onde o destino são os centros urbanos do país, no México a migração gera milhares de trabalhadores indo para os Estados Unidos, local onde continuam com as piores condições de saúde e sem serviços médicos.

De acordo com os autores, os serviços em saúde para as comunidades indígenas têm sido expandidos no país, mas são heterogêneos e fragmentados. O “Programa Oportunidades”, atualmente, oferece um pacote de serviços para as comunidades rurais. Semelhante ao “Programa Saúde da Família” no Brasil, trata da intervenção ao

nível familiar, apoiando as estratégias de subsistência, subsídios nutricionais para crianças e mulheres grávidas ou lactantes e outros. Em contrapartida, as famílias participantes são obrigadas a matricular as crianças na escola, assistir a oficinas de educação e realizar consultas de medicina preventiva. Finalmente, devido à falta de cobertura universal, praticantes tradicionais, de várias especialidades, às vezes são os únicos recursos acessíveis, além de atender a uma variedade de enfermidades não reconhecidas pelos profissionais de saúde. Desde o fim da década de 1970, o México vem estabelecendo programas de medicina tradicional e hospitais mistos, mas os autores desse texto avaliam que esses programas ainda são marginais, isolados e, em parte, sem continuidade, o que também é refletido em outros textos desta coletânea.

O caso da Venezuela é apresentado aqui por meio de dois artigos. O primeiro, de Germán Freire, trata da experiência dele como coordenador de investigação da “Direção de Saúde Indígena” entre 2005 e 2010. Na Venezuela, a Revolução Bolivariana de 1999 e o *boom* da indústria petroleira foram importantes na instituição da “Direção de Saúde Indígena” (DSI), filiada ao Ministério da Saúde e responsável pelos serviços de atenção à saúde para as comunidades indígenas. Freire mostra como, no período entre 2004 e 2010, a Venezuela teve um avanço significativo nos serviços de saúde dirigidos às populações indígenas locais, devido tanto aos recursos da indústria petroleira quanto do protagonismo de jovens profissionais indígenas ativos na aplicação das políticas públicas no governo. O sistema de saúde, que, previamente, se estruturou como um modelo urbano, centrado no hospital, foi expandido para as populações indígenas no âmbito rural, com o aumento de contratações em todos os níveis de atenção. O DSI implantou o programa de “Serviços de Atenção e Orientação ao Indígena” (SAOI), com facilitadores interculturais bilíngues para acompanhar os indígenas nos serviços hospitalares. Também implementou os planos de saúde especiais, direcionados para cobrir as deficiências nas zonas mais desamparadas pelo Sistema Nacional de Saúde. O primeiro foi o “Plano de Saúde Yanomami” (PSY), tratado no segundo artigo sobre Venezuela nesta coletânea por José Kelly, que foi servidor público no Ministério da Saúde e coordenou esse plano entre 2005 e 2006. Dado o êxito desse programa, outros foram implantados subsequentemente entre os índios dos *llanos* e os do Delta do Orinoco, regiões cujos habitantes indígenas tinham índices de saúde mais graves que os Yanomami.

Descrevendo o desenvolvimento desses programas, Freire ressalta o papel de um grupo de acadêmicos, em sua maior parte

antropólogos, que participaram com investigações e consultorias, tais como Kelly (FREIRE; TILLET, 2007), assim como destaca a questão da participação indígena na própria formulação das políticas públicas que lhes foram dirigidas.

José Antonio Kelly Luciani, ao descrever o funcionamento dos serviços de saúde no PSY, enfoca a perspectiva dos profissionais de saúde. Seu trabalho complementa o de Freire, contribuindo com observações sobre as relações dos profissionais médicos, orientados por técnicas e objetivos biomédicos, em situações multiculturais. Por destacar a visão e os valores dos membros da equipe médica, o artigo expõe um lado da “interculturalidade” pouco explorado na literatura, mas altamente importante para pensar as dinâmicas e as ações na atenção primária, assim como as relações entre os profissionais de saúde e os indígenas.

Devido à queda da renda do petróleo em 2010, os programas desenvolvidos na área de saúde na Venezuela não se mantiveram sustentáveis. Os programas de saúde indígena foram absorvidos pela burocracia do sistema de saúde. No entanto, Freire argumenta que, apesar de este ser o caso, a agência dos atores indígenas e a criação de novos espaços para a população indígena nas políticas de saúde continuaram tendo um impacto importante. Sua percepção não é, necessariamente, compartilhada com outros analistas das políticas indigenistas na Venezuela, que afirmam que a ascensão ao poder de certos indivíduos após a Revolução Bolivariana não provocou a mudança na percepção geral de que o indígena continua sendo o “outro distante”, um portador de costumes e hábitos atrasados que impedem desenvolvimento (ARVELO-JIMÉNEZ, 2012, p. 30). O artigo de Kelly aqui evidencia essa percepção entre os profissionais de saúde prestando serviços entre os Yanomami, mas, tal como Freire, a análise feita pelo autor revela que talvez o aspecto positivo dessa experiência deu-se muito mais no plano da visibilidade da população indígena no cenário venezuelano (e, a sua conseqüente representação política) do que propriamente nas ações em saúde indígena que permanecem precárias, descontínuas e fragmentadas.

Se o modelo venezuelano pode ser caracterizado como transversal, ou seja, um setor do Ministério da Saúde coordenando ações correlatas de diversas outros setores governamentais, Marina D. Cardoso analisa nesta coletânea a opção do Brasil em criar um Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a cargo então da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Por meio desse processo houve tanto a distritalização dos serviços de saúde indígena com a

criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) a partir de 1999, quanto a terceirização da atenção à saúde indígena a ser prestada por meio de convênios com ONGs e Associações Indígenas (CARDOSO, 2004).

O subsistema brasileiro, que pode ser caracterizada como uma administração central e burocrática por meio da terceirização da atenção básica (GARNELO; SAMPAIO, 2003), apresenta uma estrutura resultante da formulação da política de saúde indígena durante as últimas décadas, fruto das deliberações entre os representantes governamentais e aqueles indígenas, assim como da institucionalização da participação da representação indígena em conselhos locais, distritais e nacionais, em conjunto com as conferências nacionais periódicas realizadas desde 1986. Com a criação do subsistema, os recursos financeiros para a saúde indígena aumentaram de tal maneira que o país se destaca, na América Latina, por seus recursos dotados para o programa de saúde indígena. Segundo a avaliação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2007, p. 260), os outros países se caracterizam pela insuficiência de recursos para cobrir todas as iniciativas.

O chamado subsistema, centralizado no então Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), foi transferido, em 2010, para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. Semelhantemente aos outros países, a política de saúde indígena brasileira também ressalta o papel do “agente indígena de saúde” como mediador entre os conhecimentos biomédicos e os tradicionais. A atenção primária continua sendo oferecida via convênios com organizações não governamentais ou municípios e a participação indígena no planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas de saúde é contemplada em uma estrutura de conselhos de saúde (local, distrital e nacional); porém, o protagonismo e poder de ação dos indígenas na execução e gestão de saúde tem sido questionados (VARGA, 2010; LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; LANGDON, 2015). Tal como observa Cardoso, aqui se trata de um embate em termos das noções de “controle social” e “controle político” das ações em saúde por parte do Estado, assim como seu caráter “autogestionário”, o que tem levado a distorções na atenção prestada e criado diversos problemas em competências e responsabilidades para a prestação de serviços de saúde em áreas indígenas.

Para Garnelo e Maquiné, em artigo nesta coletânea, o caráter centralizador da gestão e os requerimentos técnico-funcionais

necessários para o pleno reconhecimento dos DSEIs como “unidades gestoras” dificultam sobremaneira o processo, gerando dúvidas sobre a propalada “autonomia” dos DSEIs para a realização das suas atribuições institucionais na consecução da Política Nacional de Saúde Indígena.

O que os autores apontam é que, passados 12 anos da implantação dessa política no Brasil, cabe analisar como ela vem sendo implementada e avaliar seu nível de penetração no âmbito mais geral das políticas de inclusão social conduzidas pelo poder público entre 2002 e 2011. O texto se propõe a discutir a trajetória da política da saúde indígena mediante análise de seus instrumentos de gestão (leis, decretos, portarias, planos de governo, entre outros), do financiamento das ações e de seus indicadores de operacionalização no período supracitado. Assim, o artigo de Garnelo e Maquiné traz aqui uma contribuição importante para a avaliação do uso desses recursos pelas políticas de gestão e operacionalização do subsistema de saúde indígena no Brasil nos últimos anos, apontando as limitações nas ações em saúde nos níveis distritais e locais, apesar da quantidade de recursos financeiros alocados.

A Constituição de 1991 da Colômbia outorga mais autonomia aos indígenas dentro das suas regiões territoriais, por reconhecer a natureza coletiva dos povos indígenas, os processos jurídicos e as autoridades tradicionais. Entre esses povos, são reconhecidos os líderes espirituais que cuidam da saúde da coletividade (*taitas, mamos, xamãs*). As comunidades podem desenhar e gerenciar projetos dentro dos seus territórios visando à revitalização da cultura, da educação bilíngue e da medicina tradicional por meio da elaboração de “planes da vida” (DOVER; PUERTA SILVA, 2008; PORTELA GUARÍN, 2003). Alguns povos têm instituído centros de medicina tradicional com seus curadores locais.

O que contribui ainda mais para a complexidade da construção de programas de saúde indígena na Colômbia é o fato de que o acesso aos serviços de saúde depende também do setor privado, tal como previsto no Sistema General de Seguridad Social, estabelecido em 1993. Os serviços de saúde são oferecidos por seguradoras privadas e “[...] a ideia de cobertura universal de serviços baseada nos conceitos de equidade e eficiência, (que reconhecem), ao mesmo tempo, duas categorias de usuários: contribuinte e subsidiado” (DOVER; PUERTA SILVA, 2008, p. 12). Os povos indígenas, como populações vulneráveis, pobres e com pouco trabalho renumerado, têm acesso à saúde via o plano subsidiado. Segundo a análise de Dover e Puerta Silva (2008), o

sistema subsidiado é fragmentado e inferior ao plano oferecido para os que fazem contribuições através dos descontos de seus salários.

Jimeno (2012) observa que a autonomia dos territórios indígenas estabelecida pela Constituição colombiana depende dos contextos particulares e da capacidade de atuação e protagonismo das organizações indígenas, gerando resultados díspares. O artigo de Hugo Portela Guarín, nesta coletânea, trata das relações entre os serviços de saúde no regime subsidiado e suas articulações com as medicinas indígenas, enfocando as suas fundações epistemológicas. Antropólogo com longa experiência em pesquisa sobre medicinas indígenas na Colômbia, Portela Guarín apresenta uma crítica dura à burocratização, medicalização e comercialização da saúde no país. Para ele, os serviços devem ser organizados por uma perspectiva epidemiológica intercultural que articule os saberes indígenas com os serviços da biomedicina (PORTELA GUARÍN, 2008). No artigo publicado nesta coletânea, Portela Guarín compara as cosmovisões e racionalidades sobre saúde, no seu sentido mais lato, entre quatro grupos indígenas com os quais ele vem trabalhando, como evidência de “epistemes-outras”. Entre esses grupos, alguns já administram centros de medicina tradicional dentro das suas reservas. Porém, o diálogo com o sistema oficial de saúde é limitado. Esses centros trabalham com a perspectiva coletiva dos processos de saúde e doença, e, assim, esbarram com os valores e objetivos comerciais do modelo individualista do sistema privado que fornece os serviços de saúde.

Para Portela Guarín, é justamente a diversidade de epistemes que tem sido o maior desafio para a implantação da saúde pública na Colômbia; ou seja, o reconhecimento da diversidade étnica e cultural na Constituição Política da Colômbia de 1991 não foi suficiente para impulsionar a adequação da organização estatal de serviços de saúde de acordo com o novo mandato constitucional. O autor assinala que mesmo depois da promulgação da “Lei 100”, em 1993, que muda o sistema de saúde no país implantando um modelo único de atenção à saúde, ainda se observam omissões em relação aos direitos territoriais, à autonomia e às especificidades das comunidades indígenas locais subsumidas a uma lógica administrativa e à racionalidade biomédica como único parâmetro legítimo de cuidados em saúde.

A política de atenção à saúde indígena na Argentina é tratada por dois artigos, ambos com enfoque sobre a atenção à saúde materno-infantil entre os Guarani do nordeste e noroeste do país, mas em províncias diferentes. Ambos são resultados de experiências de pesquisa e refletem

sobre os impactos dos programas nacionais e provinciais na atenção à saúde para os povos indígenas locais. A reforma constitucional de 1994 reconhece a existência dos povos indígenas como anterior à formação do Estado. O “Programa de Apoio Nacional de Ações Humanitárias para as Populações Indígenas” (ANAHI) do Ministério da Saúde argentino foi implantado em 2000, e o dos “Médicos Comunitários” para os povos originários operou entre 2005 e 2007. Ambos, com um enfoque intercultural, promoveram a formação dos agentes sanitários indígenas (ASI), como uma forma de mediação entre os profissionais de saúde e as comunidades indígenas. Porém, ambos os artigos argumentam que esses programas nacionais tiveram pouco impacto na situação epidemiológica que é determinada, em grande parte, por fatores estruturais, tais como pobreza, deterioração ambiental e falta de terra.

Além dos programas nacionais, as respectivas províncias também realizam programas de saúde orientados para os povos indígenas, apresentando uma grande heterogeneidade entre as regiões. São apontadas certas generalidades e diferenças entre os programas específicos. A execução da atenção primária para as populações indígenas é realizada por instituições diferentes – programas nacionais, provinciais e não governamentais – resultando em fragmentação de ações. Acessibilidade e equidade de serviços ainda não são realidades em todas as províncias. Em geral, a capacitação dos profissionais, assim como a dos ASIs, é deficiente para garantir boas relações com as comunidades. Remorini e Palermo observam que o problema não é unicamente de tradução, e ambos os artigos relatam problemas de comunicação, relações hierárquicas, ambiguidade no papel do ASI e o uso da perspectiva epidemiológica convencional no desenho, planejamento e organização dos serviços sem considerar a natureza histórica e sociocultural dos problemas de saúde. Em relação à saúde materno-infantil, as situações analisadas demonstram um aumento de medicalização do parto. Cada vez mais partos são realizados nos hospitais, assim como há também o aumento da participação indígena nos programas de pré-parto.

Silvia Hirsch apresenta uma sinopse dos programas de saúde pública dirigidos para os povos indígenas locais, abordando o caso específico da atenção em torno da saúde reprodutiva das mulheres guaranis do noroeste argentino. O texto explora como têm sido incorporados os preceitos e as práticas da saúde pública materno-infantil pelas mulheres guaranis e como elas articulam aqueles da geração das suas mães e avós com aqueles que lhes são transmitidos pelos executores dos programas de saúde pública. Porém, Hirsch aponta que, apesar da aceitação gradual dos

serviços de saúde, as mulheres mantêm suas práticas de autoatenção nos domicílios, incluindo restrições alimentares e consultas às parteiras locais para tratar de dores e outros sintomas. Remorini e Palermo também reconhecem as estratégias das mulheres indígenas de articulação entre os diferentes recursos terapêuticos e a falta de articulação, pelos profissionais de saúde, com as práticas locais de autoatenção, tal como definidas por Menéndez (2003). Apesar da ideologia da “interculturalidade”, expressa nas políticas de saúde indígena, é esperado, pelos profissionais de saúde, que a comunidade se adapte aos requerimentos do sistema oficial de saúde.

Para Carolina Remorini e Laura Palermo, que também analisam formas locais de políticas gerais sobre saúde materno-infantil, mas em outros contextos etnográficos argentinos (comunidades indígenas Mbya Guarani da província de Misiones no nordeste da Argentina e nas comunidades rurais da província de Salta, no noroeste da Argentina), começa-se a debater acerca da adequação das categorias conceituais e instrumentos utilizados para medir e caracterizar a população indígena do ponto de vista do sistema de saúde. As autoras observam que existem ainda dificuldades a respeito, que resultam de uma conjunção de fatores que vão desde as características da organização do sistema de saúde – fragmentação, descentralização, superposição – até a própria diversidade histórica, linguística, cultural e ecológica que caracteriza a população que se reconhece indígena no território argentino.

O que as autoras demonstram para o contexto argentino repete, assim, o que os demais autores observaram nos contextos venezuelano, colombiano, chileno e brasileiro: políticas de saúde para os povos indígenas que, para além de uma propalada dificuldade em coordenar de forma eficaz as necessidades específicas desses povos nesses diferentes contextos, resultam também de uma dificuldade conceitualista, não só em nome de uma noção de “interculturalidade”, tão retórica quanto imprecisa, quando não do próprio conceito de “cultura” que se deseja operacionalizar.

Limitações da operacionalização da noção de “interculturalidade”, observadas por Remorini e Palermo, podem ser estendidas para as situações apresentadas também nos outros países. Dois artigos desta coletânea enfocam especificamente essa noção e os programas de saúde orientados para a incorporação de práticas indígenas nos serviços de saúde. A análise de Luciana Ferreira é baseada na sua experiência como gerente de um programa inovador no âmbito da Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena no Projeto de Modernização do

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus II) entre 2004 e 2009. Durante esses anos, ela projetou e coordenou oito projetos realizados em diferentes partes do Brasil, visando “apoiar, viabilizar e criar condições para a atuação terapêutica das medicinas indígenas de forma articulada ao sistema oficial de saúde” (FERREIRA, 2004). O projeto de Medicina Tradicional se destaca como exceção à norma das práticas realizadas no contexto da saúde indígena, pelas estratégias de participação e diálogo com as comunidades indígenas, a implementação de pesquisa participativa entre os indígenas e as avaliações finais refletindo sobre essas ações no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) durante os anos em que essa Fundação foi responsável pelo Subsistema de Saúde Indígena. O programa encerrou em 2009, e a estratégia da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que veio, a partir do final de 2010, assumir, no âmbito do Ministério da Saúde, a “Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas” retornou a um conceito limitado dos sistemas tradicionais indígenas.

Procurando refletir sobre a relação entre saúde indígena e interculturalidade, a partir do fenômeno de emergência da parteira tradicional propiciado pela irrupção de programas de saúde materno-infantil em comunidades indígenas localmente situadas na região do Alto Juruá – Acre, Luciane Ferreira observa que também na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil, a noção de interculturalidade surge tanto como o contexto comunicativo do “fazer saúde” quanto associada à diretriz de articulação entre os serviços de saúde e os sistemas tradicionais indígenas de saúde. Todavia, observa a autora, se não existe clareza por parte das políticas públicas sobre como articular diferentes sistemas sociomédicos, tampouco os sentidos que informam a noção de saúde intercultural parecem precisos. Para a autora, há uma perspectiva integracionista, que se formula não por um projeto de ações diferenciadas em saúde, mas pela inclusão jurídica e assimétrica dos povos indígenas no sistema de atenção à saúde. Nesse sentido, há não só uma visão estereotipada e homogeneizadora da “medicina indígena”, mas, como apontam os outros textos desta coletânea, também traduz-se “a diferença” como “cultura” e não como problema de ordem política, econômica e social. Como observado por Remorini e Palermo, a operacionalização do conceito é dificultada pela oposição que é feita entre medicina tradicional e biomedicina, ignorando a dinâmica das práticas de autoatenção e a diversidade dos atores envolvidos.

Boccara desenvolve, nesse sentido, uma reflexão oportuna sobre a maneira como o princípio intercultural serviu para guiar a política

sanitária para os povos indígenas, a partir da experiência chilena de implantação, em 2001, do Programa de Desenvolvimento Integral das Comunidades Indígenas. O autor considera que longe de ser um princípio de gestão da diferença, a “interculturalidade” tem constituído e estruturado um verdadeiro campo social em que novos agentes estão em luta para a definição legítima e dominante do que seja a indianeidade. Para o autor, o campo da saúde intercultural vem também se definindo como o espaço privilegiado do exercício de uma nova forma de poder que busca responsabilizar os indivíduos e regular as populações indígenas, o que o leva a examinar as articulações entre esse novo *management intercultural*, a difusão do neoliberalismo e o duplo processo de nacionalização das etnias originárias e da territorialização da nação.

O autor também observa que o contexto chileno diverge do de outros países no reconhecimento legal dos indígenas como povo. A Constituição de 1980 estabelece só um povo chileno, e os indígenas são reconhecidos como etnias originárias, sem o pleno reconhecimento da sua organização tradicional, sistema jurídico e direitos de autodeterminação. Mesmo que se beneficiem dos direitos dos seus territórios tradicionais, esses direitos não se estendem aos recursos naturais. Somente em 2008, o Convênio 169 da OIT foi ratificado, e a política indigenista do país tem sido caracterizada como “abaixo dos padrões estabelecidos nos instrumentos internacionais pertinentes”, deixando os indígenas chilenos os mais desprotegidos na América Latina (AYLWIN, 2012, p. 95).

A Lei Indígena (Lei nº 19.253 de 1993) criou a “Corporação Nacional de Desenvolvimento Indígena” (CONADI) como órgão responsável pela política indigenista no Chile para assegurar os direitos sobre suas terras, línguas e práticas culturais. Os indígenas têm representação indireta no Conselho Nacional da CONADI, os participantes indígenas são indicados pelas suas comunidades, mas nomeados pelo presidente da República. A legislação chilena criou também a “comunidade legal” como a forma legítima de organização política. Segundo o regimento, a “comunidade legal” é limitada a um terço dos membros nativos de uma comunidade e o que tem resultado em fragmentação e conflitos dentro dessas mesmas comunidades (AYLWIN, 2012).

Segundo a análise da CEPAL, baseada em um índice de qualidade legislativa da saúde indígena desenvolvido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em 2006, o Chile, junto com El Salvador e Paraguai, tem pouca legislação específica sobre os direitos à saúde indígena, porém se destaca entre os países em discussão aqui para

os exemplos de fomento à saúde intercultural promovidos pelas organizações indígenas. Desde o final dos anos 1990, três organizações mapuche atuam como gestoras e executoras dos seus próprios centros de saúde e hospitais, em uma “espécie de terceirização da saúde” (COYUL SOTO, 2013). Nesses centros e hospitais, os curandeiros (*machis*) mapuche realizam consultas como os profissionais de saúde. Em 2001, a criação do “Programa Orígenes”, com financiamento especial do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do governo do Chile, teve, entre os seus objetivos, o fortalecimento da medicina indígena, que, junto com o “Programa de Saúde para a População Mapuche (PROMAP)”, contribuiu com as organizações indígenas que estavam iniciando a sua própria gestão em saúde à época.

Apesar desses avanços, o artigo de Boccara argumenta que o termo “interculturalidade” foi gradualmente esvaziado da carga crítica que continha nos anos anteriores. O termo (ou a noção) tem sido redefinido pelas relações entre as agências e os atores, as instituições estatais ou não, e apropriado pelo Estado como uma ferramenta para incorporar os indígenas ao processo de modernização. Como comentado para os outros países, a oposição tradição/modernização continua marcando os discursos oficiais e as práticas gestoras, reduzindo as práticas de dominação e de colonização a problemas de “comunicação” ou da “cultura”. Em suma, a lógica do campo da “interculturalidade”, no discurso e nas práticas do Estado, no âmbito dos seus projetos maiores de desenvolvimento, tem resultado na continuidade dos processos de colonização e normatização dos grupos indígenas por meio, inclusive, das políticas de saúde indígena.

Tal como viemos salientando ao longo deste texto, é importante reconhecer que a crítica de Boccara poderia ser aplicada aos outros países. A cooptação das lideranças indígenas, em nome da participação democrática e dos direitos humanos, e a perda dos seus direitos diante dos projetos desenvolvimentistas têm sido observadas em diversos países. Tal situação, a prioridade do desenvolvimento nacional, junto com a continuação dos processos discriminatórios, não permite uma resolução dos fatores estruturais que determinam a situação sanitária deplorável dos povos indígenas na América Latina perante as políticas de caráter neoliberal, assim como das contínuas violências perpetradas contra esses povos, tais como aquelas referidas nos contextos examinados aqui.

Se, no início desta introdução, tínhamos como objetivo procurar mostrar como eventualmente diferentes políticas institucionais em

Estados Nacionais distintos poderiam levar-nos a uma abordagem comparativa sobre a questão da saúde indígena, tema também das mesas-redondas e simpósios que precederam esta publicação, ao fim e ao cabo, cabe-nos destacar as questões centrais que se colocaram em todos os textos e que apresentam uma notável semelhança entre si.

Primeiramente, vale salientar que as políticas públicas para os povos indígenas (no caso, especificamente voltadas para a saúde) foram formuladas como parte dos processos de redemocratização e mudança constitucional dos países da América do Sul, aqui representados durante as décadas de 1980 e 1990. Quer tenham sido propulsadas por meio de acordos signatários com entidades internacionais, quer como parte dos próprios movimentos indígenas locais, o que tem sido observado é que, passado um período que parecia profícuo para ações políticas nessa área, todos os contextos aqui relatados apontam que essas ações tem se caracterizado por uma descentralização excessiva (que não permite a articulação dessas ações com outros setores importantes da política estatal e indigenista, como é o caso venezuelano) ou pelo seu oposto: centralização gestora ou administrativa que não permite a flexibilidade necessária para atender a demandas diferenciadas, como é o caso brasileiro. Em segundo lugar, sob todos os aspectos, salientam-se ações fragmentárias, descontínuas e assistemáticas, prevalecendo a noção de uma assistência baseada nos pressupostos de políticas de saúde de atenção primária, preventiva e orientada por princípios programáticos gerais, cujos resultados ou indicadores epidemiológicos são fracos ou nulos.

Os diversos problemas retratados traduzem a precariedade dessas ações e das políticas públicas que as gerenciam: intermitência entre a formação dos profissionais para atuarem em áreas indígenas, assim como a sua alta rotatividade; falta de organização para a prestação dos serviços em saúde, que se traduzem na falta de infraestrutura básica, na descontinuidade dos serviços prestados e na precariedade institucional dos programas a serem executados.

Os autores desta coletânea sugerem que foi só no âmbito jurídico (e da representação política indígena) que parece ter sido consolidada uma política de reconhecimento e visibilidade da população indígena nos Estados nacionais em que habitam, sem que ainda fosse possível transformar esse reconhecimento legal em políticas públicas de atenção diferenciada para esses povos. Ou seja, a retórica estatal em torno de noções tão genéricas quanto “Estado multicultural” ou “pluriétnico”, ou ainda formulação de políticas “interculturais” trouxe uma mudança

no estatuto legal dos índios, cuja natureza genérica e nominal não se constituiu ainda como uma mudança institucional efetiva no plano das políticas estatais. Duas questões aqui se colocam: a relação entre o político (representação) e a burocracia estatal (gestão), tal como abordado nos textos de Kelly, Cardoso e Garnello e Maquiné, e o próprio uso do termo “intercultural”, tal como vem sendo propagado pelas agências de políticas públicas, o que é abordado nos textos de Ferreira, Boccara e Remorini e Palermo.

Tal como concluem os autores, esse conceito faz muito mais parte de uma retórica estatal do que de uma operacionalização de políticas de atenção diferenciada, subsumindo o próprio conceito de “cultura” àquele da política estatal, que sob a égide da diferença (cultural) desqualifica as profundas desigualdades políticas, econômicas sociais e culturais das populações indígenas. Essa retórica torna essas populações, em seus territórios, passíveis de programas universalizados de atenção à saúde indígena e, não menos, oblitera os próprios aspectos políticos e de poder que perpassam a formulação e a operacionalização de políticas públicas para esses povos. Nesse sentido, os autores chamam a atenção não só para a importância do reconhecimento dos saberes múltiplos que constituem as “medicinas indígenas” (ou, como aponta Portela Guarín, “epistemes-outras”), mas também para o fato de que, por meio dessa homogeneização do “ser índio”, da “cultura indígena” ou da “medicina indígena”, também se produzem práticas homogeneizadoras de atenção em saúde em lugar do reconhecimento da sua heterogeneidade e particularidade.

Os autores desta coletânea sugerem, assim, que se trata de superar a oposição entre “saberes tradicionais” (que é a tônica dos discursos estatais) e os da biomedicina, marcando simultaneamente uma oposição entre o “tradicional” e o “moderno”, que legitima ações homogeneizadoras em saúde e oblitera a complexidade dos múltiplos fatores envolvidos nessa relação entre saberes (inclusive biomédicos), e, particularmente, as relações de poder das quais se revestem.

Há, pois, não só a necessidade do reconhecimento da diversidade desses saberes e práticas indígenas (e do modo como elas interagem com as políticas e ações em saúde que lhes são dirigidas), mas também a necessidade da participação dos antropólogos e dos representantes indígenas para a compreensão do modo como esse processo vem ocorrendo, tal como já salientado anteriormente por Langdon (2004). Ou seja, a investigação etnográfica das concepções de saúde e cura e dos sistemas cosmológico-políticos que lhes dão suporte não pode estar

mais dissociada da etnografia das próprias políticas estatais de saúde ou da ação das suas agências, dado que passaram a estar presentes nas próprias demandas, ações e trajetórias terapêuticas dessas populações.

São essas, enfim, as questões principais que norteiam o conjunto dos textos que compõem esta coletânea que, ao procurar salientar as distintas legislações sobre o estatuto das populações indígenas em alguns países da América Latina, por meio da análise das políticas de saúde dirigidas a esses povos, também revela semelhanças naquilo que condiz às contradições entre o que é formulado no âmbito dessas políticas e as condições reais da assistência que é prestada e que se reflete na precária situação de saúde observada entre essas populações. Tais observações demandam não só a continuidade de pesquisas na área, mas também a sua divulgação para que se possa refletir e, se possível, intervir, para que os programas e suas diretrizes anunciadas possam se converter de fato em políticas que representem as demandas indígenas, inclusive, sua inserção, não só representativa, mas também participativa, na formulação e execução dessas políticas.

Referências

- ARVELO-JIMÉNEZ, Nelly. Constituições da Venezuela. In: RAMOS, Alcida Rita (Org.). *Constituições nacionais e povos indígenas*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2012. p. 24-25.
- AYLWIN, José. Os direitos dos povos indígenas no Chile: paradoxos de um Estado “globalizado”. In: RAMOS, Alcida Rita (Org.). *Constituições nacionais e povos indígenas*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2012. p. 94-137.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto. Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Revista Nueva Antropología*, v. 16, n. 53, ago. 1997.
- CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; ABA, 2004. p. 195-215.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL. *Políticas públicas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina*. Panorama Social de América Latina 2007 de la CEPAL, 2007. Capítulo V: Agenda Social. Disponível em: <<http://www.eclac>>

cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2014.

CUYUL SOTO, Andrés. La política de salud chilena y el Pueblo Mapuche: entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, v. 7, n. 14, p. 21-33, 2013.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Revista Universitas Humanística*, n. 80, p. 213-236, jul.-dic. 2015.

DOVER, Robert; PUERTA SILVA, Claudia. *El derecho a la salud: la participación en el régimen subsidiado*. Medellín: Universidad de Antioquia; Colciencias; Instituto de Estudios Regionales, 2008.

FARMER, Paul. *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999.

FERREIRA, L. O. *Projeto valorização e adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e do Sul do Amazonas*. Produto de Consultoria PNUD/Projeto Vigisus II. Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, 2004.

FREIRE, Germán; TILLET, Aimé. *Salud indígena en Venezuela*. Volumes I y II. (2007) Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. *Censo 2012*. Síntesis de Resultados. Santiago: Departamento de Comunicaciones y Imagen Corporativo, 2012. Disponível em: <www.censo.cl>. Acesso em: 23 mar. 2014.

JIMENO, Myriam. Reforma constitucional na Colômbia e povos indígenas. In: RAMOS, Alcida Rita (Org.). *Constituições nacionais e povos indígenas*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2012. p. 53-76.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; ABA, 2004. p. 33-51.

MANSUR, Vinicius. Os indígenas não eram nem reconhecidos como parte da sociedade. *Brasil de Fato*, jun. 2011. Disponível em: <www.brasildefato.com.br/node/6511>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. Interculturalidad, “diferencias”, y antropología “at home”: algunas cuestiones metodológicas. In: FERNANDEZ JUAREZ, Gerardo. *Salud e interculturalidad en America Latina*. Tomo II. Quito: Abya-Yala, 2006. p. 51-66.

MENÉNDEZ, Eduardo. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*, v. 21, n. 1-2, p. 62-68, primer-segundo trim. 2012.

PORTELA GUARÍN, Hugo et al. *Plan de vida del Pueblo Siona Ga'ntëya bain*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2003.

PORTELA GUARÍN, Hugo. *La epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2008.

RAMOS, Alcida Rita (Org.). *Constituições nacionais e povos indígenas*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2012.

SILVA, Cristhian Teófilo da. Indigenismo como ideologia e prática de dominação: apontamentos teóricos para uma etnografia do indigenismo latino-americano em perspectiva comparada. *Latin American Research Review*, v. 47, n. 1, p. 16-34, 2012.

VARGA, István van Deursen. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios. *BIS Boletim do Instituto de Saúde*, v. 12, n. 2, p. 167-171, 2010.

VERDUM, Ricardo. Breve esboço do indigenismo à brasileira e o desafio da interculturalidade. In: ARAÚJO, André Luís de O.; VERDUM, Ricardo (Org.). *Experiências de assistência técnica e extensão rural junto aos povos indígenas: o desafio da interculturalidade*. Brasília: Secretaria de Agricultura Familiar e Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2010. p. 15-52.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Declaration from the International Conference of Primary Health Care*. Alma Ata, 2008. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Parte I

POLÍTICAS PÚBLICAS EM
SAÚDE INDÍGENA NA
AMÉRICA LATINA

Capítulo 1

Salud para los pueblos indígenas en México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio

Jesús Armando Haro Encinas
Ramón Martínez Coria

Son muy conocidas las condiciones desfavorables de salud y calidad de vida que prevalecen históricamente entre los pueblos indígenas de México, como también la profundización del gradiente de inequidades, documentado en numerosas investigaciones, notas informáticas y planes e informes de gobierno. En las últimas décadas se han implementado programas que responden a nuevas políticas sociales y de salud para los pueblos originarios, dirigidas hacia la lucha contra la pobreza y la disminución de la brecha que separa a los indígenas del resto de la sociedad nacional. Aunque se documentan algunos avances, es importante advertir los rezagos, retrocesos y nuevos retos en materia de salud para las comunidades indígenas, lo cual obliga a revisar el actual abordaje. Los beneficios se reportan en el aumento en cobertura de servicios sociales y de salud, cambios en materia de legislación y un reconocimiento de los derechos colectivos de estos pueblos, que no deja de ser retórico y que debe ser leído en paralelo a la emergencia de numerosos movimientos indígenas de base comunitaria y de la sociedad civil, que exigen por todo el país un acceso efectivo a la jurisdicción del Estado.

A pesar de todo esto, según la mirada experta los logros en la materia son bastante discretos. Asumimos que hoy en día el panorama

de la salud de los pueblos indígenas enfrenta nuevos retos que serán muy difíciles de solventar, considerando tanto los procesos de transición demográfica y epidemiológica, como los factores sociales, económicos, ecológicos y políticos de nuevo tipo, que están generando cambios radicales y abruptos en sus comunidades antes tradicionales. Es algo que resulta evidente para los especialistas en el tema, el personal de salud y los propios actores comunitarios, quienes reconocen que las condiciones de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas mexicanos no mejoran y tienden a empeorar especialmente en tiempos recientes. La situación tiende a ignorarse en el sector salud debido al uso político de resultados de investigación que solo destacan los avances efectuados pero que no valoran los retrocesos ni los nuevos retos. Muy recientemente las instituciones comenzaron por interesarse en los indígenas, lo que ha llevado a incluir la variable etnicidad en las evaluaciones y fomentar la competencia intercultural en el personal de salud. Se han presentado iniciativas oficiales que reconocen los problemas sanitarios de estas comunidades y han elaborado propuestas desde planteamientos hechos por la sociedad civil, la academia y los propios pueblos.

En este trabajo abordamos varios ejes relacionados con la salud de los pueblos indígenas en México, iniciando por la dificultad para identificar y ubicar sus comunidades y poblaciones, para después describir algunas investigaciones sobre sus condiciones de salud y calidad de vida, y posteriormente arribar a la descripción y análisis de las políticas que se han implementado en esta materia, con la inclusión de resultados de evaluaciones efectuadas y algunas reflexiones a modo de conclusiones.

Los pueblos indígenas en el México actual

Una de las mayores dificultades para ofrecer un panorama sobre la salud de la población indígena es la carencia de un sistema de registro de hechos vitales y sanitarios que reconozca la diversidad etnolingüística del país. La relativa invisibilidad de la diferencia sociocultural se debe a varios factores concurrentes que conviene revisar, pues de entrada señalan una situación “prismática” para los mexicanos considerados indígenas, no solamente por la intensa movilidad geográfica que los caracteriza desde hace décadas, sino porque no son jurídicamente minorías étnicas ni nacionalidades. Son – en la práctica – comunidades campesinas que mantienen patrones de asentamiento dispersos y un alto índice de

emigración fuera de sus territorios históricos, con importantes enclaves demográficos en ciudades grandes y medianas, áreas agroindustriales y colonias suburbanas, en México y en Estados Unidos (ZOLLA; ZOLLA, 2004). No obstante, existe también un reconocimiento de su especificidad cultural, lazos de sangre y memoria histórica, lo que establece una situación diferencial cuyo reconocimiento y respeto deja mucho que desear, a causa de las limitaciones y contradicciones en políticas públicas.¹

México tiene la población indígena más numerosa de América Latina, con más de 15,7 millones de personas que se autoidentifican como miembros de algún pueblo originario, lo que comprende 14.9% de la población nacional (INEGI, 2010). Los hablantes de lenguas indígenas (HLI) son 6.6 millones de personas, que corresponden a mayores de cinco años que hablan alguna de las 68 o 70 lenguas que hay en el país, muchos de los cuales tienen variantes dialectales. Si bien la definición oficial pareciera ser clara, aún estamos lejos de contar con una estimación precisa sobre la demografía de los pueblos indígenas, debido a que el racismo y la discriminación que imperan en el país conllevan a la negación y el abandono de la identidad indígena (CASTELLANOS, 2003). En sentido contrario, ocurren movimientos de “etnogénesis” que hacen que algunas comunidades recuperen o reconstruyan su identidad para ser beneficiarios de programas gubernamentales.

El reconocimiento de las poblaciones indígenas en los censos ha sido históricamente parcial e influido por prácticas políticas hegemónicas de negación de la diversidad etnolingüística, como parte del modelo asimilacionista que caracterizó a la formación social del Estado mexicano durante el siglo XIX. Por ello, la etnicidad en México no existe todavía como categoría de reconocimiento político, sino que se relega a una cuestión de linaje o cultura. El concepto de pueblo indígena se encuentra sujeto a discusión y negociación desde el punto de vista jurídico, político y social.²

Hoy en día, aunque la mayoría de la población indígena vive en el medio rural en condiciones de aislamiento y dispersión, la

¹ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define en su Artículo 2º, que son pueblos indígenas “[...] aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”.

² Como señala Montemayor (2008), en México la “identidad indígena” alude a un concepto inexacto que oculta identidades étnicas primarias que no son reconocidas, o que son ambiguas y presentan formas emergentes o en prudente presencia. Para una discusión sobre el concepto de etnicidad en México, ver Haro Encinas (2008).

migración ha impactado de manera importante a las comunidades y se estima que actualmente cerca de la mitad de los indígenas viven fuera de sus territorios. Por primera vez, el censo de población refirió una aglomeración de lenguas indígenas en uso en todas las ciudades mayores a 500 mil habitantes. El Catálogo de Localidades Indígenas 2010 reconoció 64.172 localidades indígenas, más de la mitad en regiones de alta concentración indígena, mayor o igual al 40% de su población total.

Aun cuando los pueblos originarios experimentaron una severa disminución en sus demografías debido a epidemias, exterminios y la asimilación, a causa de la llegada de los europeos, desde finales del siglo XIX se documenta una lenta pero consistente recuperación demográfica, y, a la vez, el inicio de una transición demográfica relacionada con su incorporación a la modernidad, por efecto de disminución de mortalidad, especialmente materna e infantil, y decremento de la fecundidad, por la incorporación de métodos anticonceptivos desde mediados del siglo XX. Se habla de un “rezago demográfico” con respecto a la sociedad mexicana, que se manifiesta, entre otros indicadores, por un descenso más tardío de la fecundidad, inicio más precoz de la vida sexual, mayor paridad, menor período intergenésico, menos uso de anticonceptivos y un mayor número de hijos fallecidos, aun cuando se ha destacado la heterogeneidad de los pueblos indígenas mexicanos respecto a la transición demográfica (VÁZQUEZ SANDRÍN; REYNA, 2011).³ Algunos de estos indicadores pueden estar evidenciando resistencia indígena a la modernización, o ineficacia en la adecuación cultural en los servicios de salud, aunque no puede soslayarse el efecto paradójico de las políticas sociales, que promueven por un lado la planificación familiar, y, por el otro, fomentan la natalidad al aumentar los apoyos por cada hijo en edad escolar (BARROSO, 2004). La población indígena es bastante joven, con un promedio de edad de 28.1 años, aunque presenta ya tendencias hacia el envejecimiento.

Destaca que se trata de una población mayoritariamente pobre, aun cuando numerosos procesos sociales han promovido y condicionado su estratificación social, económica y cultural. De cualquier manera, las poblaciones indígenas se encuentran entre los sectores más marginados

³ Un estudio cualitativo realizado en el sureste de Veracruz encontró que fueron frecuentes las incongruencias entre información recibida y la asimilada, siendo patente la “imposición de métodos” por parte del personal y las estrategias de resistencia de las indígenas. Asimismo, la oposición de algunos maridos indígenas a la anticoncepción (VÁSQUEZ; FLORES, 2003). Otros trabajos, en cambio, señalan la esterilización involuntaria en mujeres indígenas como una práctica que ha sido común en el sector salud mexicano (MENÉNDEZ, 2009).

y empobrecidos de la sociedad mexicana, con peores indicadores que la población rural mestiza.⁴ Esto señalan datos estadísticos que denotan que los indígenas reciben menos ingresos y tienen menos oportunidades de inserción en los mercados formales de trabajo, con escaso acceso a prestaciones derivadas del empleo, como servicio médico, aguinaldo, vacaciones, ahorro para el retiro o reparto de utilidades.⁵ En el campo mexicano es notable la escasez de fuentes de trabajo, la pérdida de la autosuficiencia alimentaria y la merma en el acceso al mercado de productos agrícolas, condición que no es exclusiva de los indígenas y que agrava la situación.

En las comunidades rurales la agricultura sigue siendo la ocupación laboral principal y se complementa con otras actividades que no suelen ser bien pagadas, como el peonaje agrícola, la construcción, los servicios domésticos, el comercio informal ambulante y la producción de artesanías. Buena parte de la subsistencia procede de la agricultura para el autoconsumo, así como de la recolección, caza y pesca de los recursos naturales en sus territorios. Sin embargo, los procesos de degradación ecológica secundarios a proyectos de “desarrollo” han ocasionado pérdida de la biodiversidad, con el consiguiente decremento en el usufructo de recursos naturales para alimentación, vivienda, medicina y otros aprovechamientos que se han tornado no sustentables.⁶

Según datos de CDI-PNUD (2006), el 88% de los 871 municipios que son predominantemente de población indígena o que tienen fuerte presencia, se encuentran en condiciones de alta y muy alta marginación. La carencia de infraestructura básica es un factor que vulnera su estado de salud, como sucede con los servicios a las viviendas, con indicadores que denotan peores condiciones en función del “grado de etnicidad (FERNÁNDEZ HAM, 2011). Las diferencias en acceso a

⁴ Diversas estimaciones, como la Encuesta Nacional de Empleo en Zonas Indígenas (ENEZI), (INI-PNUD-INEGI-STPS-SEDESOL-OIT, 1997), han demostrado que hasta un 60% de la población indígena se ubica en el quintil más bajo en ingreso económico. Según los resultados del Censo 2010, un porcentaje importante de indígenas hablantes de lengua (69%) recibe menos de dos salarios mínimos o no recibe salario por su trabajo.

⁵ Según Inegi (2010), el porcentaje de población indígena HLI que recibe algún tipo de pensión es menos de la mitad de la población no indígena en la misma condición. En compensación, también destaca que la población HLI recibe más ayuda de los programas de gobierno que distribuyen dinero en efectivo.

⁶ Es interesante notar que a nivel nacional, que incluye a los indígenas de las ciudades, según el XIII Censo 2010, casi la mitad de la población indígena trabaja en el sector terciario y solo una tercera parte en el primario (INEGI, 2010).

servicios se replican en educación formal, donde las desventajas para los pueblos indígenas son muy evidentes y además se ha incrementado la brecha de 0,4 años a 2,8 años entre 2006 y 2012 (INSP, 2012).

Actualmente hay diversos procesos sociales que tienen fuertes impactos en la población indígena del país, favoreciendo las condiciones actuales de empobrecimiento constante, migración, penetración del narcotráfico, inseguridad, desempleo y segregación secular, que se suman a la crisis de la pequeña producción agrícola, la pérdida de territorios y posibilidades de sostener modos productivos tradicionales de recolección silvícola, caza y pesca. La experiencia respecto al impacto multidimensional de megaproyectos de infraestructura y extracción masiva de recursos naturales afecta actualmente a buena parte de las comunidades rurales, particularmente los territorios indígenas, con despojos de tierras y desplazamientos forzados de población (BOEGE, 2013). La violencia armada ligada al crimen organizado en casi todo el país es otro elemento de angustia, y no solamente en regiones indígenas donde se ha vuelto crónica, pero ahora justifica la militarización de territorios y criminalización o cooptación de grupos comunitarios de autodefensa (MARTÍNEZ CORIA, 2013). Las consecuencias para la salud no han sido evaluadas ni suelen ser consideradas como parte de los determinantes de la salud de estos colectivos.

Las condiciones de salud en los pueblos indígenas de México

A pesar del carácter impreciso de las fuentes disponibles de información, podemos advertir que los pueblos indígenas de México enfrentan actualmente un patrón acelerado de transición epidemiológica, donde se combinan causas del rezago con males derivados de la modernidad, hecho que es extensivo para todos los pueblos indígenas del Continente. Se evidencia al revisar estudios que estos coinciden en destacar la condición desfavorable que tienen estos colectivos en materia de salud en referencia a sus respectivas sociedades nacionales, y que se expresa en mayor mortalidad, morbilidad, desnutrición y falta de acceso a servicios básicos, incluyendo los de salud.

Aunque se registran avances en algunos indicadores los pueblos indígenas mexicanos siguen presentando tasas mayores de mortalidad que el promedio nacional, con una estimación de esperanza de vida que se calcula menor en tres a siete años que la nacional, con

importantes variaciones entre entidades federativas (TORRES et al., 2003; SECRETARÍA DE SALUD, 2007). Pero también hay semejanzas notables en las comunidades indígenas, como el peso que tienen las enfermedades infecciosas en la morbimortalidad. Algunas han disminuido su letalidad, como es el caso de enfermedades infecciosas intestinales, neumonía e influenza, sarampión y tuberculosis, pero la brecha entre indígenas y no indígenas sigue siendo consistente, con variaciones interregionales (CASTRO et al., 2007).⁷ Otro indicador del rezago en salud son las carencias nutricias en comunidades indígenas y sus consecuencias, demostradas en numerosas investigaciones (ÁVILA; SHAMAH, 2005).

Uno de los rubros más críticos es el de la mortalidad infantil. Varias fuentes demuestran que, aunque ha descendido, es al menos el doble que el promedio nacional (MACHINEA et al., 2005), con diferencias muy importantes al comparar entre pueblos indígenas, con peores indicadores para los pueblos norteros de la Sierra Madre Occidental (FERNÁNDEZ HAM, 1993). Otra área comprometida es la de mortalidad materna, que según estimativas, son tres o cuatro veces más frecuentes que entre mujeres no indígenas. Diversos estudios señalan los numerosos factores involucrados (FREYERMUTH, 2003; HERRERA et al., 2006). La atención del embarazo y el parto continúa siendo problemática para esta población, pese a que han mejorado notablemente ciertos indicadores, como la cobertura de consultas prenatales y de atención hospitalaria de partos (INSP, 2012).

Es relevante observar que la morbimortalidad por enfermedades crónicas o no transmisibles en población indígena ha presentado índices menores a los de la población mexicana en general, como ha sucedido con cardiopatías, cáncer y diabetes, y también en VIH-sida y homicidios (TORRES et al., 2003). No obstante, para 2005, la cirrosis se reportó como primera causa de muerte en hombres indígenas ubicando

⁷ Aunque han disminuido proporcionalmente, algunas infecciones e infestaciones siguen siendo endémicas en comunidades indígenas, como tuberculosis, cólera, leishmaniasis, paludismo, dengue, lepra, tracoma, amibiasis, ascariidiasis, mal del pinto, oncocercosis; que ya han sido más o menos erradicadas en otras regiones del país (GUEVARA et al., 2003). Las enfermedades diarreicas, bacterianas, virales o parasitarias, y las infecciones respiratorias agudas, suelen derivar en complicaciones fatales por la asociación con malnutrición. Las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH-sida, constituyen un problema de diseminación exponencial en población indígena, debido a los flujos migratorios y ciertos valores socioculturales que obstaculizan la prevención (HERNÁNDEZ et al., 2008).

al consumo excesivo de alcohol entre las 10 primeras causas de muertes, y asimismo, la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y los accidentes son cada vez más importantes en estos colectivos antes protegidos de sufrir estas enfermedades (HERNÁNDEZ et al., 2002). Como veremos, las expectativas de atención a estos problemas son muy precarias.

Existe un marcado subregistro de la morbimortalidad en comunidades indígenas, determinado por la escasez de los servicios de salud rurales, así como por una baja frecuencia de notificación y asistencia a los mismos. Los indígenas, al igual que la población en general, suelen autoatenderse, recetarse en farmacias o acudir con médicos privados o especialistas en medicinas alternativas, incluyendo médicos tradicionales, con lo cual se pierde el registro de buena parte de los eventos que son captados por las instituciones públicas. En estas condiciones, los registros de mortalidad son más confiables a pesar de sus limitaciones, así como estudios centrados en la reconstrucción de la dinámica local de salud.⁸ En nuestro trabajo con los guarijíos de Sonora se denota como en los últimos treinta años se ha modificado de forma notable su perfil epidemiológico, tanto en el rubro de mortalidad como en las demandas de consulta, que involucran cada vez más a las enfermedades crónico-degenerativas y otros males del contacto con la sociedad occidental/nacional. Los cambios ocurridos son contrastantes entre lo que pasaba al inicio de la década de 1980, cuando predominaba la patología infecciosa, carencial y por problemas de higiene, y el panorama de dos décadas después que continúa vigente, caracterizado por la emergencia de diabetes, hipertensión, cáncer, adicciones, alcoholismo y muertes violentas (HARO ENCINAS, 1998).

El caso de la diabetes mellitus (DM) ilustra la relevancia de la aculturación en su génesis. La mayoría de estudios realizados han denotado que los indígenas mexicanos presentan tasas de diabetes más bajas que el promedio nacional (CASTRO; ESCOBEDO, 1997; GUERRERO et al., 1997; ALVARADO et al., 2001; HURTADO et al.,

⁸ Un estudio efectuado en cuatro municipios predominantemente indígenas de Veracruz demostró que en el periodo 2003-2007 la desnutrición fue la segunda y quinta causa de muerte en mujeres y hombres indígenas, mientras que no apareció entre las causas de muerte de la población no indígena asentada en esta región. Destacó también la incidencia mortal del cáncer cervicouterino en mujeres indígenas (34,4 %), que fue el doble del estatal para 2005 (17,4 %), como también la proporción de defunciones por enfermedades obstructivas pulmonares crónicas en mujeres indígenas, y en hombres, la cirrosis hepática, con el primer lugar como causa de muerte (MONTERO, 2011).

2006). Estos resultados contrastan con los encontrados entre pimas estadounidenses, quienes presentan las tasas más altas de DM a nivel mundial, lo que nos plantea una especial susceptibilidad de los indoamericanos a enfermedades metabólicas, en franca relación con los cambios en la dieta y actividad física, puesto que no se encuentran estas altas tasas en los pimas mexicanos de Sonora. Esto nos sugiere que los problemas metabólicos tienden a manifestarse en ciertos grupos indígenas de manera más frecuente y severa a causa de la existencia del llamado “gen ahorrador” (*thrifty gene*) (SCHULZ et al., 2006). Un trabajo que sustenta esta hipótesis es el de Rodríguez-Morán et al. (2008) con yaquis de Sonora y tepehuanos de la sierra de Durango, donde los yaquis, más aculturados, presentaron mayor prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes.

Otros elementos a considerar son los relativos a padecimientos y riesgos para la salud que no suelen ser consignados en la visión epidemiológica, como corresponde al alcoholismo, las adicciones y las violencias. La penetración del narcotráfico en las comunidades indígenas ha traído consigo la disponibilidad de mariguana y a veces amapola, estimándose también que el consumo de cocaína y metanfetamina (*crystal*) es un problema que afecta a parte importante de los jóvenes y adultos indígenas, no solamente en el medio urbano sino también en el rural, según comunicaciones personales y artículos periodísticos variados. Igualmente es relevante advertir que entre la población indígena la exposición a plaguicidas es un hecho común, de cuya incidencia y consecuencias no se tienen suficientes datos para estimar los daños a la salud, aunque sí numerosos testimonios y algunos trabajos etnográficos que enfocan este y otros aspectos de los indígenas migrantes en los campos agrícolas (CARTWRIGHT, 2001). Un área de investigaciones gira en torno a la relevancia de la violencia en general, y a la violencia doméstica en lo particular, como causa de riesgos a la salud en poblaciones indígenas, especialmente en edad reproductiva (GONZÁLEZ-MONTES, 2004).

También hay que considerar las demandas de atención que reciben los médicos tradicionales en las comunidades indígenas, en el formato de los llamados “síndromes de filiación cultural”, como son mal de ojo, empacho, susto, caída de mollera, “aires”, daño (mal puesto o brujería) y “anginas”, entre otras nosologías que son propias de la medicina tradicional y popular. Su importancia se aprecia porque constituyen ejemplos de no reconocimiento a su existencia epidemiológica, pero que evidencian malestares, trastornos y patologías cuyo trasfondo es sociocultural aun

cuando derive en sintomatología física o mental. Son hechos centinelas que reclaman una mirada no solamente psicoterapéutica, sino política, cultural y existencial, como se destila cuando una persona indígena nos quiere explicar algún suceso de salud y sus dificultades para atenderlo. Estas circunstancias se desarrollan muy lejos de la percepción de quienes diseñan las políticas públicas.

El indigenismo y las políticas públicas de salud

La salud de los pueblos indígenas en México ha estado históricamente referida a las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud, factores que aun en la actualidad traducen una condición colonial que, aunque inició en 1517 y se ha transformado radicalmente en sus formas políticas, continúa patente en vista de la dominación, discriminación y exclusión social que sigue padeciendo la población originaria, con un acceso muy restringido a bienes y servicios, pese a los programas y políticas gubernamentales.

La conquista cambió radicalmente la vida de los pueblos indígenas, con la caída de los estados mesoamericanos y la invasión subsecuente. Inició el despojo territorial, la imposición religiosa y cultural y el despoblamiento indígena, por motivo de las guerras y especialmente de las epidemias, que junto con la labor misionera acabarían por consolidar un nuevo régimen, basado en el sometimiento militar y la aculturación. La llegada de los españoles al territorio hoy mexicano inició un proceso de dependencia y sometimiento de los pueblos a la cultura occidental. Implicó, entre otros procesos, que las tradiciones médicas indígenas fueran desplazadas, subordinadas e incluso perseguidas, para imponer una medicina importada de occidente que devino en la oficial y científica.

La institucionalización de una política específica hacia los indígenas inició con la Independencia, con la creación de la Dirección de Antropología (1918-1934), concebida como un organismo básicamente pedagógico, a través de las llamadas “misiones culturales”. En el período “revolucionario” ocurrió una identificación de la política nacional con lo que se comenzaría a llamar “indigenismo”. La recuperación del pasado indígena sirvió como sustento ideológico para la conformación de una nueva concepción de la nación, en la que se restituyeron y dotaron tierras

a los desposeídos.⁹ Así, en la etapa cardenista (1934-1940) prevaleció un “indigenismo paternalista”, que efectuó una extensa reforma agraria y formuló una política que buscaba utilizar la ciencia, la acción social y la educación para integrar a los indígenas a la nación, para lo cual se conformó el Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas (1936-1947). Un antecedente importante fue el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural en 1936, que tuvo como correlato la implementación del servicio social obligatorio para pasantes de medicina como una estrategia de extensión de cobertura para áreas rurales e indígenas. También fue muy relevante la realización, en 1940, del Primer Congreso Indigenista Interamericano en Pátzcuaro, Michoacán, a raíz del cual se estableció la sede en México del nuevo Instituto Indigenista Interamericano (III). Fue un antecedente importante para la creación del Instituto Nacional Indigenista (INI), que estuvo vigente hasta 2000.

Indudablemente, la política hacia los indígenas en México tuvo su hito más importante con la creación del INI. En una primera etapa (1948-1976), sus acciones se caracterizaron por promover una integración de tipo intercultural, con la propuesta de una política “aculturadora” de signo participativo, con el objetivo de respetar en la comunidad indígena todo aquello que no se oponga a su desarrollo y a una mejor vida (VILLORO, 1996). Por esto, el indigenismo de esta época no se limitó ya a proyectos educativos, sino que fueron complementados con proyectos productivos, de infraestructura, nutrición y salud. El establecimiento del primer Centro Coordinador Indigenista (CCI), en San Cristóbal Las Casas, Chiapas, en el año 1951, representó la aplicación de la nueva teoría indigenista, que fue formulada por el médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán. En los CCI se organizaron unidades de salud atendidas por médicos y por promotores indígenas de salud, con el objetivo introducir la medicina biomédica y modificar actitudes y creencias que impidieran la aceptación de los beneficios de la medicina científica (AGUIRRE BELTRÁN, 1981).

El indigenismo de participación en el INI caracterizó una segunda etapa (1970-2000), que planteó nuevamente la incorporación de los pueblos indígenas a la vida política del país, aunque bajo nuevos conceptos clave (autogestión, etnodesarrollo, autonomía, desarrollo

⁹ La Revolución Mexicana de 1910 sentó las bases para la restitución de tierras a las comunidades indígenas. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada en 1917, reconoció en su artículo 27 el derecho de las comunidades indígenas a tierras, montes y aguas antes usurpados.

sustentable, etnociencia), en un clima marcado por la crítica al indigenismo oficial y por la emergencia de movimientos indígenas a nivel continental y mundial. En 1992 fue re-sectorizado y pasó de la Secretaría de Educación a la de Desarrollo Social. Su acción se sustentó en el fomento de la participación para la planificación y ejecución de programas, el traspaso de funciones a las colectividades indígenas y la coordinación con las instituciones gubernamentales y civiles, incluyendo organismos internacionales.

Aunque tuvieron proyección internacional y vinculación con movimientos indígenas, estas propuestas no llegaron a concretarse. El Instituto fue acumulando numerosas deficiencias, que se sumaron a la crisis agrícola de mediados de la década de 1970, cuando cayó el precio del maíz y muchos pueblos indígenas comenzaron a migrar y a organizarse.¹⁰

Gran parte de los recursos públicos dedicados al medio rural y a la pobreza han estado dirigidos a poblaciones indígenas. En el caso de la salud indígena, el Programa IMSS-COPLAMAR desarrollado desde fines de la década de 1970 constituyó el abordaje fundamental para la llamada “extensión de cobertura” del sector salud, con la apertura de numerosas unidades médicas rurales y hospitales de campo en todo el país, bajo un enfoque basado en la Atención Primaria a la Salud, con trabajo de la comunidad, educación para la salud, medicina preventiva, huertos familiares, mejoramiento de viviendas y un Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con la Medicina Institucional, que funcionó solo en Chiapas.¹¹ A partir de 1979, complementó sus proyectos educativos con el formato de las radios indigenistas.

Es difícil formular un juicio sumario sobre el trabajo indigenista oficial, puesto que si bien ha significado algunos avances importantes para las comunidades y pueblos, también es cierto que sus aportes han sido muy limitados en los casi 60 años que estuvo en funciones. Algunos aspectos reconocidos han sido su fundamentación teórica original, que logró sensibilizar a la burocracia y a la sociedad nacional sobre el “problema indígena”, la reducción de la discriminación y la promoción

¹⁰ En 1974 tuvo lugar en San Cristóbal Las Casas, Chiapas, el primer Congreso Indígena, que fue seguido de la creación de los Consejos Supremos Indígenas (1975).

¹¹ El Programa llegó a contar con 3,025 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 60 Hospitales Rurales, buena parte en regiones indígenas. Las UMR eran atendidas mayoritariamente por pasantes en servicio social de medicina y auxiliares de enfermería bilingües. A partir de 1986 las unidades fueron transferidas a los SESA, mientras que algunas pasaron a ser operadas por el IMSS-Solidaridad, actualmente IMSS-Oportunidades.

de cambios socioeconómicos en las comunidades indígenas.¹² Otro punto positivo ha sido el fomento a las investigaciones etnográficas en el campo mexicano, que han contribuido al rescate de los saberes populares, así como los avances en educación bilingüe e intercultural en comunidades indígenas. Entre las críticas destacan la ineficiencia de la acción indigenista, atribuible a la dispersión de acciones en diversas dependencias gubernamentales, a veces con políticas opuestas; limitación y efectos negativos de su intervención, politización y omisión en torno a procesos de despojo territorial (MARROQUÍN, 1977).

Para algunos autores (LÓPEZ Y RIVAS, 1995; NAHMAD, 2003) el fin del indigenismo mexicano coincide con el inicio de la aplicación de políticas liberales durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), aun cuando desde 1986 se eliminaron trabas importantes al desarrollo del capital privado, con la firma del General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), que abrió el campo mexicano al mercado internacional al eliminar barreras proteccionistas. Paradójicamente, ha existido ambigüedad y contradicción en la elaboración de políticas que afectan las condiciones de vida, y por ende las de salud, de los pueblos indígenas mexicanos, puesto que también en 1992 se realizó una adición al artículo de la Constitución, que reconoció por vez primera la composición pluricultural y diversa de la nación mexicana, lo cual contrasta con las políticas de apertura comercial y liberalización de la economía, cuyas consecuencias son altamente lesivas para la sobrevivencia indígena, aun cuando desde 1990 México ratificó el Convenio 169 de la OIT, que establece la obligación de proteger el territorio y la salud de los pueblos indígenas.

Entre estas políticas se destacan la reforma constitucional al artículo 27 de 1992 y la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) con América del Norte en 1994, así como la reforma energética que impulsa el gobierno actual de Enrique Peña Nieto. Las reformas no sólo dieron por terminado el Reparto Agrario, sino que se desprotegeron la posesión colectiva de los núcleos agrarios y la transmisión de sus tierras como patrimonio

¹² La política indigenista del INI se sustentó en aportes de antropólogos funcionalistas y marxistas, lo cual ocasionó que las políticas tuvieran un claro sesgo ideológico (HEWITT DE ALCANTARA, 1991). Por un lado, considerar que la cuestión étnica era secundaria a la adscripción de los pueblos indígenas al último escalón de las clases sociales, siendo la marginalidad y la pobreza los principales factores para explicar sus condiciones de vida y por extensión las de salud. Por el otro, suponer la existencia de un *continuum* aculturador en el cual la identidad étnica tendería a ser suplantada por una identidad proletaria o campesina más amplia o sería rebasada por el individualismo modernizador.

familiar y comunitario; mediante la certificación individual de parcelas, con posibilidad de adquirir el “dominio pleno” para su venta, renta o hipoteca (LÓPEZ BÁRCENAS, 2009). Desde la firma del TLC, el gobierno mexicano abandonó las políticas agrarias que estableció después de la Revolución, al tiempo que eliminó los subsidios y la protección comercial que antes daba a productores agrícolas de las comunidades campesinas. Esto ha producido una crisis sin precedentes en la agricultura tradicional de estas comunidades, donde ya no es redituable en términos económicos plantar maíz u otros productos que no puedan competir contra productos importados. Numerosas investigaciones han demostrado el impacto negativo que han tenido el TLC y las reformas agrarias comentadas, especialmente en comunidades rurales de pequeña escala, con graves consecuencias negativas para la alimentación, las condiciones de salud y calidad de vida de los pueblos indígenas (CHACÓN et al., 1995; CORNELIUS; MYHRE, 1998).

El levantamiento Zapatista que comenzó en 1994 impactó la vida política en el país y logró la visibilización de los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derecho y actores políticos, con reformas legislativas federales importantes, aunque aún está pendiente la implementación de las disposiciones de la reforma constitucional en materia indígena adoptadas desde 2001, las cuales no han respondido a los compromisos gubernamentales acordados en las negociaciones con el movimiento indígena zapatista.¹³ Si bien varios estados de la República han adoptado posteriormente sus propias reformas legislativas en materia de pueblos indígenas, su implementación no ha tenido resultados prácticos significativos para los pueblos indígenas, aunque ha sido importante el avance en la armonización con el avance normativo a nivel internacional. Algunos gobiernos estatales tienen instituciones propias para el apoyo de los pueblos indígenas, como sucede actualmente en al menos 22 entidades federativas.

¹³ La reforma constitucional de 2001 fue un paso relevante pero insuficiente para avanzar en la construcción de una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad. El artículo 2º de la Constitución refiere a los derechos de pueblos y comunidades indígenas y a las obligaciones de la Federación, los Estados y los Municipios. Reconoce la composición pluricultural de la nación y su sustento en los pueblos originarios, contempla la definición legal de pueblo y comunidad indígena, la libre determinación y autonomía; señala los derechos indígenas que pueden ejercerse en el marco de la Constitución y las leyes con respeto al pacto federal y la soberanía de los estados. Sin embargo, no reconoce a los pueblos y comunidades indígenas como sujetos de derecho, con personalidad jurídica, derechos territoriales y representación política (LÓPEZ BÁRCENAS, 2001).

El tema de los derechos colectivos de los pueblos indígenas ha estado por décadas en la mira de los distintos órganos del gobierno, así como de la sociedad mexicana en su conjunto. La suscripción de México a varios convenios y resoluciones internacionales ha tenido gran influencia en el proceso de reconocimiento de estos derechos, en un sistema jurídico que los enuncia en lo general, sin embargo, su implementación aún requiere de mayor voluntad política y de una estructura institucional adecuada para lograr una mayor participación de las comunidades y organizaciones de base de los pueblos.

La actual Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) fue creada para sustituir al INI desde la administración de Vicente Fox (2000-2006) y ha significado una transformación en las responsabilidades federales en esta materia, puesto que asume una política de “transversalidad” en la cual le corresponde a esta dependencia coadyuvar, concertar y fomentar que la acción indigenista se realice desde el conjunto de la administración en los tres niveles de gobierno. Por ello, sus atribuciones incluyen “orientar las políticas públicas encaminadas al desarrollo integral de los pueblos indígenas”, así como encargarse de los procesos de consulta. En el caso de la salud, aunque posee un área de atención que enfoca nutrición, salud sexual y reproductiva en sus programas con mujeres, así como opera la Casa de los Mil Colores para apoyar a usuarios de las comunidades indígenas que vienen a la Ciudad de México buscando atención médica, ha abandonado los programas de atención primaria que anteriormente otorgaba, como también los de atención dental. En la práctica su creación ha significado la contracción del apoyo gubernamental a la posibilidad de fundamentar un desarrollo autónomo para los pueblos, con políticas que aumentan su dependencia e inequidad, como sucede en el caso de la salud de las comunidades indígenas y su relación con otras políticas gubernamentales.

Atención a la salud de los pueblos indígenas

Los escenarios de la atención a la salud en las ciudades y en el campo mexicano son numerosos y heterogéneos. Tanto en los territorios históricos como en los nuevos asentamientos indígenas es posible encontrar hoy una gama diversa y fragmentada de prestadores de servicios de salud, que incluyen los que ofrece el sistema público, farmacias y consultorios populares, clínicas y hospitales privados; practicantes individuales, micro-empresariales y organizaciones de

cooperación no gubernamentales, grupos comunitarios y religiosos, que se articulan, acompañan y promueven iniciativas que ofrecen algunos servicios relacionados con la salud en contextos y situaciones marginales, contingentes o emergentes. En la mayoría de sitios donde viven indígenas, persisten, se adaptan y actualizan modelos terapéuticos “tradicionales” indígenas, con sus formas de división y especialización, que abarcan acervos gnoseológicos y prácticas rituales muy diversas que suelen ser utilizadas para propiciar el bien común y lograr el equilibrio espiritual colectivo. En ocasiones constituyen el único recurso accesible para la atención a los padecimientos en las comunidades indígenas, y esto se da tanto en términos de cobertura como de acceso, en función del grado de aislamiento geográfico y también de exclusión sociocultural.

México tiene un sistema de salud altamente fragmentado y no cuenta con un modelo de atención a la salud diferenciado para pueblos y comunidades indígenas, como sucede en otros países del continente, como Brasil, Venezuela o Bolivia. No obstante, es verificable la existencia de programas y servicios gubernamentales que han pretendido adaptar políticas públicas de salud que han sido diseñadas para el medio rural, a contextos locales donde se asienta o fluye población indígena. Actualmente se registra el auge de numerosos programas de interculturalidad en salud que intentan aplicar los mandatos derivados de las reformas constitucionales en materia indígena de 2001 sin haber logrado resolver las condiciones que garantizarían el ejercicio efectivo de su derecho colectivo a la salud con pertinencia sociocultural.¹⁴ Si bien este derecho dista mucho de ser efectivo para el conjunto de la población mexicana, cabe señalar que en el caso de los pueblos indígenas los indicadores de acceso siguen siendo desfavorables y revelan que la brecha de desigualdad crece y se profundiza. Esto se explica, entre otras cosas, por el bajo presupuesto que el Estado mexicano sigue asignando al gasto social en general y a la salud en particular, pero también porque al no haber regulaciones específicas ni voluntad política, se perpetúa un sistema de atención que fomenta las inequidades, cuando en el discurso se pretende disminuirlas o se niegan (TÁMEZ GONZÁLEZ; EIBENSCHUTZ, 2008; LEAL, 2013).

¹⁴ El derecho a la salud está establecido en la Constitución Mexicana desde 1917, en su artículo 4º, que en su modificación de 1993 señala que la protección a la salud es derecho de cada individuo y que la responsabilidad de protegerla es del Estado, pero no señala la forma ni el alcance de su definición. La falta de especificidad permite un diseño fragmentado del sector público de la salud y también fomenta la inequidad, con graves problemas de integración y financiamiento.

El sistema público se compone de los llamados servicios para “población abierta” (personales y no personales) y los de seguridad social, ambos accesibles para la población indígena, dependiendo de su condición laboral.¹⁵ La Secretaría de Salud (SSa) federal es la instancia rectora del sector y, desde la descentralización que inició en la década de 1980, es responsable de conducir programas de atención a la salud a través de convenios con los Sistemas Estatales de Salud (SESA), encargados de otorgar los servicios a la población sin recursos, incluyendo a los pueblos indígenas, debido a que son pocos los indígenas derechohabientes de las instituciones de seguridad social y menos aún los que tienen seguros privados o empresariales.

Por ello, la atención oficial a la salud de los pueblos indígenas se efectúa principalmente a través del llamado Sistema Nacional de Protección Social en Salud, instancia que gestiona el Seguro Popular (SP), el IMSS-Oportunidades, y otros, como el Seguro Médico para una Nueva Generación. Desde la introducción de estos programas ha descendido considerablemente la población indígena y rural sin servicios (INSP, 2012), aun cuando el tipo de cobertura que ofrecen no es comparable a la de las instituciones de seguridad social.¹⁶

El gobierno federal destina recursos financieros para la prestación de servicios para los afiliados al Seguro Popular y al IMSS-Oportunidades, a quienes se entrega un paquete básico de servicios de salud, en unidades que tienen estos programas en el medio rural, dotados de infraestructura y reglas de operación similares.¹⁷ El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) incluye un paquete de 284 intervenciones y 307 medicamentos asociados para atender lo que se considera que son las principales demandas de atención, que abarcan “más de mil 500 enfermedades”, aunque, en comparación, el SP solo cubre el 11% de los padecimientos amparados por el Instituto

¹⁵ La principal agencia aseguradora es el IMSS, con 29.5% de los derechohabientes nacionales, seguido del ISSSTE y de los institutos estatales de seguridad social (IESS).

¹⁶ En 2006, 64.9% de los indígenas no contaba con acceso a servicios de salud, mientras que para 2012 la proporción bajó a 22.1%. Sin embargo, no se observaron cambios en el uso de servicios de salud, aunque sí aumento de partos hospitalarios en mujeres indígenas (LEYVA et al., 2013).

¹⁷ La infraestructura para la atención de la población abierta de la SSa y los SESA es de 13,089 unidades rurales, además de 653 hospitales, 119 establecimientos de apoyo y 32 institutos de salud. En las regiones rurales e indígenas funcionan además las Casas de Salud, atendidas por promotores comunitarios. En el caso del IMSS-Oportunidades, cuenta con 3,540 Unidades Médicas Rurales y 69 Hospitales Rurales.

Mexicano del Seguro Social (IMSS) (LAURELL, 2012). Como han señalado algunos autores, y también hemos podido observar en nuestra experiencia, es muy común que no cubra diagnósticos, procedimientos o medicamentos y que se deba pagar por todo ello. O que se tengan que cubrir cuotas para pagar insumos necesarios, como sucede con equipo médico. Hay beneficiarios que van a unidades que carecen de personal capacitado y del equipamiento mínimo necesario para detectar y controlar de manera oportuna enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión. Las clínicas rurales, sobretodo, carecen de áreas claves para realizar estudios clínicos básicos (SÁNCHEZ, 2008; HARO ENCINAS, 2011).¹⁸ La realidad del SP se manifiesta en largas filas, cobro por medicamentos y materiales, errores y tardanza en el personal (LAKIN, 2009; LEAL, 2013). No obstante, como señalan incluso algunos críticos, el SP ha tenido algunos logros, puesto que ha incrementado el acceso a servicios de salud y ha permitido destinar como nunca antes recursos financieros para la población sin seguridad social, aunque aún se estima que el gasto público en salud es insuficiente y no corrige las desigualdades (LUSTIG, 2007).

Las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas se han enfocado en programas y proyectos de carácter asistencial, que en los últimos sexenios se caracterizan por condicionar la entrega de apoyos al cumplimiento de “corresponsabilidades”, con lineamientos y metas recomendadas por el Banco Mundial, como las establecidas en los programas Solidaridad (1988-1996), Progresía (1997-2002), Oportunidades (2002 a la fecha), Microrregiones y su Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP, 2007 a la fecha). Aunque estos programas reconocen la importancia de integrar las dimensiones de salud, alimentación y educación, así como trabajar simultáneamente en la mitigación de la pobreza y la creación de capital humano, las iniciativas más recientes parecen alejarse de la integralidad, como es el caso de la actual Cruzada contra el Hambre.

La focalización ha sido principio rector de estos programas, que determinan que las intervenciones se efectúen a nivel familiar y no en el comunitario, menos en el regional que planteaba el INI. Han suplantado

¹⁸ Algunas clínicas de primer nivel no reciben los pagos y niegan el servicio, hay personas que no encuentran cupo en segundo nivel, o no pueden facilitarse el traslado. No es sólo la distancia, sino el mal estado de los caminos, la precariedad de los medios de transporte y comunicación, la discriminación y el racismo, que es casi universal en las instituciones proveedoras de estos servicios (HARO ENCINAS, 2011).

los apoyos en especie (capacitación, semillas, medicamentos, consultas, hospitalizaciones), que existían en IMSS-COPLAMAR, con su reducción a la entrega de dinero, desplazando estrategias operativas que venían funcionando, como créditos, subsidios o despensas, aunque subsisten algunos componentes, como la entrega de complementos nutricionales a niños de 6 a 59 meses de edad, mujeres embarazadas y en lactancia. Las familias sólo reciben apoyos si cumplen con enviar a sus niños a la escuela, asistir a pláticas (talleres de autocuidado) y consultas médicas preventivas.

Las múltiples evaluaciones coinciden en destacar una serie de factores positivos de estos programas, relacionados con la efectividad de la focalización en la elección de los beneficiarios, que tiende a disminuir las desigualdades gracias al aumento en cobertura del sector salud.¹⁹ Igualmente, se sostiene que han disminuido los gastos catastróficos en salud (SOSA et al., 2011) y que ha sido relevante la disminución de la mortalidad materna e infantil en municipios con acceso al programa, con incremento en el uso de métodos anticonceptivos. También se ha señalado que el Programa incrementa los índices de nutrición en los menores y que en las mujeres aumenta el número de consultas prenatales, así como su asociación con una menor incidencia de bajo peso al nacer (BARBER; GERTLER, 2008). Sin embargo, su impacto en término de creación de capacidades humanas o mejores condiciones de salud ha sido más bien discreto y dudoso (HARO ENCINAS, 2011).

Las modificaciones a la Constitución mexicana y a la Ley General de Salud de septiembre de 2006 obligan al Sistema Nacional de Salud a tomar en cuenta la diferencia y pluralidad cultural de los pueblos indígenas para la elaboración y puesta en práctica de los programas nacionales de salud. Implica el reconocimiento de prácticas ancestrales muy variadas en el formato de las medicinas indígenas tradicionales. No obstante sus sincretismos y disyunciones, los pueblos indígenas poseen un conjunto de conocimientos y prácticas médicas distintivas que son una manifestación de sus propias cosmovisiones y formas de interpretar y transmitir el sentido de la vida y la salud, con un concepto holístico de

¹⁹ Entre los efectos positivos, citan el incremento de consultas médicas preventivas, mejora en la nutrición de los niños y adultos del hogar, así como aumento del gasto familiar en alimentos, mayor capacidad para realizar actividades cotidianas y disminución en días de enfermedad, incapacidad y hospitalización, asimismo el incremento de uso de servicios públicos de salud en detrimento de los privados (SKOUFIAS et al., 2000; GUTIÉRREZ et al., 2005).

armonía que acentúa menos la salud individual.²⁰ Como se observa entre curanderos, hierberos, comadronas, hueseros, sobadores, rezanderos, adivinos, chamanes, brujos, ensalmadores, ahuízotles, *h'menoob* mayas, chupadores, culebreros, *iloletik*, *marakamé*, y un largo etcétera, pues en cada grupo indígena, y a veces también en algunas regiones rurales mestizas, existen formas propias de nombrarles y clasificarles.²¹

Las acciones de la Ssa con enfoque intercultural han pretendido mejorar el acceso a los servicios de salud y la nutrición en poblaciones indígenas, especialmente en niños pequeños y mujeres embarazadas, así como impulsar el desarrollo de la medicina tradicional con capacitación técnica y recursos financieros a organizaciones registradas de terapeutas indígenas (PÉREZ; PÉREZ, 2005). Desde el año 2002, esta secretaría ha conducido programas de capacitación del personal de salud que atiende población indígena, lo cual ha dado lugar a la impartición de numerosos cursos en salud intercultural. También ha implementado distintos departamentos y programas destinados a la atención de los pueblos originarios, como la Dirección de Proyectos Estratégicos en Áreas Rurales e Indígenas, la Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, donde existen programas relevantes, como la sensibilización para pasantes de medicina y enfermería en servicio social (PÉREZ; PÉREZ, 2005).²²

²⁰ Aunque las medicinas indígenas son muy variadas poseen semejanzas significativas, como su cosmovisión, donde la salud es concebida como armonía entre diferentes planos y elementos; la espiritualidad es un factor fundamental para comprender las enfermedades y conseguir la sanación. Pero también son empíricas y atienden casos concretos, como heridas, quemaduras, o alivian síntomas comunes y enfermedades con el apoyo de la fitoterapia y la ritualidad. Constituyen un importante factor de control social y de modulación de las conductas del individuo y del grupo.

²¹ Numerosos estudios asientan la relevancia de la medicina tradicional en el panorama de la atención a la salud y desde hace algunos años se han generado diversas iniciativas comunitarias, civiles, académicas y gubernamentales para fomentar su reconocimiento, reapropiación y revalorización de su uso, especialmente como rescate de saberes y aplicaciones prácticas al interior de los pueblos indígenas. Son copiosas las evidencias y publicaciones sobre la farmacopea de los pueblos indígenas, la efectividad de diversas plantas, recetas medicinales y preparados fitoterapéuticos (ZOLLA et al., 2009). A pesar de estos desarrollos, apenas existe un reconocimiento legislativo de las medicinas tradicionales, que es ambiguo y se presta a usos reduccionistas, limitantes para su ejercicio y visibilización (PAGE, 1995).

²² Otras instancias de la Ssa con programas especiales para población indígena son la Dirección General de Promoción de la Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Han existido varios proyectos orientados a la creación de Programas Regionales de Salud y Hospitales Rurales Mixtos, como las experiencias de Cuetzalan, en la Sierra Norte de Puebla, donde se instaló el primer hospital mixto atendido por personal médico del INI y médicos tradicionales nahuas y totonacos; el Hospital Rural Mixto de Jesús María, en territorio *nayerii-wirráríka* de Nayarit; los de Capulalpan en Oaxaca, Yaxcabá en Yucatán y los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional que puso en operación el Gobierno del Estado de Puebla, además de otras experiencias comunitarias autogestivas.²³ Estos desarrollos han sido muy marginales y actualmente se encuentran en abandono y decadencia.

Algunas conclusiones sobre el terreno

Es evidente que vivimos tiempos de grandes cambios societarios globales y locales, de escalas demográficas y epidemiológicas que aún no podemos medir ni entender lo suficiente para perfilar los impactos en los pueblos indígenas de México y América Latina. En este sentido, una de las tareas más urgentes constituye el desarrollo de procedimientos y sistemas de vigilancia epidemiológica y de la salud que cada pueblo debería elaborar para monitorear el impacto que tienen los proyectos de desarrollo, los programas sociales y las políticas públicas en sus perspectivas de bienestar y salud. Para ello se requieren estrategias de capacitación y empoderamiento que son inéditas pero muy necesarias.

Nos encontramos ante una nueva encrucijada donde el modelo neoliberal exige el despojo de territorios y patrimonios bioculturales a todos los pueblos del orbe y es una situación que tiene graves consecuencias para los pueblos indígenas que no han emigrado. En

y el Programa Caravanas de la Salud. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud promueve la acreditación de unidades con elementos interculturales, e incorpora indígenas al “aval ciudadano” en unidades de salud, que es una figura de control social en el sistema público. También cuenta con un programa de Atención de Tercer Nivel, que funciona mediante convenios con hospitales para atención de indígenas y otros apoyos.

²³ Desde 1990 funciona en San Cristóbal de las Casas el Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional Maya, que pertenece a la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), una de las 57 organizaciones que existen). Destaca también la formación del Consejo Nacional de Médicos Tradicionales (CONAMIT), que en octubre de 1992, entregó al gobierno de la República el Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional.

esta perspectiva, es imperativo que todos los actores revisemos nuestras actuaciones y expectativas. Ante la servidumbre de los gobiernos nacionales a los intereses privados del capital financiero transnacional y sus agentes corporativos, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas públicas y privadas y los organismos de cooperación y las redes sociales, tenemos el reto de replantearnos nuestras estrategias para la gestión del bien común, en el que se encuentran presentes de forma protagónica y centinela los pueblos indígenas de México.

Pese a la bondad retórica y la benevolencia discursiva se manifiesta una marcada negligencia política hacia las comunidades indígenas, como lo demuestra la concesión de grandes superficies a empresas mineras extranjeras, así como la entrega de miles de hectáreas a empresas eólicas y constructoras beneficiadas con la construcción de represas, autopistas, termoeléctricas, mineras, acueductos, puertos y múltiples proyectos turísticos y hoteleros. Si bien se ha propugnado por el reconocimiento y el respeto de las formas de vida, organización, creencias, conocimientos y sabiduría indígenas, el hecho de que los pueblos indígenas no puedan asegurar la posesión y usufructo de sus territorios, y estén siendo invadidos por el narcotráfico y los empresarios, u obligados a migrar por la situación de pobreza, cuestiona la política oficial de salud y bienestar social para los pueblos indígenas, orientada actualmente por acciones predominantemente individualistas y aculturadoras, a pesar del afán discursivo en la interculturalidad y la superación de la pobreza, con modelos que no consideran la opinión de los destinatarios ni sus necesidades más apremiantes, ni tampoco la sustentabilidad ambiental y social.

Aunque las instituciones oficiales identifican las causas de las enfermedades en las condiciones de vida de los pueblos indígenas continúa siendo muy ineficiente e ineficaz la coordinación intersectorial, a la vez que ha crecido la pobreza. Se reconoce la necesidad de mejorar su alimentación y elevar la calidad nutricional, pero se hace muy poco por promover la autosuficiencia alimentaria y proteger a la población del consumismo. Las acciones pasan por alto la diversidad sociocultural y no consideran las formas de convivencia y organización, los usos y costumbres, y mucho menos los efectos a largo plazo de políticas y programas que terminan siendo formas más sofisticadas de perpetuar la desigualdad y favorecer la discriminación mediante su negación y reducción a aspectos clínicos y culturales.

El discurso intercultural en salud tiende a ocultar la inequidad en el acceso a los escasos y precarios servicios públicos que están disponibles

para las comunidades indígenas. La insolvencia gubernamental para garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad se combina con el rezago en regulación secundaria que interprete el texto constitucional y las implicaciones de hacer obligatorio el derecho a la salud, lo cual requiere de solucionar las necesidades indígenas, como también implementar modelos diferenciales de atención a la salud para los pueblos indígenas que no pierdan de vista su heterogeneidad sociocultural y más especialmente sus situaciones locales y regionales. Los avances en materia de derechos indígenas tienden a soslayar e invisibilizar el retroceso que significa la desprotección territorial de los indígenas, no solo para la salud y el bienestar, sino para su propia sobrevivencia. Las políticas actuales, lejos de conseguir sus objetivos retóricos de mejorar la salud y romper el círculo de pobreza y exclusión de los pueblos indígenas, traen como resultado una mayor dependencia externa y la pérdida de sus referentes materiales y culturales, en tanto no constituyen estrategias integrales de desarrollo ni abogan por el respeto a sus patrimonios bioculturales, hoy amenazados por diversos procesos de despojo, privatización y acaparamiento de sus tierras, que constituyen sus perspectivas actuales, junto con la pauperización.

Referencias

- AGUIRRE BELTRÁN, G. (1951). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: IMSS, 1981.
- ALVARADO, C.; MILIAN, F.; VALLES, V. Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, v. 43, n. 5, p. 459-463, 2001.
- ÁVILA, A.; SHAMAH, T. Nutrición de los grupos indígenas en zonas rurales. In: OBSERVATORIO CIUDADANO DE POLÍTICAS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIAS. *Derechos incumplidos, futuros limitados*. Informe Alternativo sobre la vigencia de los derechos de la niñez y la adolescencia en México, dirigido al Comité de los Derechos del Niños con sede en Ginebra. México: OCPNAF, 2005. Disponible en: <<http://www.enlacesolidario.org/observatorio/documentos.html>>. Consultado en: 12 avr. 2010.
- BARBER, S. L.; GERTLER, P. J. The impact of Mexico's conditional cash transfer programme: oportunidades on birthweight. *Tropical Medicine and International Health*, v. 13, n. 11, p. 1405-1414, 2008.
- BARROSO, C. La fecundidad indígena en México bis a bis la visión de los programas oficiales ¿camino divergentes? *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Colima, v. 10, n. 20, p. 79-105, 2004.

- BOEGE, E. El despojo de los indígenas de sus territorios en el siglo XXI. *Rebelión (online)*, 2013. Disponible en: <<http://www.rebellion.org/noticia.php?id=169166>>. Consultado en: 12 jun. 2014.
- CARTWRIGHT, E. *Espacios de enfermedad y sanación: los amuzgos de Oaxaca: entre la sierra sur y los campos agrícolas de Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2001.
- CASTELLANOS, A. (Coord.). *Imágenes del racismo en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Plaza y Valdés, 2003.
- CASTRO, R.; ERVITI, J.; LEYVA, R. Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. S41-S50, 2007.
- CASTRO, S.; ESCOBEDO, P. La prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca, México. *Gaceta Médica de México*, n. 133, p. 527-534, 1997.
- CHACÓN, H.; DURAND, A.; FERNÁNDEZ, S. (Coord.). *Efectos de las reformas al agro y los derechos de los pueblos indios en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 1995.
- COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – CDI-PNUD. *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2006*. México: CDI; PNUD, 2006.
- CORNELIUS, W.; MYHRE, D. (Coord.). *The transformation of rural Mexico: reforming the ejido sector*. La Jolla: Center for U.S.-Mexican Studies, University of California, San Diego (UCSD), 1998.
- FERNÁNDEZ HAM, P. *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas*. México: Centro de Estudios en Población y Salud-SSP, 1993.
- FERNÁNDEZ HAM, P. Las identidades étnicas en México. *Este País*, n. 241, p. 31-34, 2011. Disponible en: <<http://estepais.com/site/?p=33528>>. Consultado en: 21 jan. 2014.
- FREYERMUTH, G. *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS-INM-Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, 2003.
- GONZÁLEZ MONTES, S. La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. In: TORRES-FALCÓN, M. (Coord.). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, 2004. p. 153-193.

GUERRERO, F.; RODRÍGUEZ, M.; SANDOVAL, F. Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente en la población rural de Durango, México. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, v. 2, n. 6, p. 386-390, 1997.

GUEVARA, Y. et al. Enteroparasitosis en poblaciones indígenas y mestizas de la Sierra de Nayarit, México. *Parasitología Latinoamericana*, v. 58, n. 1-2, p. 30-34, 2003.

GUTIÉRREZ, J. P. et al. Impacto de oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. In: HERNÁNDEZ, B.; HERNÁNDEZ, M. *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005. Tomo II.

HARO ENCINAS, J. A. et al. (Coord.). *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe: un modelo para construir*. Hermosillo: El Colegio de Sonora-CIAD-Conaculta-Unison-INI, 1998.

HARO ENCINAS, J. A. Etnicidad y salud: estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y Sociedad*, v. 20, n. 2, p. 265-313, 2008.

HARO ENCINAS, J. A. De aciagas oportunidades: evaluación de un programa de combate a la pobreza en tres regiones indígenas del sur de Sonora, México. *AM, Rivista Della Società Italiana di Antropologia Medica*, número especial sobre antropología médica en México, coordinado por R. M. Osorio, p. 365-402, 2011.

HERNÁNDEZ BRINGAS, H.; JIMÉNEZ, R.; RUÍZ, G. Perfil de la mortalidad en zonas indígenas de México. In: LOZANO, F. *El amanecer del siglo y la población mexicana*. REUNIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO, 6., Cuernavaca. *Anales...* México: CRIM, UNAM, SOMEDE, 2002. p. 35-58.

HERNÁNDEZ, D. et al. Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 131-138, 2008.

HERRERA, M. C. et al. La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 19, n. 2, p. 69-78, 2006.

HEWIT DE ALCÁNTARA, C. *Imágenes del campo: la interpretación de lo rural en la antropología mexicana*. México: El Colegio de México, 1991.

HURTADO, J. M. et al. *Prevalencia de diabetes mellitus en población Náhuatl*. Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Química Médica, Querétaro, México, 1 a 8 de septiembre, 2006. Disponible en: <<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-07-2007/index.html>>. Consultado en: 12 jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA – INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: Inegi, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA – INSP. Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas: retos para el sistema de protección social. In: *Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012 Evidencia para la política pública en salud*. México: INSP, 2012. Disponible en: <<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Indigenas.pdf>>. Consultado en: 11 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA – INI – PNUD – INEGI – STPS – SEDESOL – OIT. *Encuesta Nacional de Empleo en Zonas Indígenas (ENEZI)*. México: Inegi, 1997.

LAKIN, J. Mexico's Health System: more comprehensive reform needed. *PLoS Med*, v. 6, n. 8, 2009.

LAURELL, A. C. La cobertura médica del Seguro Popular. *La Jornada*, 25 ene. 2012. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2012/01/25/ciencias/a03a1cie>>. Consultado en: 28 set. 2012.

LEAL, G. ¿Protección social en salud?: ni “seguro”, ni “popular”. *Estudios Políticos*, México, n. 28, p. 163-193, 2013.

LEYVA, R. et al. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, v. 55, sup. 2, p. S123-S128, 2013.

LÓPEZ BÁRCENAS, F. Reforma constitucional y derechos indígenas en México: entre el consenso y la ilegitimidad. In: ESPINOZA SAUCEDA, Guadalupe et al. *Los derechos indígenas y la reforma constitucional en México*. México: Centro de Orientación y Asesoría a Pueblos Indígenas, 2001. p. 9-43.

LÓPEZ BÁRCENAS, F. *Legislación y derechos indígenas en México*. 2. ed. México: Cámara de Diputados; Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria, 2009.

LÓPEZ Y RIVAS, G. *Nación y pueblos indios en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdéz-UIA, 1995.

LUSTIG, N. Políticas públicas y salud en México. *Nexos*, v. 29, n. 358, p. 49-55, 2007. Disponible en: <http://www.nexos.com.mx/vers_imp.php?id_article=1494&id_rubrique=651>. Consultado en: 13 jun. 2011.

MACHINEA, J. L.; BÁRCENA, A.; LEÓN, A. (Coord.). *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el caribe*. Washington: OPS, 2005.

MARROQUÍN, A. *Balance del indigenismo: informe sobre la política indigenista en América*. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1977.

MARTÍNEZ CORIA, R. Poblaciones indígenas desplazadas por conflicto armado en México: diálogo político, cooperación multilateral y

transformación legislativa. In: TORRES, O. (Coord.). *El desplazamiento forzado interno en México*. Un acercamiento para su reflexión y análisis. México: Ciesas, Colson, Senado de Chiapas, 2013. p. 195-219.

MARZAL, M. *Historia de la antropología indigenista: México y Perú*. Barcelona: Anthropos-UAM, 1983.

MENÉNDEZ, E. L. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, v. 5, n. 2, p. 155-179, 2009.

MONTEMAYOR, C. *Los pueblos indios de México: evolución histórica de su concepto y realidad social*. México: Random House Mondadori, 2008.

MONTERO, E. Mortalidad en un área indígena de Veracruz: enfermedades transmisibles y no transmisibles. *Papeles de Población*, v. 17, n. 68, p. 41-68, 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200003&lng=es&nrm=iso>. Consultado en: 19 nov. 2012.

MUÑOZ, M. La reforma indígena y el acceso a los servicios de salud. In: CARBONELL, M.; PÉREZ, K. *Comentarios a la reforma constitucional en materia indígena*. México: UNAM, 2002. p. 127-144.

NAHMAD, S. Los acuerdos y los compromisos rotos y no cumplidos con los pueblos indígenas de México. In: HERNÁNDEZ, A.; PAZ, S.; SIERRA, M. T. (Coord.). *El Estado y los indígenas en tiempos del PAN*. México: Ciesas; Miguel Ángel Porrúa, 2003. p. 81-120.

PAGE, J. T. Política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-211, 1995.

PÉREZ, D.; PÉREZ, T. B. *Acciones de gobierno en materia de salud para los pueblos indígenas*. México: OPS-OMS, 2005. Disponible en: <<http://www.mex.ops-oms.org>>. Consultado en: 6 oct. 2012.

RODRIGUEZ-MORÁN, M. et al. Cardiovascular risk factors and acculturation in yaquis and tepehuanos indians from Mexico. *Archives of Medical Research*, v. 39, p. 352-357, 2008.

SÁNCHEZ, G. *Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades*. Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II, El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.

SCHULZ, L. O. et al. Effects of traditional and western environments on prevalence of type 2 diabetes in Pima indians in Mexico and the U.S. *Diabetes Care*, v. 29, n. 8, p. 1866-1871, 2006.

SECRETARÍA DE SALUD – SSa. *Mujer indígena: la salud de la mujer en México*. México: Dirección General de Salud Materno Infantil, 1990.

SECRETARÍA DE SALUD – SSa. *Programa Nacional de Salud 2007-2012: por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SSa, 2007.

SKOUFIAS, E. et al. *Informe de los resultados obtenidos de una evaluación realizada por el IFPRI: síntesis de evaluación de impacto*. México: International Food Policy Research Institute, 2000.

SOSA, S.; SALINAS, A.; GALÁRRAGA, O. Impacto del seguro popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008. *Salud Pública de México*, v. 53, sup. 4, p. 425-435, 2011.

TÁMEZ GONZÁLEZ, S.; EIBENSCHUTZ, C. El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 10, n. 1, p. 133-145, 2008.

TORRES, J. L. et al. La salud de la población indígena en México. In: FUNSALUD. *Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: UNAM, 2003. p. 41-55.

VÁSQUEZ SANDRÍN, G.; REYNA, A. (Coord.). *Retos, problemáticas y políticas de la población indígena en México*. México: Miguel Ángel Porrúa, UNFPA, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2011.

VÁZQUEZ, V.; FLORES, A. Uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas: un estudio de caso del sureste veracruzano. *Salud Pública de México*, v. 24, n. 93, p. 153-177, 2003.

VILLORO, L. *Los grandes momentos del indigenismo en México*. México: El Colegio de México, 1996.

ZAMARRÓN, N. Análisis sobre la cobertura universal del Seguro Popular en México. *Encrucijada. Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública*, FCPyS, UNAM, n. 10, p. 1-10, 2012.

ZOLLA, C. et al. *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*. México: INI, 2009. Disponible en: <<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>>. Consultado en: 10 jun. 2010.

ZOLLA, C.; ZOLLA, E. *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*. México: Programa México Nación Multicultural (PUMC); UNAM, 2004.

Capítulo 2

Políticas de salud indígena en Venezuela (con un comentario sobre la participación y el contexto)¹

Germán Freire

Introducción

Entre el 2004 y el 2010, Venezuela experimentó uno de los avances mas significativos en materia de políticas de salud para la población indígena de su historia, liderado desde una recientemente creada Dirección de Salud Indígena (DSI), adscrita al Despacho del Ministerio de Salud. Esta Dirección formaba parte de otra serie de reformas administrativas mas amplia, orientada a atender a este sector de la población tradicionalmente marginado. La velocidad y alcance de las políticas desarrolladas desde la DSI se debieron al encuentro de varios factores: un pico económico importante, un cambio en la valoración oficial del componente indígena de la nación, una serie de Ministros de Salud particularmente sensibles a la problemática indígena y, sobre todo, una generación de jóvenes profesionales indígenas ansiosos por liderar la aplicación de políticas públicas en sus comunidades. Mas allá del análisis del desarrollo de estas políticas y las condiciones concretas en las que se dieron, quiero utilizar estos eventos para reflexionar, en

¹ Agradezco a Jean Langdon y Marina Cardoso por su invitación a la mesa-redonda de la que se desprendió este artículo y a José Antonio Kelly por sus comentarios y hospitalidad en Florianópolis.

la última sección de este artículo, sobre dos temas centrales para la antropología médica aplicada. Uno muy discutido, el de la participación indígena, y otro quizá menos comentado, el del contexto de las políticas públicas.

Venezuela no hizo distinciones significativas en el diseño de políticas públicas de salud para la población indígena hasta hace menos de diez años. Al contrario, como en casi toda la región, el acceso a la salud era usado como herramienta de asimilación de estas poblaciones por la sociedad mayoritaria (ZENT; FREIRE, 2011). En la última década, sin embargo, han habido importantes avances – si bien insuficientes – tanto en el aspecto legal y conceptual en el que se enmarca la salud indígena como en el desarrollo de programas específicamente diseñados para atender sus particularidades de salud. Si bien estas políticas son muy recientes para arribar a conclusiones definitivas, la exposición de algunas de estas iniciativas y de las dificultades que han encontrado en el camino presentan datos que creo son relevantes para el análisis comparado de las políticas de salud hacia la población indígena en la región.

Antes de esto, sin embargo, y también por motivos comparativos, creo que es importante señalar la lógica político económica en la cual se insertan las políticas públicas en Venezuela, sean para indígenas o no, ya que son determinantes de la evolución y el comportamiento de los diversos sistemas de salud que existen en el país, así como de la relación que la población establece con el estado, sus instituciones y sus políticas de salud pública. Esto último se refiere, mas concretamente, al impacto de la economía petrolera en el desarrollo del sistema nacional de salud, que se inscribe dentro de un fenómeno que algunos economistas han denominado “la paradoja de la abundancia” (KARL, 1997).²

Petróleo y salud

El inicio de la explotación petrolera comercial en la segunda década del siglo XX marcó un cambio dramático en la sociedad venezolana, que en muy pocos años paso de una sociedad mayoritariamente rural y agrícola a una urbana y petrolera. La velocidad y profundidad de este cambio determinaron las visiones, expectativas y relaciones que los

² Una variante petrolera de lo que los economistas también conocen como “la maldición de los recursos” o “la enfermedad holandesa”.

venezolanos establecerían con el Estado hasta el día de hoy (CORONIL, 1997; KARL, 1997). El sistema de salud pública venezolano, como todo el aparato de gobierno, se formó en el contexto de estos cambios y estuvo por ende sumergido desde sus inicios en la lógica del petroestado.³ Por otro lado, el crecimiento acelerado de la población urbana y su peso creciente en la definición de políticas públicas, estimuló el desarrollo de sistemas públicos de salud altamente centralizados y de enfoque urbano/hospitalario. Mientras que las políticas de salud eran sometidas, desde sus orígenes, a los vaivenes del mercado petrolero, caracterizado por ciclos muy marcados de abundancia y escasez, que generan ciclos fiscales altamente contrastantes. Entre otras consecuencias, estos ciclos estimulan el desarrollo de políticas cortoplacistas, debido a la inseguridad de financiamiento con la que actúan los entes del Estado.

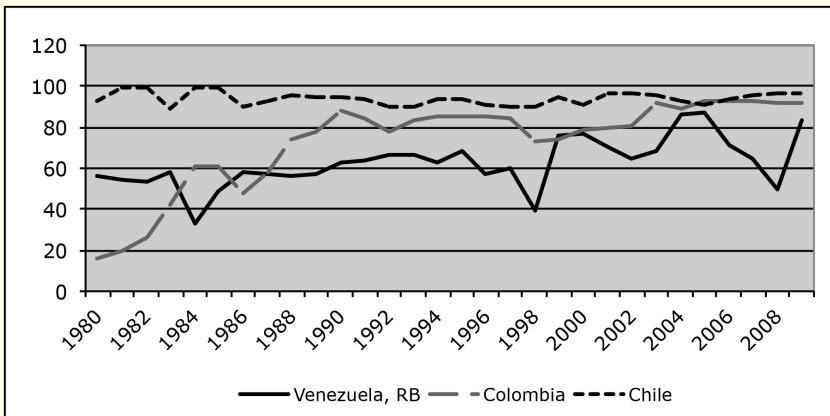
La poca visión de largo plazo llevó al desarrollo paulatino de un mosaico fragmentario de sistemas de salud, con poca coordinación entre sí y pobremente regulados. Como mínimo, uno debía mencionar la red nacional del Ministerio de Salud, que en zonas indígenas coordina la red de atención rural (ambulatorios de atención primaria y diagnóstico básico); el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, que tiene su propia red médico hospitalaria para los trabajadores afiliados; múltiples sistemas privados (hospitales, clínicas, sistemas administrados por organizaciones religiosas – de gran importancia en las zonas indígenas); y, desde el 2003, la Misión Barrio Adentro, un sistema paralelo a la red nacional de salud financiado por la empresa petrolera del estado (PDV), que funciona con gran parte de personal e insumo cubanos, producto de un convenio integral de cooperación firmado por los dos países. El solapamiento de funciones, la descoordinación y la escasez de estrategias y metas unificadas ha hecho que Venezuela tenga históricamente un desempeño inferior al de países con gastos en salud *per capita* similares, como Chile, e incluso menores, como Colombia (ver figura 2.1).

Estimulados por la lógica rentista, además, la planificación de políticas públicas quedó supeditada a la disputa continua por el presupuesto (TRUJILLO, 2004). Hasta el 2005, por ejemplo, el presupuesto del sistema público de salud se distribuía de acuerdo a la historia de gastos de cada oficina, más que por sus metas, pues el financiamiento de todas las oficinas públicas se calculaba en base a la capacidad de ejecución de fondos durante el período fiscal anterior,

³ El Ministerio de Salud, por ejemplo, se fundó en 1936, fecha a partir de la cual el estado venezolano comienza a asumir las riendas en materia de salud pública por primera vez.

premiando así apatía y diligencia por igual. Las necesidades del sistema de salud eran entonces relegadas muy frecuentemente a la necesidad de mantener un presupuesto preasignado. La campaña contra el mal de Chagas, por ejemplo, consistente en la sustitución de viviendas de barro y palma por cemento y zinc y el rociado periódico con DDT, entre otras, se extendió a todas las zonas rurales e indígenas del país, incluso a las selvas húmedas y territorios por encima de los 2.500 metros sobre el nivel del mar, donde el Chagas no es endémico pues el chipo transmisor del parásito es inviable (MERINO, [19--]).

Figura 2.1 – Inmunizaciones, DPT (% de niños con edades entre 12 y 23 meses)



Fuente: Banco Mundial (2011).

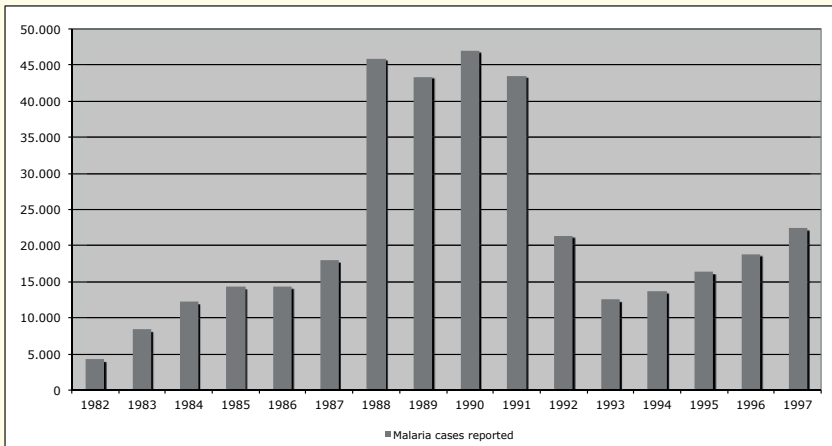
Los ciclos petroleros tienen, por esto, efectos palpables en la salud de los venezolanos. Entre los años 1960 y los años 1980, por ejemplo, un período caracterizado por altos precios del petróleo, el gasto público en salud se mantuvo al 9% del presupuesto nacional (aproximadamente 6% del PBI). Durante este período hubo una expansión importante del sistema nacional de salud a las zonas rurales, con el establecimiento de ambulatorios rurales, abastecidos con medicamentos y algunos equipos básicos, y se inició uno de los programas de mayor impacto entre las comunidades indígenas, el programa de Auxiliares de Medicina Simplificada (1961). La expectativa de vida al nacer creció de 50 a 70 años entre 1950 y 1985, debido a una disminución dramática en la mortalidad infantil, que pasó de 83 por mil a 37 por mil entre 1960 y 1985 (Banco Mundial).

Entre los 1980 y los 1990, en contraste, comienza un período de

crisis debido al derrumbe del precio del petróleo mundial, que perdió dos tercios de su valor en solo seis años (1980-1986). En consecuencia, el gasto en salud *per capita* se redujo a la mitad de la década anterior, por lo que se comienzan a desfinanciar algunos programas exitosos, como el de medicina simplificada o el de control de la malaria. Para los 1990, menos del 30% de la población utilizaba los sistemas nacionales de salud y mas del 70% de los gastos en salud eran privados (D’ELIA, 2008; MUNTANER et al., 2008). El calamitoso estado de la red de salud se usaba como prueba de la incapacidad del estado para administrar estos servicios, lo que llevó al país a aplicar a rajatabla políticas de apertura comercial del sector salud que pretendían, otras medidas, incluir el cobro por servicios de emergencia y la privatización de toda la red (D’ELIA, 2008; MUNTANER et al., 2008).

Como consecuencia de la crisis, durante los 1990 el crecimiento en expectativa de vida en Venezuela se estancó, mientras en otros países de la región siguió creciendo. El porcentaje de niños menores de 5 años con pesos por debajo de la norma en los sectores mas pobres creció de 13% a 30%; el porcentaje de estos con problemas de desnutrición severa creció de 12.5% a 24% (TRUJILLO, 2004, p. 41). En algunas zonas indígenas, como el estado Amazonas, en los 1980 muchas comunidades indígenas volvieron a utilizar tecnologías tradicionales y se replegaron a sus territorios ancestrales en vista de la contracción del Estado (MANSUTTI, 1990; PERERA, 1995).

Figura 2.2 – Casos reportados de malaria entre 1982 y 1997



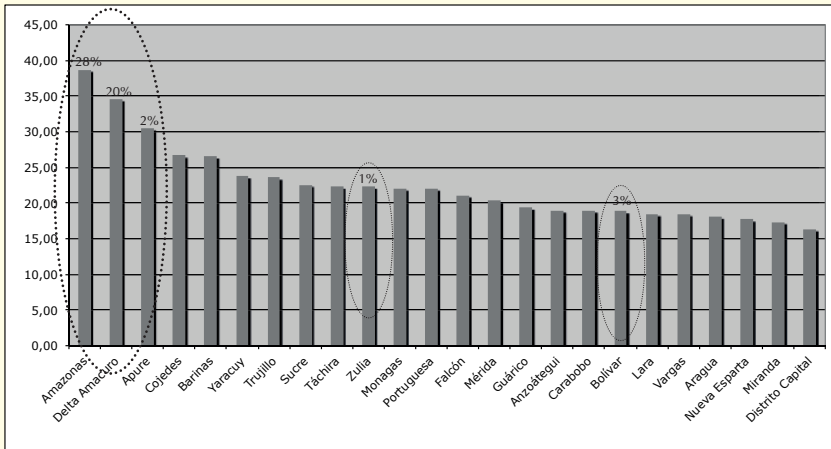
Fuente: Banco Mundial (2011).

Existe además una correlación entre el auge de algunas enfermedades comunicables (malaria, TB, Chagas, dengue) y no comunicables (deficiencias nutricionales, enfermedades cardiovasculares, etc.) y los picos de expansión y contracción del mercado petrolero, con tendencias que se acentúan en los sectores mas marginados (TRUJILLO, 2004). Los casos reportados de malaria, por ejemplo, hicieron pico a finales de los 1980 y principios de los 1990, cuando la crisis económica golpeaba mas fuertemente a los venezolanos (ver figura 2.2).

Dado el enfoque urbano hospitalario y la poca flexibilidad del sistema nacional de salud, en las zonas indígenas estas tendencias se acentúan. Las regiones del país con los peores indicadores de salud son las regiones donde la población indígena representa un porcentaje mayor de la población. Amazonas, por ejemplo, donde la población indígena representa casi un tercio del total, tiene una mortalidad infantil casi tres veces mas alta que el Distrito Capital. En el Delta del Orinoco, donde la población indígena – principalmente Warao – representa un quinto del total, la mortalidad infantil es dos veces y medio mas alta (ver figura 2.3). Pero estas tendencias se agudizan si se considera los sectores criollo e indígena por separado en estos territorios. En Amazonas, por ejemplo, los Yanomami (circa 12 mil personas) tienen una mortalidad infantil 20 veces superiores al promedio nacional (KELLY; CARRERA, 2007), mientras que en el Delta los Warao tienen una mortalidad infantil hasta 30 veces superiores al promedio nacional (WILBERT; AYALA, 2007). La esperanza de vida de poblaciones indígenas del país llega a ser hasta 40 años mas corta que la del promedio nacional (ZENT; FREIRE, 2011).

Las razones para el abismo que separa los indicadores de salud de las poblaciones indígenas y los de la población criolla (incluso en sus sectores mas pobres) tiene que ver con la omisión histórica de los primeros de los planes de salud del Estado. A mediados de los 1990, un estudio del gasto público en salud en Amazonas encontró que en el interior del estado, donde se concentra la mayor parte de la población indígena, se invertía 13 veces menos que en las zonas urbanas, a pesar de representar un territorio equivalente a dos veces el área de Portugal (TORO, 1997). Mas aún, el 75% del gasto de Amazonas se concentraba en el único hospital de la capital (TORO, 1997). Como consecuencia de esto, en el Alto Orinoco la red de salud no alcanzaba a mas del 30-40% de la población indígena (KELLY, 2011). En el Delta y en los llanos occidentales la mayor parte de la población indígena no tenía contacto con la red de salud tampoco.

Figura 2.3 – Mortalidad infantil por región, 2010, mostrando estados con mayor proporción de población indígena



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (2011).

A pesar de esto, el impacto de la expansión del sistema nacional de salud a regiones como Amazonas, si bien precario, es incuestionable. La efectividad de la atención primaria prestada por las Misiones Nuevas Tribus fue un elemento determinante de su poder de conversión – y coerción (ZENT, 1993; ZENT; FREIRE, 2011). La prestación de servicios biomédicos también fue clave en el establecimiento de centros cada vez mas poblados y longevos alrededor de misiones católicas y centros criollos. El acceso a estos servicios es, de hecho, uno de los principales estímulos para el acercamiento indígena a las zonas de ocupación criolla (ZENT, 1993), si bien esta concentración genera problemas de acceso a la tierra, desplazamientos a zonas ecológicas con menor capacidad de carga, sin historial de uso (que es esencial para los sistemas agrícolas indígenas), entre otros (ZENT; FREIRE, 2011).

Un estudio detallado del impacto de las epidemias que azotaron a la población Barí de la Sierra de Perijá a partir de su primer contacto pacífico en 1960, cuya población se redujo entre 50% y 70% en algunas áreas, mostró que éstos no hubieran sobrevivido sin la ayuda de los servicios de salud (LIZARRALDE; LIZARRALDE, 2011).

Durante las últimas cuatro décadas las tasas de crecimiento anual de gran parte de la población indígena del país han oscilado entre el 2% y 3% como resultado, en gran parte, de un acceso creciente a los servicios de salud (FREIRE; TILLET, 2007). Al menos un estudio de

dos segmentos de la población Piaroa, uno con y otro sin acceso a los servicios de salud, confirma que el crecimiento en poblaciones con acceso a la biomedicina es 65% más rápido (ZENT, 1993).

Así que el impacto de la biomedicina en territorios indígenas de Venezuela es definitivamente positivo, si bien, en general, la red de salud nacional no tuvo ni la capacidad ni la voluntad de adaptar sus programas y objetivos a las necesidades especiales de la población indígena hasta hace muy recientemente y el servicio que se les ha prestado ha estado muy por debajo de los estándares de otras regiones.

Políticas de salud para la población indígena

El camino hacia la privatización de los servicios de salud que venía recorriendo Venezuela desde finales de los 1980 se vio abruptamente interrumpido en 1999, con la llegada de Hugo Chávez a la presidencia. La salud ocupó un lugar prominente en el programa político que lo llevó al poder y fue un componente importante en las discusiones que llevaron a la redacción de una nueva Constitución a finales de ese año. En ésta, se definió la salud como un derecho gratuito y universal, responsabilidad del Estado, y se promovió la participación comunitaria en la planificación, la ejecución y el control de las políticas nacionales de salud (arts. 84, 85, 86).

Ese año marcó también un cambio conceptual importante en la relación general del estado venezolano con los pueblos indígenas, en gran parte debido a la iniciativa política de las propias comunidades durante el proceso de discusión de la nueva carta política. La Constitución de 1999 incluyó ocho artículos específicamente destinados a los pueblos indígenas (arts. 119-126), hasta entonces gobernados por una infame Ley de Misiones de 1915, que delegaba sus derechos civiles en la Iglesia. Entre el articulado de la Constitución, el artículo 122, en particular, reconoció el derecho de los pueblos indígenas a una salud que considere sus prácticas y culturas, a la vez que dio estatus legal a sus medicinas tradicionales (“con sujeción a principios bioéticos”). Adicionalmente, el artículo 169 de la OIT fue adoptado como ley en el 2001 y en el 2005 fue aprobada la Ley de Pueblos y Comunidades Indígenas, que dio forma y contenido a lo dispuesto en la Constitución en materia de salud indígena (TILLET, 2011).

En la práctica, mientras el gasto en salud subió del 2% al 9% del PBI, una de las iniciativas de mayor impacto en la materia fue la expansión de la Misión Barrio Adentro (MBA) a las zonas rurales e indígenas. La

MBA fue originalmente un programa social enfocado en la atención primaria de zonas urbanas de escasos recursos, llamadas *barrios* en Venezuela, que nace en el 2003 con el Convenio de Cooperación Integral Cuba-Venezuela. Entre otras cosas, este convenio planteaba el intercambio de asistencia y personal de las Brigadas Cubanas de Salud por petróleo venezolano. Uno de los aspectos novedosos y mas exitosos de la MBA fue la implantación de médicos de la Brigada Cubana en casas dispuestas por las comunidades organizadas de los barrios, incorporando a las comunidades en la planificación y logística de la expansión de la red, al menos al principio (ALVARADO et al., 2008). En pocos años, la MBA se expandió y consolidó como un sistema de salud paralelo al Sistema Nacional de Salud, mejor dotado y coordinado, y se expandió a niveles de atención y tratamiento mas sofisticados que el ambulatorio (e.g. establecimientos prehospituarios conocidos como Módulos de Diagnóstico Integral, Centros de Rehabilitación y clínicas especializadas). Para el 2006 la MBA tenía mas de 8.600 puntos de consulta (ALVARADO et al., 2008) y el sistema comenzaba a abarcar comunidades indígenas de zonas urbanas y peri-urbanas.

El impacto y la valoración de la MBA entre la población indígena es altamente positivo (FREIRE; TILLET, 2007), si bien la forma como se implementó este programa replicó algunos de los problemas del viejo sistema. Entre otros, el mas notorio fue la paulatina centralización de las decisiones y la concentración de los servicios en los centros de atención primaria preexistentes. Con lo cual se acentuaba la fuerza centrípeta de estas áreas en relación con el resto de la población indígena. También, los centros de planificación de la MBA tienen poca disponibilidad a adaptar la metodología de trabajo a las realidades y puntos de vista de los pueblos indígenas, reproduciendo el modelo de gasto característico de etapas anteriores, tales como la creación de un Centro de Diagnóstico Integral y Rehabilitación valorado en cientos de miles de dólares en el Alto Orinoco, donde menos del 70% de la población indígena tiene acceso a los programas mas básicos de inmunización.⁴

En referencia a las políticas específicamente diseñadas para la población indígena, la mas interesante y de mas alto impacto fue la creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena, dentro del Ministerio de Salud, cuya historia institucional refleja, en sí misma, aspectos de política pública para indígenas en Venezuela que vale la pena resaltar.

⁴ Cf. KELLY; CARRERA, 2007.

La DSI nació en el 2003 como Grupo de Trabajo en Salud y Desarrollo Social de Pueblos y Comunidades Indígenas – conformada por una médica y tres antropólogos – con el objetivo de acompañar en la armonización de las políticas de salud en territorios indígenas. En la práctica, el Grupo de Trabajo se centró en atender problemas concretos de comunidades indígenas que solicitaban apoyo, pero con poca incidencia real en la política pública (TILLET, 2011). En junio del 2004, sin embargo, un hecho fortuito consolida esta oficina como Coordinación Intercultural de Salud con los Pueblos Indígenas (CISPI), por quedar en manos de la hija del Jefe de Gabinete y mano derecha de Chávez (el ministro que mas tiempo ha servido en el gobierno hasta el día de hoy). Diseñadora de formación, su breve paso por la oficina no deja mucho en términos de políticas concretas, pero asegura un presupuesto importante y un espacio físico dentro de la estructura del MS, directamente adscrito al Despacho del Ministro. En diciembre del mismo año asume la conducción del MS Francisco Armada, formado en salud pública y con experiencia en Amazonas, quien pone al frente del CISPI a Noly Fernández, medica epidemióloga de la etnia Wayúu con experiencia en la Guajira (noroeste venezolano). En ese momento comienza una expansión sin precedentes de las funciones y tamaño de la oficina.

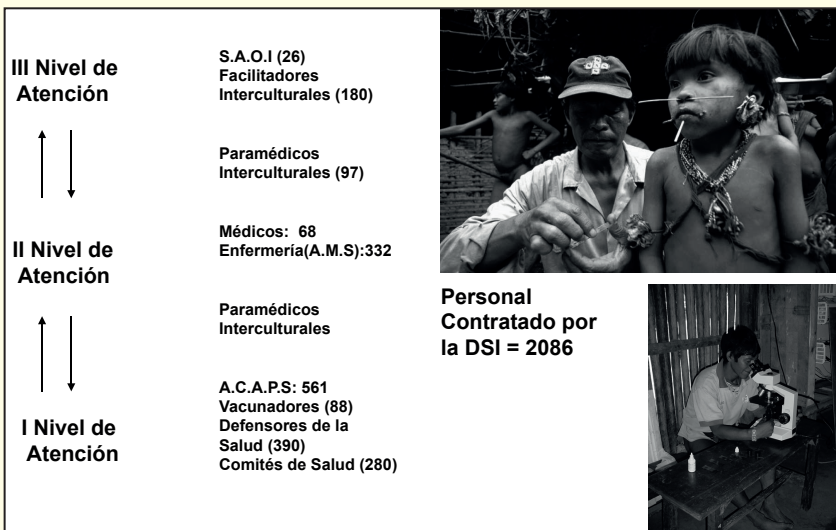
Con la llegada de Noly Fernández al MS se dio un encuentro de folklores, por tomar prestada una expresión de Sahlins, que resultó funcional a los intereses de los pueblos indígenas. El folklore burocrático venezolano – altamente dependiente de las relaciones directas con las fuentes de poder para su funcionamiento – y el folklore de un grupo de profesionales indígenas que tomaron las riendas de esta oficina, dominados principalmente por miembros del pueblo Wayúu, con una amplia historia de relaciones con la sociedad occidental, una gran tradición comercial, una fuerte representación guerrera en el imaginario del venezolano promedio y un desdén por las formas burocráticas. Desde el CISPI, esta cohorte de líderes indígenas pudo establecer un diálogo directo con las mas altas esferas del poder dentro y fuera del MS, saltándose a menudo los tramites y costumbres institucionales que ponen freno al desarrollo de políticas en el país.

A partir del 2005, la Coordinación comienza a funcionar con presupuesto propio y recursos extraordinarios provenientes del Banco de Desarrollo Económico y Social (BANDES) y en diciembre del 2006 se convierte en Dirección de Salud Indígena, adscrita a la Dirección General del Despacho del Ministro. Así, pasa a ser en un muy breve

tiempo un verdadero brazo ejecutor de las políticas de salud para los pueblos indígenas.

A pesar de que en origen la idea de una oficina de salud para los pueblos indígenas era prestar apoyo técnico y asesoramiento a las instancias ejecutoras de la política de salud dentro del ministerio, con miras a establecer un enfoque transversal de sensibilización a la realidad multicultural nacional, la DSI eventualmente se convirtió en un organismo ejecutor, verdaderamente multiétnico y multidisciplinario. Hacia el 2010 la oficina tenía alrededor de 2.200 empleados, entre personal administrativo y técnico, distribuidos en todo el país, mayoritariamente indígenas (ver fig. 2.4). Estos cubrían los niveles primario, intermedio y hospitalario de atención, e incluía personal de vigilancia epidemiológica y apoyo comunitario (Defensores de Salud); vacunadores; comités de salud, que participan en el diseño e implementación de políticas de salud en sus comunidades; Agentes Comunitarios en Atención Primaria en Salud (ACAPS), antiguamente conocidos como Auxiliares en Medicina Simplificada (AMS); enfermeros, médicos, y facilitadores interculturales que trabajaban dentro de los Servicios de Atención y Orientación al Indígena (SAOI), en 27 hospitales a lo largo del país.

Figura 2.4 – Estructura de la red de salud indígena en territorios indígenas



Fuente: DSI (2010).

Así, las funciones de la DSI crecieron de manera exponencial a partir del 2005 y se expandieron a casi todas las áreas de atención al paciente indígena, por lo que es difícil hacer un resumen de todas las políticas desarrolladas desde ahí. Sin embargo, para los fines de este artículo, quisiera enumerar algunas.

Los Servicios de Atención y Orientación al Indígena (SAOIs)

Los SAOIs son oficinas con personal indígena bilingüe entrenado para facilitar el tránsito y la atención de la población indígena en los hospitales y clínicas que atienden habitualmente población indígena. Los SAOIs buscan dar atención y orientación a los pacientes indígenas mediante el acompañamiento de “facilitadores interculturales bilingües” que originalmente cumplían funciones de traducción y gestión de los diferentes servicios hospitalarios, pero que eventualmente han ido expandiendo sus funciones. Los facilitadores interculturales hoy también llevan a cabo la recolección y seguimiento de los registros e historia médica de pacientes indígenas, además de producir la primer base estadística nacional, a nivel de hospital, sobre este sector de la población, por ejemplo.

Este programa atrajo gran atención tanto en el país como en el exterior y en la actualidad se encuentran en funcionamiento 27 SAOIs en 10 estados, que contratan a poco menos de 200 facilitadores interculturales, profesionales indígenas en su mayoría hablantes de su lengua y del español. Entre el 2005 y el 2010, los SAOIs atendieron más de 200 mil pacientes indígenas (DSI, 2010). Esto representa, sin lugar a dudas, uno de los avances más significativos en el país – y en la región – en la adecuación de los servicios hospitalarios al sector indígena de la población (TILLET, 2011). El celo de este personal llevó en algunos casos a roces con el personal de los hospitales y centros de salud, especialmente con el personal administrativo, poco habituado al monitoreo y supervisión de sus funciones. Sin embargo, el consenso sobre la conveniencia de este servicio es generalizado y varios hospitales de diferentes regiones comenzaron a solicitar la creación de SAOIs en sus instalaciones luego de que comenzaron a funcionar las primeras experiencias piloto en Maracaibo.

Planes de salud Yanomami, Apure y Delta

Otro de los programas novedosos de la DSI fue la aplicación de planes de salud especiales, orientados a cubrir las deficiencias en las zonas más desamparadas por el Sistema Nacional de Salud. En particular, entre el 2005 y el 2010 se crearon tres planes para las zonas con los peores indicadores de salud del país, con esperanzas de vida al nacer entre 35 y 45 años por debajo de la media nacional y con tasas de mortalidad infantil de 10 a 30 veces por encima de la media. El primero de estos programas fue el Plan de Salud Yanomami (PSY), que surgió a partir de los compromisos adquiridos por Venezuela ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 1999, tras la denuncia por la resonada masacre de Hashimú, de 1993, en la que 16 Yanomami fueron asesinados por mineros ilegales brasileños (garimpeiros) (KELLY; CARRERA, 2007).

Los Yanomami habitan de manera dispersa un área equiparable al territorio de Austria y a la mayor parte de su territorio solo se puede acceder por vía aérea, río, a pie o, más frecuentemente, una mezcla de todas éstas. Muchas de sus comunidades no tienen aún relaciones estables con la sociedad occidental. Sin embargo, gran parte de su población ha acentuado una tendencia a concentrarse en grandes comunidades ubicadas alrededor de los centros de distribución de bienes y servicios occidentales (especialmente asentamientos misioneros con servicios médicos, propios o del estado). Esto ha afectado notablemente su salud, tanto desde el punto de vista epidemiológico – debido a su mayor exposición – como nutricional – debido al agotamiento de recursos en zonas de mayor densidad poblacional y al cambio de hábitos productivos y alimenticios. A pesar de esto, menos del 40% de su población tenía acceso a alguna forma de atención médica en el 2005, y la mortalidad infantil en esas “zonas privilegiadas” era 10 veces más alta que el promedio nacional (KELLY; CARRERA, 2007).

Entre las líneas de acción principales del PSY estaban la consolidación de la red sanitaria – infraestructura y personal – existente en el área, que hasta entonces se caracterizaba por la inconstancia de la presencia médica y la pobre dotación médica e instrumental. También se buscó expandir el sistema de salud a zonas subatendidas o desatendidas, incluyendo zonas de su territorio a los programas de vacunación que nunca antes habían sido cubiertas. Finalmente, se trabajó en la formación de personal Yanomami en la provisión de servicios médicos

básicos (como enfermeros, agentes comunitarios y paramédicos). Como parte de esta última iniciativa, se hizo énfasis en la formación de personal Yanomami en su propia lengua, lo cual buscaba eliminar el círculo vicioso que se suele establecer entre la occidentalización – cambio de hábitos, patrones de asentamiento, etc. – y el acceso a los servicios médicos.

En el primer año del PSY se aumentó en un 30% el número de dosis de vacunas, la población desatendida se redujo al 40-45% del total (del 60-70% anterior), se consolidó la red de ambulatorios y servicios médicos, y se consolidó también la presencia de personal de salud con mas de 70 personas trabajando en el Alto Orinoco de manera permanente, 20 de ellas Yanomami.

Los éxitos del PSY llevaron luego a la extensión de este tipo de programas a los llanos (Plan Apure, que atiende a poblaciones Pume, Cuiva, Hiwi, Amorua y Tunebo) y el Delta del Orinoco (Plan Delta, que atiende mayoritariamente a la población Warao), por tratarse de poblaciones que presentaban estados de salud incluso mas alarmantes que los Yanomami. El Plan Apure se ha centrado en comunidades de frontera, con poco o ningún acceso al sistema de salud nacional y hasta el 2010 había atendido a mas de cinco mil pacientes, incluyendo servicios de tipo médico, odontológico, oftalmológico, inmunizaciones y diagnóstico (*e.g.* TBC) (TILLET, 2011). El Plan Delta, por su parte, formó 54 Waraos como Agentes de Salud Indígena, que se incorporaron a la MBA en el 2008 y se ha concentrado en la construcción y consolidación de la infraestructura sanitaria del Delta (TILLET, 2011).

Producción de contenidos y guías para la adaptación del Sistema Nacional de Salud

Como en el resto de la región, si bien en Venezuela existían estudios aislados de antropología médica y biomedicina en comunidades indígenas, la información no estaba homogéneamente distribuida, había poca síntesis y lo poco que había no era sistematizable, debido a las grandes disparidades de información, enfoque, etc. Por esto, aun cuando a partir del 2003 el MS comenzó a dar señas de un interés real por adaptar sus políticas a la realidad indígena del país, lo cierto es que había pocos datos disponibles. En vista de esto, la DSI estableció un proyecto especial para investigar, compilar, sistematizar y publicar la información disponible sobre la salud de los pueblos indígenas, que

se inició en abril del 2005 y culminó su primera fase en el 2007, con la publicación de dos volúmenes sobre el estado de la salud indígena en el país (FREIRE; TILLET, 2007).⁵

Este proyecto se apoyó fuertemente en la experiencia de un nutrido grupo de académicos, principalmente de corte antropológico, aunque de especialidades tan disímiles como la ecología humana, la lingüística y la arqueología. Entre el 2005 y el 2010 se convocaron 26 investigadores de diferentes instituciones de Venezuela y del extranjero para compilar la información disponible, rellenar los huecos con investigación fresca y sistematizar esos datos para su publicación, con miras a ofrecer orientación, tanto a nivel local como a nivel de las políticas de gobierno, en aspectos que van desde mejores prácticas hasta el diseño de una agenda de investigación y acción gubernamental.

Además de los mencionados arriba, otros logros importantes de la DSI en este período se refieren a la incorporación de la variable étnica en los registros epidemiológicos del país (2010); el diseño e implementación de programas de formación de personal del MS en interculturalidad en salud; la incorporación y soporte de 200 jóvenes indígenas de todo el país a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales “Rómulo Gallegos”. Este esfuerzo buscaba cubrir la deficiencia histórica de médicos permanentes en los territorios indígenas (195 de estos estudiantes son hablantes de su idioma nativo y 78 son mujeres); el diseño y creación de casas de albergue para familiares y pacientes indígenas en diversos hospitales del interior del país; y la instalación de la primer clínica indígena en el Alto Apure; entre otros.

A partir del 2009 bajan los precios del petróleo y la DSI comienza a sufrir un proceso de desfinanciamiento, típico del patrón petrolero descrito arriba. A eso se suma la creciente desarticulación de la autonomía del MS, para darle prioridad a la Misión Barrio Adentro, que se nota en, por ejemplo, la designación de cinco ministros sucesivos entre el 2007 y el 2010, cuatro de ellos oficiales activos del ejército, solo uno de ellos con algún conocimiento sobre medicina (aunque sin experiencia

⁵ En la actualidad, el proyecto sigue en marcha, pero ahora bajo la conducción del GEA, un grupo de trabajo especialmente formado para dar continuidad a los proyectos de investigación iniciados en la DSI, que funciona con financiamiento del Ministerio de Investigación, Tecnología e Industrias Ligeras. El vol. 3 de esta serie estaba programado para finales del 2013 y el GEA a producido un libro de corte mas académico, resumiendo algunas de las implicaciones teóricas de esta experiencia de antropología aplicada al público mas amplio (FREIRE, 2011).

en salud pública). En años recientes incluso la red de la Misión Barrio Adentro ha comenzado a mostrar carencias, con lo que aumentaron las protestas de personal y pacientes. Entre el 2009-2010 hubo un repunte de muchas enfermedades, incluidos varios brotes de Chagas en Caracas y un repunte histórico de dengue y malaria en el país. Finalmente, en el 2010 hay un cambio brusco en la dirección de la DSI y ésta comienza a perder visibilidad e influencia, notorio en el hecho de que los últimos dos directores pertenecían a la estructura de la Misión Barrio Adentro y tenían poca experiencia previa en salud pública en zonas indígenas. Si bien la mayor parte de los programas descritos arriba continúan en marcha, la DSI viene lidiando con problemas de financiación y sostenibilidad desde por lo menos mediados del 2009. Los ciclos de la economía petrolera han comenzado a dejar su huella.

Pero ¿que se puede decir de todo esto con fines comparativos?

Comentario sobre la participación y el contexto

A pesar de los notorios avances en la materia, el sistema de salud de Venezuela sigue fuertemente atado a los vaivenes del mercado petrolero, lo cual refuerza su carácter fragmentario, descoordinado, centralizado y poco flexible. Todo esto, evidentemente, afecta la aplicación de políticas de salud para poblaciones indígenas, pues supedita su atención a variables que poco tienen que ver con sus necesidades de salud. Las políticas de salud para las poblaciones indígenas deben por esto tomar en cuenta el contexto económico-político en el que se insertan, ya que de éste dependen no solo muchas de las dinámicas y acciones de los sistemas de salud en estas regiones sino también las respuestas e iniciativas de las comunidades indígenas. Las comunidades responden, después de todo, a muchas políticas de salud basadas en su experiencia previa del aparato del Estado – fragmentado, descoordinado, etc. – por lo que están inmersas y reproducen muchas de estas dinámicas.

La relación que los pueblos indígenas establecen con la biomedicina es, sin embargo, poco ambigua: incluso aquellos donde sus tradiciones médicas han sido menos alteradas – debido al aislamiento, por ejemplo, como es el caso de los Hodi y los Yanomami – admiten que hay enfermedades de origen externo que requieren también de elementos externos para su tratamiento. Las nosologías locales tienen pocos problemas en incorporar elementos biomédicos en sus modelos explicativos, *e.g.* Wilbert y Ayala (2007); Zent y Zent (2011). Lo que

los aleja de la intervención biomédica es, por el contrario, que la prestación de servicios de salud es altamente ambigua, inconstante y discriminatoria. Por esto, la mayor parte de las adaptaciones que requieren los sistemas de salud para extender su cobertura a territorios indígenas se refieren a adaptaciones pragmáticas, de tipo logístico y administrativo, por ejemplo. Las adaptaciones interculturales juegan un rol clave en la receptividad de las poblaciones indígenas, obviamente, pero de poco sirve implementar adaptaciones interculturales si no se trascienden primero las barreras económicas y políticas que limitan el correcto funcionamiento del sistema de salud en zonas periféricas.

Los estudios antropológicos, sin embargo, tienen una marcada preferencia por centrarse en la “cultura tradicional” de los pacientes, así como en adaptaciones con miras a sintonizar el sistema de salud con sus particularidades – traducción de protocolos médicos, defensa y rescate de sistemas médicos tradicionales, etc., *e.g.* Chiappino y Alés (1997); Perera (1997) – ignorando que el mayor peso en la prestación de servicios médicos a pacientes indígenas está en la “cultura de las instituciones” (KELLY, 2011). El fugaz pero impresionante recorrido de la DSI sugiere que hay que hacer una mejor distribución de los esfuerzos analíticos a lo largo de la cadena de factores e instituciones que intervienen en la salud de los pueblos indígenas.

Pero quizá uno de los puntos más resaltantes de la experiencia venezolana se refiere a la necesidad de involucrar a actores indígenas en el diseño e implementación de los programas de salud destinados a ellos. Tradicionalmente, la implementación de políticas públicas en sus territorios ha demostrado que sin esta participación aún los mejores esfuerzos terminan reproduciendo los prejuicios que han dominado históricamente la relación entre estas sociedades y el estado nacional (GRAY, 1997). En el caso venezolano se dio la coincidencia poco frecuente de un pico económico, una matriz política que beneficiaba la innovación e inclusión en temas indígenas y un grupo de líderes indígenas con gran capacidad para movilizar recursos y personal, liderados por una mujer de un gran carisma político. Uno podría calificar esa experiencia de fortuita y difícil de replicar en otro contexto, o incluso difícil de sostener en el tiempo, pero lo que es innegable es que fue la activación de un sector de la población indígena el detonante indispensable para romper barreras que históricamente se levantaban en la implementación de políticas públicas para pueblos indígenas. La prioridad de la DSI, en manos de estos líderes, estuvo desde sus inicios en expandir el sistema de salud a territorios donde no había llegado

antes, o lo hacia de manera precaria, y hacerlo de manera efectiva y con calidad. La cultura, las tradiciones, el “rescate de valores”, fueron aspectos que recibieron su justo lugar en este esfuerzo, pero el personal indígena de la DSI mostró un pragmatismo en sus objetivos poco común en procesos dominados por no-indígenas.

Los ejemplos de esto abundan. El Ministerio de Salud de Venezuela venía impulsando un acercamiento a este sector de la población por lo menos desde principios de la década, pero los avances en esta materia eran mas teóricos que prácticos. En el 2003, por ejemplo, el MS realizó una serie de reuniones en el Alto Orinoco para establecer las prioridades de salud en la región, donde la esperanza de vida al nacer no sobrepasaba los 35 años y la mayor parte de la población no recibía ningún servicio por parte del MS. El pragmatismo de la población local, principalmente Yanomami – preocupados por su pobre acceso a las medicinas necesarias para remediar sus problemas de salud – chocó frontalmente con la visión romántica que los representantes del MS querían inyectar al “encuentro” – mas preocupados por el rescate y fortalecimiento de las técnicas tradicionales de curación y el chamanismo que por su salud (KELLY, 2011). Esto en una zona donde, casualmente, el sistema tradicional de salud y sus tradiciones son particularmente fuertes – los Yanomami son una de las sociedades mas autárquicas del territorio venezolano (LIZOT, 2007; KELLY, 2011; KELLY; CARRERA, 2007). A pesar de la insistente demanda de los líderes Yanomami, tres de las cuatro políticas que resultaron de este “diálogo” no respondieron a sus reclamos ni a sus necesidades de salud, sino a la necesidad percibida por los funcionarios del MS de rescatar sus “tradiciones” (KELLY, 2011).

Nadie puede poner en duda las mejores intenciones que llevan a funcionarios públicos a viajar al Alto Orinoco para involucrar a comunidades – mayoritariamente monolingües – en el diseño de las políticas públicas que los afectan. Pero lograr ese diálogo no es fácil y la representación criolla del indígena no ha estado nunca libre de prejuicios, alimentados a menudo desde la antropología. En este sentido, Lizot señala a manera de provocación que hoy “para existir, las minorías están condenadas a ser ‘más blancas que el blanco’” (LIZOT, 2007, p. 321).

Si bien los efectos de muchas políticas específicas que se desarrollaron durante el período descrito aquí pueden no ser sostenibles en el tiempo o pueden ser absorbidas por la vieja burocracia del sistema de salud, como de hecho ha estado ocurriendo en los últimos dos años, la agencia de actores indígenas y la creación de nuevos espacios para

la población indígena en el despliegue de políticas públicas van a tener un impacto duradero y altamente significativo. Uno de los logros más importantes, en mi opinión, es el cambio en la representación tradicional de la relación entre el sistema de salud y las comunidades indígenas, así como el cambio radical en la percepción del venezolano promedio, en general, y la burocracia del sistema de salud, en particular, respecto a la capacidad de los actores indígenas para moldear sus propias políticas.

Una anécdota quizá ayude a visualizar esto. En el 2008, personal de la oficina central del Ministerio de Salud desarrolló, a manera de viñeta, un ludo en el cual aparecían las diferentes oficinas y direcciones del Ministerio. El objetivo del ludo era llegar al Despacho del Ministro, reflejo del conocimiento de que ningún proyecto, programa, compra, o plan prospera en el sistema de salud venezolano sin la intervención directa del Ministro. Cada oficina o dirección tenía asignada una penitencia para el jugador imaginario que caía en su casilla. Ésta representaba mejor o peor la visión generalizada entre el personal del MS respecto a la operatividad de cada despacho (*e.g.* Recursos Humanos: retroceda tres espacios – Administración: vuelva a *home*, etc.). La casilla de la DSI era la única en el tablero con una valoración positiva: “avance directo al despacho del Ministro”.

El desarrollo acelerado de la DSI, que durante al menos cinco años extendió sus funciones, ocupando cada espacio que la burocracia dejaba abandonado – fuera en los hospitales o en las oficinas centrales – obviamente provocó roces y resentimiento entre un personal poco habituado a los chequeos y la supervisión de sus funciones. La efectividad del personal indígena era estimulada en parte por el entusiasmo de jóvenes indígenas que se veían incluidos en la toma de decisiones por primera vez y en parte quizá por conocer de primera mano el estado calamitoso del servicio de salud que reciben sus comunidades.

Uno de los obstáculos principales que encontró la DSI en el desarrollo de políticas públicas de salud fue que la información sobre la salud indígena en el país era dispersa, inarticulada y de poca aplicabilidad. Los antropólogos a menudo se quejan de que sus puntos de vista no son tenidos en cuenta en programas de desarrollo, pero la verdad es que es poca la producción de conocimiento antropológico específicamente orientado al diseño de políticas públicas, al reconocimiento de mejores prácticas, a producir guías de gobernabilidad, investigación y acción.

Los estudios de antropología médica, quizá por las características intrínsecas al desarrollo histórico de la disciplina, se centran más en la coherencia interna de la cultura al tocar temas de salud que en la

relación que una sociedad (tradicional o no) establece con su contexto, o la formación histórica de las relaciones materiales que determinan la salud.⁶ Donde existe, la dispersión de información y la escasa sistematización de estas investigaciones las hacen prácticamente obsoletas (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006). La variable étnica, por ejemplo, sólo se ha comenzado a incluir en los sistemas epidemiológicos de la región recientemente y un estudio de maestría en Argentina muestra que todavía produce resistencia entre los practicantes de la medicina y los planificadores de salud pública (CUYUL, [20--]). Esto bajo el falso dilema de que distinciones entre indígenas y no-indígenas podrían provocar desigualdades en el servicio que se les presta. Como si tal desigualdad no existiera.

Uno de los mayores méritos del caso venezolano fue que la comunidad académica se articuló alrededor de una experiencia liderada por indígenas y no, como suele suceder, al revés. El resultado de esa cooperación fue altamente productivo, e involucró experiencias tan diversas como la lingüística, la ecología humana, la educación, la arqueología y la antropología médica crítica en la reconstrucción del estado de la salud indígena en el país. Quizá en el ludo imaginario que separa el conocimiento antropológico de la acción política la clave también esté en que los indígenas sean los portadores de su propio mensaje y que la antropología asuma su rol auxiliar y técnico, un fenómeno que, como quiera que sea, se viene dando de manera espontánea desde hace algún tiempo, e.g. Gray (1997); Turner (1999).

Referencias

- ALVARADO, C. et al. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2008.
- BANCO MUNDIAL. *Open data*. Disponible en: <www.data.worldbank.org>. Consultado en: 11 jun. 2011.
- CHIAPPINO, J.; ALÈS, C. (Ed.). *Del microscopio a la maraca*. Caracas: Ex Libris, 1997.
- CORONIL, F. *The magical state: nature, money, and modernity in Venezuela*. Chicago: Chicago University Press, 1997.
- CUYUL, A. *Pueblos indígenas y sistemas de información en salud en Argentina: La variable étnica en los sistemas de información en salud en las provincias de*

⁶ Cf. FARMER, 2001, 2004.

Jujuy, Salta, Formosa, Chaco y Misiones. Buenos Aires: Ministerio de Salud, [20--].

DSI. *Dirección de salud indígena*. Ministerio de Salud de Venezuela. Caracas, 2010. Documentos internos.

D'ELÍA, Y. Situación del derecho a la salud en Venezuela 1998-2008. Balance: 10 años de políticas públicas en salud. In: _____. Situación de los derechos humanos en Venezuela. *Informe Anual*, Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos – PROVEA, Caracas, oct. 2007/sep. 2008.

FARMER, P. *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 2001.

FARMER, P. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.

FREIRE, G. (Ed.). *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya Yala; GEA, 2011.

FREIRE, G.; TILLET, A. (Ed.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Salud, 2007.

GRAY, A. *Indigenous rights and development: self-determination in an Amazonian community*. Oxford: Berghahn Books, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE VENEZUELA. Base de datos online. Disponible en: <www.ine.gob.ve>. Consultado en: 14 jun. 2011.

KARL, T. *The paradox of plenty: oil booms and petro-states*. Berkeley: University of California Press, 1997.

KELLY, J. Equívocos sobre identidad y cultura: un comentario sobre la formulación de políticas públicas para la población indígena en Venezuela. In: FREIRE, G. (Ed.). *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya Yala; GEA, 2011.

KELLY, J.; CARRERA, J. Los Yanomami. 2. parte: relaciones con la biomedicina. In: FREIRE, G.; TILLET, A. (Ed.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Salud, 2007. v. 1.

LIZARRALDE, R.; LIZARRALDE, M. Historia de las epidemias entre los barí. In: FREIRE, G. (Ed.). *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya Yala; GEA, 2011.

LIZOT, J. Los Yanomami. 1. parte: el mundo intelectual de los Yanomami. In: FREIRE, G. (Ed.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Salud, 2007. v. 1.

MANSUTTI, A. *Los Piaroa y su territorio*. Caracas: Ceviap, 1990. Documento de Trabajo n. 8.

MERINO, F. *La enfermedad de Chagas en Venezuela*. Publicación electrónica del Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas CAIBCO

(caibco@ucv.ve). Caracas: Instituto de Medicina Tropical; Facultad de Medicina; Universidad Central de Venezuela. Disponible en: <<https://chagas.ucv.ve>>. Consultado en: 14 fev. 2015.

MONTENEGRO, R.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, n. 367, p. 1859-1869, 2006.

MUNTANER, C. et al. Venezuela's barrio adentro: participatory democracy, south-south cooperation, and health care for all. *Social Medicine*, v. 2, n. 4, p. 232-246, 2008.

PERERA, M. Desarrollo sustentable en Amazonas. In: CARRILLO, A.; PERERA, M. (Ed.). *Amazonas modernidad en tradición*. Caracas: CAIAH/SADA Amazonas-GTZ, 1995.

PERERA, M. (Ed.). *Salud y ambiente*. Caracas: Faces; UCV, 1997.

TILLET, A. La implementación del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas y el reconocimiento de la medicina tradicional (Art. 122 CRBV). In: BELLO, L. (Ed.). *El Estado ante la sociedad multiétnica y pluricultural, políticas públicas y derechos de los pueblos indígenas en Venezuela (1999-2010)*. Caracas: IWGIA, 2011.

TORO, M. Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática. In: PERERA, M. (Ed.). *Salud y ambiente*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1997.

TRUJILLO, A. Petro-state construction through policy. *Health Policy*, n. 67, p. 39-55, 2004.

TURNER, Terence. Representing, resisting, rethinking. In: STOCKING JUNIOR, G. (Ed.). *Colonial situations: essays on the contextualization of ethnographic knowledge*. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. p. 285-313.

WILBERT, W.; AYALA, C. Los Warao. In: FREIRE, G.; TILLET, A. (Ed.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio de Salud, 2007.

ZENT, S. Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa. *Antropológica*, n. 79, p. 41-84, 1993.

ZENT, S.; FREIRE, G. Economía política de la salud, la enfermedad y la cura entre los Piaroa. In: FREIRE, G. (Ed.). *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya Yala; GEA, 2011.

ZENT, E. L.; ZENT, S. Ser y volverse jodí: la construcción del ser, el cuerpo y la persona a través de las prácticas curativas indígenas. In: FREIRE, G. (Ed.). *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya Yala; GEA, 2011.

Capítulo 3

Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política¹

Marina D. Cardoso

Introdução

O escopo deste texto é apresentar um conjunto de informações que permita ao leitor desta coletânea ter um panorama sobre o campo das políticas públicas de saúde para as populações indígenas no Brasil. Os dados, informações e reflexões aqui apresentados resultam de um esforço em agregá-los a partir de referências bibliográficas que traçam brevemente a história da formulação dessas políticas no país e

¹ O texto aqui apresentado é uma versão ampliada e revisada de um artigo já publicado na revista *Cadernos de Saúde Pública*, sob o título “Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual” (CARDOSO, 2014, p. 860-866). O mesmo texto também foi parcialmente apresentado na mesa-redonda “Políticas Comparadas em Saúde Indígena na América Latina”, em Curitiba, na IX Reunião de Antropologia do MERCOSUL (RAM), em julho de 2011, e no painel “Saúde e Povos Indígenas no Brasil: desafios nacionais e *insights* locais”, durante o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de 14 a 18 de novembro de 2012. Os dados e discussões presentes neste texto baseiam-se, fundamentalmente, em uma reflexão prévia que teve como base um conjunto de textos anteriores já publicados (CARDOSO, 2004, 2007, 2008, 2014), aos quais foram agregados dados e informações mais recentes.

salientam alguns aspectos analíticos que considero relevantes, que, sem pretenderem serem cabais, delineiam as principais questões que são objetos das reflexões realizadas (por mim e por outros autores) sobre o tema.

Destaco aqui três eixos norteadores para esta reflexão: o projeto gestor, balizado pela noção de “controle social” autogestionário, mas que traduz certo modo de organização das formas de representação e participação indígenas no plano das políticas públicas estatais; o pressuposto da noção da “atenção diferenciada” para a construção de um modelo assistencial inclusivo, mas operacionalmente normativo; e, por fim, a relação entre o modelo gestor de atenção à saúde indígena (e os seus repertórios de legitimação) e as próprias práticas terapêuticas indígenas, assim como as suas formas políticas de organização territorial, representação e participação neste cenário.

O marco para esta abordagem é a Constituição de 1988 e as subsequentes elaborações das políticas públicas para o atendimento assistencial das populações indígenas brasileiras. Esse marco não é aleatório, pois se trata do reconhecimento, por parte do Estado brasileiro, dos direitos e especificidades das populações indígenas no país, assim como a sua inserção no bojo das reformas no Sistema Nacional de Saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi somente a partir da constituição de 1988, da elaboração subsequente dos princípios e diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que foram firmados determinados princípios que deveriam garantir a formulação de uma política de saúde especificamente voltada para as populações indígenas, sob a forma da criação de um subsistema diferenciado de saúde, o que só se efetivará em 1999, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 1999).

Formulados a partir das Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, particularmente a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, destacam-se os princípios referentes à tolerância e respeito à diversidade cultural dessas populações, conjuntamente com o reconhecimento e a incorporação das práticas terapêuticas indígenas aos serviços de saúde que lhes seriam dirigidos. Pressupõe-se também a participação indígena na gestão dos serviços de atendimento em saúde (BRASIL, 2000; LANGDON, 2004).

Durante esse período, ocorreu também a transferência progressiva das ações em saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Por

meio do Decreto nº 23/91 criou-se a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI), ligada à FUNASA, como responsável pelo planejamento e execução orçamentária dos serviços de saúde para a população indígena, mas a FUNAI ainda permaneceria como gestora das ações em saúde, conjuntamente com a FUNASA, até 1999. Somente por meio da Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999, estabeleceram-se as bases para a criação dos DSEIs (já aprovados desde 1992 pela II Conferência Nacional de Saúde Indígena), e a responsabilidade integral das ações e gestões em saúde indígena é transferida para a FUNASA (LANGDON, 2004, p. 38, 40).

O projeto de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) procurou assegurar, por meio de parcerias das instituições públicas com organizações indígenas e outras da sociedade civil, a integralidade da assistência médica e odontológica para essas populações, cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde e suas ações executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tal como disposto, respectivamente, nos artigos 2º e 3º do Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999).

Por um lado, se esse projeto procurou contemplar as reivindicações das lideranças e movimentos indígenas que assegurassem a necessidade de formular um subsistema específico para atender as populações indígenas, por outro, a sua formulação insere-se no bojo da então chamada Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que dispõe sobre os princípios e diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Tal como sumarizado em outro texto:

Os princípios e diretrizes dessa proposta se pautavam na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e integralização do conjunto das ações e serviços de saúde pública, tendo como base também a participação popular e a constituição e o aumento do orçamento para sua viabilização (PAIM, 2003a, p. 593). [...] (Foi nesse contexto que foi formulada) a proposta de distritalização dos serviços de saúde, como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde. Os eixos básicos desta proposta estariam centrados nas noções de territorialização, integralização e intersetorialidade das ações e serviços de saúde para determinados grupos populacionais, tendo como objetivo propiciar o desenvolvimento de outro modelo de atenção, fundado em práticas técnico-assistenciais de natureza predominantemente sanitária e epidemiológica,

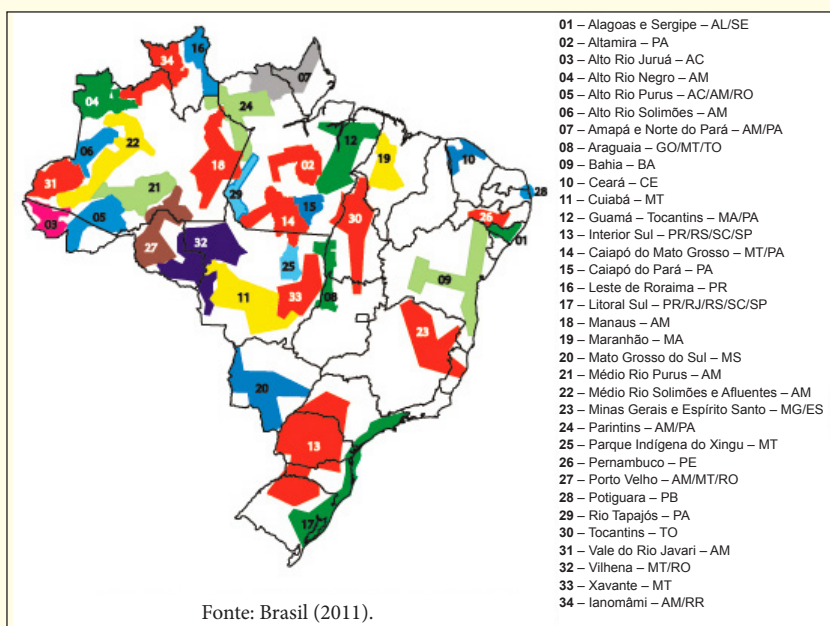
em contraposição ao modelo médico-assistencial privatista, de orientação clínica (MENDES, 1999; PAIM, 1999, 2003b). [...] Tratou-se, assim, de formular um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e gestor da saúde de determinados grupos populacionais, por meio de protocolos assistenciais e de um sistema de referência e contrarreferência de pacientes e informações dentro do sistema, de acordo com prioridades definidas e reconhecidas por pesquisas epidemiológicas ou, como observa Paim, orientado por uma “racionalidade técnico-sanitária” (PAIM, 2003b, p. 574). O novo modelo teria como pressuposto também a participação comunitária no planejamento e na gestão das ações e programas de saúde, assim como a intervenção sobre os determinantes socioambientais e estruturais subjacentes ao quadro de morbidades prevalentes em um determinado grupo populacional, quer como “espaço político de negociação” (MENDES, 1999, p. 140), quer sob a forma da proposição de um “novo projeto cultural de comunicação social e educação em saúde” (PAIM, 2003b, p. 576). (CARDOSO, 2004, p. 197-198).

Pressupôs, assim, a criação de instâncias colegiadas (e paritárias entre usuários e provedores) para a coordenação do conjunto das ações em saúde nas áreas distritais, por meio da formação dos Conselhos locais e distritais, o que caracterizaria a promoção do que passou então a ser chamado “controle social”; ou seja, a participação da sociedade civil, por meio das suas representações, na gestão das políticas públicas, acompanhando a execução das ações para o atendimento das reivindicações coletivamente priorizadas e definidas no âmbito das diversas instâncias de representação (local, distrital, municipal, estadual e nacional).

O projeto de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) também é formulado segundo os termos dessa proposta. Se a assistência médica para as populações indígenas tinha sido pautada, até então, pelo atendimento emergencial ou pelo modelo campanhista clássico do sanitarismo, a exemplo das Equipes Volantes de Saúde (EVSs), ou os atendimentos conveniados mantidos pela FUNAI, destinados ao controle predominantemente epidêmico, sua incorporação ao Sistema Único de Saúde procurou levar em consideração a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas deveriam levar ainda em consideração, para a sua organização, as áreas territoriais indígenas

sob sua responsabilidade, assim como as necessidades infraestruturais e de recursos humanos para a operacionalização das ações em saúde, por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), lotadas em cada Unidade Básica de Saúde e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como uma das principais “estratégias” para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito em suas próprias comunidades (BRASIL, 2000). Foram criados 34 DSEIs, hoje potencialmente Unidades Gestoras “autônomas”, instituídos de acordo com áreas territoriais indígenas diferenciadas (figura 3.1).

Figura 3.1 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



De acordo com o modelo descentralizado e hierarquizado do SUS, foram criados ainda: postos de saúde em comunidades indígenas, polos-base em territórios indígenas que deveriam comportar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e as Casas de Saúde Indígenas (CASAI), sediadas em áreas estratégicas junto à localização dos DSEIs ou em outros centros urbanos de referência para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos de casos de média e alta complexidade (figura 3.2).

Figura 3.2 – Modelo assistencial para as populações indígenas no Brasil



Fonte: Brasil (2011).

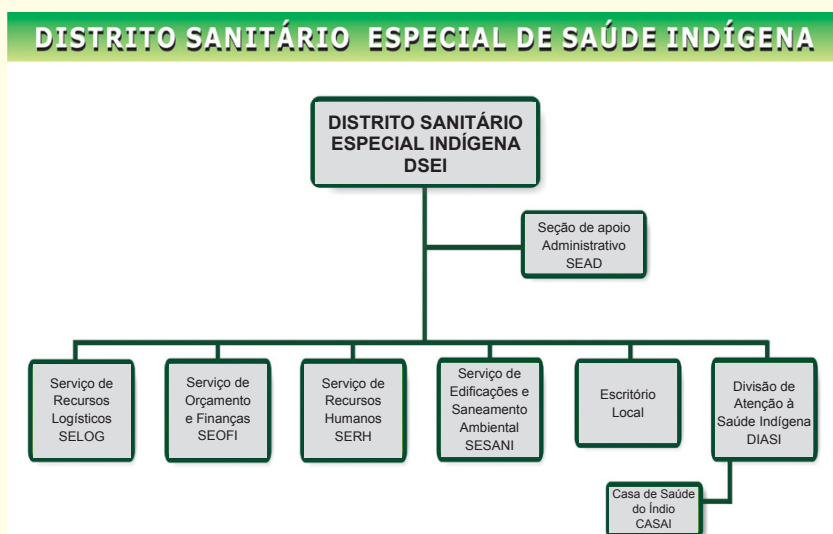
Desde o final de 2010, entretanto, esse subsistema passou a estar subordinado diretamente ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 20 de outubro de 2010, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na Estrutura do Ministério da Saúde. Com a criação da Secretaria, o Ministério da Saúde passa a gerenciar diretamente a atenção à saúde indígena, “levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos 225 povos que vivem no Brasil”.² São definidas como funções dessa Secretaria:

² De fato, este número é impreciso e varia de acordo com fontes diversas (FUNAI, ISA, IBGE, entre outras). De acordo com os últimos dados censitários do IBGE referentes a 2010, a população autodeclarada indígena no Brasil está em torno de 817 mil pessoas, representando 0,42% da população total do país. Registrou-se também um aumento de 11% em relação aos dados do Censo de 2000, que estimava a população indígena em torno de 734 mil pessoas (<http://censo2010.ibge.gov.br/>). Não se sabe muito bem se esse aumento diz respeito a uma política de estímulo à autodeclaração de etnicidade, à mudança de formas de coleta dos dados, a uma maior acessibilidade a populações antes mais isoladas territorialmente, ou ao efetivo aumento de natalidade e declínio das taxas de mortalidade.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional. A Sesai tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e *exercer a gestão de saúde indígena*, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de *educação em saúde* segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, *em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS*. (BRASIL, 2011, grifo nosso).³

O organograma a seguir (figura 3.3) mostra o modelo da organização dos DSEIs tal como foi implantado pela atual SESAI.

Figura 3.3 – Organograma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Brasil (2011).

³ O processo de transferência da responsabilidade da assistência à saúde indígena da FUNASA para a SESAI ainda não foi contemplado, até o momento da redação deste texto. O Decreto nº 7.461, de 18 de abril de 2011, dá nova redação ao *caput* do art. 6º do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, para prorrogar o prazo de efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde.

Observa-se, assim, como será mais bem explorado no texto desta coletânea por Garnelo e Maquiné, que houve uma progressiva departamentalização burocrática não só no âmbito da própria Secretaria mas também dos DSEIs, o que vem a indicar uma tendência gestora centralizada na organização administrativa dos Distritos em detrimento da prestação dos serviços de atenção em saúde para as populações indígenas nos âmbitos territoriais a que estão circunscritas, como será visto a seguir.

Autonomia para quem? Controle social e controle político no âmbito da Política Nacional de Saúde Indígena

Um relatório relativamente recente de avaliação da política de saúde para as populações indígenas no Brasil aponta que mesmo se o processo de distritalização da saúde nas áreas indígenas se deu de forma diferenciada de uma região para outra no país, os problemas, entretanto, parecem ser recorrentes. De modo geral, afirma-se que “[...] *o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência*”, e que:

[...] os indicadores mostram que não tem conseguido atender às necessidades e resolver os principais problemas de saúde, [prevalendo] a concepção topográfico-burocrática do distrito sanitário [como espaço geográfico, populacional e administrativo onde são coordenados os estabelecimentos e serviços], em detrimento da lógica das necessidades e problemas de saúde e a necessidade de reorganização das práticas e processos de trabalho, de modo que sejam inseridas num processo social pela melhora das condições de saúde, ou seja, *o Distrito Sanitário Especial Indígena ainda é concebido como um modelo organizacional e não como modelo assistencial*. (IDS-SSL-CEBRAP, 2009, p. 100-101, grifo nosso).

O relatório também aponta que há um alto índice de *demandas por consultas especializadas e internações hospitalares* que também indicaria “a baixa resolutividade das ações prestadas em algumas regiões”, assim como uma ênfase no consumo de medicamentos por parte das populações indígenas.

Os dados disponíveis indicam que a taxa de natalidade havia crescido em torno de 1,3%, mas mantinha-se abaixo da taxa geral para o país (em torno de 20%). A taxa de mortalidade infantil foi reduzida em 27%, passando de 74,61% em 2000 a 53,11 em 2005, mas, aparentemente, permanece estagnada; e a taxa de mortalidade geral passou de 7,1% a 4,77% no mesmo período.⁴ Entre os agravos mais frequente encontram-se doenças infecciosas e parasitárias (22,48%), doenças do aparelho respiratório (22,78%) e “sintomas, sinais e achados anormais” que respondem por 25,65% da morbidade na população indígena no Brasil no período de 2003 a 2005 (CISI/CNS, 2006, p. 114-115). Trata-se de ponderar que durante o período citado houve, de fato, um aumento de casos de morbidade, significativamente daqueles referidos como “sintomas, sinais e achados anormais”, que passaram de 14.607 em 2003 a 248.557 casos em 2005 (CISI/CNS, 2006, p. 114-115).

O “Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas”, realizado pelo consócio Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO) e o Institute of Ibero-American Studies (Goteborg University, Suécia), durante 2008-2009, revela que os índices de desnutrição em crianças indígenas menores de 60 meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil continuam altos e superiores aos da média da população brasileira em geral (COIMBRA et al., 2013).

Depreende-se, assim, que o chamado “subsistema de atenção à saúde indígena” ainda não se encontra plenamente consolidado no país, apesar da criação dos DSEIs. O modelo distrital ainda parece ser o modelo que atenderia à especificidade requerida para as ações em saúde indígena, pois simultaneamente garantiria o “subsistema específico”, mas articulado com o sistema nacional por meio de agências do Ministério da Saúde (DESAI ou a atual SESAI). Entretanto, sua consolidação ainda é devedora não só de um modelo assistencial, como aponta o relatório, mas também de um modelo organizacional efetivo, marcado por conflitos entre instâncias institucionais (primeiramente entre FUNAI e FUNASA, e atualmente entre a FUNASA e a SESAI); fraca cobertura das áreas territoriais indígenas (que divergem consideravelmente de tamanho, composição étnica, formas e meios de acesso às comunidades); falta de infraestrutura física e recursos humanos para a formação das

⁴ Base: dados consolidados em 2007 pelo DESAI/FUNASA a partir do registro dos DSEIs (CISI/CNS, 2006, p. 109, 111).

equipes gestoras e multiprofissionais locais, articulada com o complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS. Também a participação das populações indígenas na formulação, planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde por meio da sua representação nos diversos Conselhos tem sido reportada, pelos seus próprios representantes e lideranças, como precária, em alguns conselhos distritais e locais inexistente, apesar da legislação em vigor.

De fato, a questão da “autonomia” dos DSEIs é um dos grandes problemas para a administração do subsistema de saúde indígena. Notícias mais recentes no *site* da SESAI indicam o progressivo processo de ações para a estruturação autônoma dos DSEIs. Mas, de acordo com comunicação apresentada por Garnelo e Maquiné (2012), reproduzida nesta coletânea, que trata da formação das instrumentações legais e rotinas administrativas que ordenam o processo decisório e delimitam as possibilidades da implantação dos planos de ação na política de saúde indígena no Estado brasileiro contemporâneo, o caráter centralizador da gestão e os requerimentos técnico-funcionais requeridos para o pleno reconhecimento dos DSEIs como “unidades gestoras” dificultam sobremaneira o processo, gerando dúvidas sobre a propalada autonomia (“administrativa”) dos DSEIs para a realização das suas atribuições institucionais na consecução da política de saúde indígena. Cabe observar, como os autores, reforçando o argumento deste texto, que há também uma distinção importante sobre a concepção do que seja “autonomia”, por parte dos gestores (administrativa) e para as lideranças e usuários indígenas (política) do subsistema de atenção. Durante os anos que se seguiram à criação dos DSEIs, a forma de operacionalização predominante, inclusive por falta de infraestrutura própria instalada, foi por meio do repasse dos recursos governamentais aos municípios, ou pela contratação de ONGs que já operavam em áreas indígenas, ou foram instituídas para tal, para formular ou executar as ações em saúde indígena. Tal fato propiciou que uma rede mínima fosse sendo estabelecida e, em certas localidades, também propiciou quer a formação, quer o fortalecimento de Associações Indígenas que chamaram a si essa responsabilidade. Optou-se, assim, pela chamada “terceirização” do gerenciamento e execução das ações de saúde indígena (GARNELO; SAMPAIO, 2003), o que vem trazer ao debate um interessante contraste.

Subjacente a essa questão encontra-se outra que diz mais diretamente respeito à dicotomia sobre “controle político” e “controle

social” (nos termos da aceção corrente das políticas públicas). Por um lado, o Estado “transfere” a responsabilidade pelo gerenciamento e execução dessas ações a outras entidades; ou seja, em certo sentido, “perdendo o controle político” (e a condução institucional) sobre o processo em favor de entidades não governamentais; por outro, esse processo foi visto, por algumas associações e lideranças indígenas, como a forma de assumir não só o “controle social”, mas o “controle político” propriamente dito dos recursos e da gestão dos programas e da assistência em saúde; ou seja, referem-se às formas de assistência ou aos projetos propostos e à autonomia dessas comunidades para deliberação sobre eles, inclusive sobre a gestão dos recursos alocados para a sua realização, observações que parecem ser igualmente válidas para outras sociedades indígenas que também *veem na organização dos serviços de saúde formas políticas de atuação*, tal como reportado em alguns locais por Garnelo e Sampaio (2003), sobre o Rio Negro, por Erthal (2003), sobre os Tikuna, e por Cardoso (2004), sobre o Alto Xingu. Para algumas populações indígenas, é sobre essa base que a questão tanto da “especificidade” quanto da “autonomia” vem se colocar. Mesmo que essas mudanças tenham propiciado, a princípio, a participação da comunidade, por meio das suas lideranças, na gestão dos recursos para a saúde que estavam, em alguns casos, também sendo geridos por associações indígenas locais, a coordenação e o controle das ações em saúde são feitos pelos DSEIs e pelas equipes de profissionais de saúde contratadas para esse fim.

O processo crescente de regularização, controle da gestão de recursos e gerenciamento da prestação de serviços pelas assim chamadas “conveniadas”, notadamente a partir de 2004, assim como o processo de municipalização igualmente crescente da saúde indígena, com transferência de recursos substanciais aos municípios que triplicaram a partir de 2007 [algo em torno de 155 milhões para 369 municípios, de acordo com os dados de Araújo (2012)], mostram o modo como se está procurando reverter esse processo; ou seja, trata-se efetivamente de “resgatar a condução política e unificada” da política de saúde indígena nos DSEIs e ao SUS, completando, por meio da municipalização dos recursos, a unificação da população indígena em um sistema de atenção municipalizado, descentralizado e “universal”. Não sem razão, algumas lideranças indígenas expressam sua preocupação em relação a esse ponto, pois o processo de unificação da assistência por meio da crescente municipalização dos recursos para a saúde indígena pode vir a significar

a perda da “autonomia gestora” e da “especificidade da assistência”, que alguns grupos conseguiram ou lograram conseguir, pelo menos de acordo com o modo como essas populações entendem o processo. Termos como “pactuação”, “parcerias”, “negociações” passaram a fazer parte do glossário político das lideranças indígenas, que procuram apreender, sob essa forma, as mudanças na formulação das políticas públicas, procurando, se possível, manter os processos internos de representação e decisões políticas nesse cenário.⁵

Foram recentemente modificados pela SESAI os próprios critérios para a contratação das agências de prestação de serviços em saúde indígena, fazendo com que as associações indígenas ou certas organizações indigenistas não mais pudessem realizar ou ter o controle sobre a assistência médica prestada em área, pela exigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) para participarem do edital de chamamento público, realizado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2011, para a contratação de instituições para atuarem na área de saúde indígena. Somente três entidades privadas sem fins lucrativos (consideradas filantrópicas) estão conveniadas, atualmente, com o Ministério da Saúde para a realização de ações complementares em saúde indígena: a Missão Evangélica Caiuá, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).⁶

Se há, neste momento, a tendência crescente a assumir o pleno controle gestor e político do Subsistema de Saúde Indígena, fragmentado anteriormente em múltiplas organizações e associações, há, ainda, a necessidade da terceirização das ações em saúde, pelas dificuldades legais e administrativas de contratação de servidores, quer técnico-administrativos, quer de profissionais da área de saúde, por meio de concurso público para atuarem na área de saúde indígena, que ficaram a cargo dessas instituições.

O problema da saúde indígena, assim, ainda esbarra na questão organizacional (e por isso também assistencial). Talvez também por essa razão, a questão organizacional tem precedido a assistencial do ponto de

⁵ Cf. ARAÚJO, 2012.

⁶ Dada, entretanto, a vigência de contratos firmados ainda pela FUNASA, a Portaria nº 24, de 1ª de junho de 2012, institui Grupo de Trabalho para analisar e avaliar os contratos administrativos vigentes, agora sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (BRASIL, 2012).

vista dos gestores (e das lideranças indígenas), particularmente no que concerne à baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos locais, marcada por carências de profissionais habilitados para atender a essa população, alta rotatividade dos profissionais em área, falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DSEIs, assim como a relativa falta de integração e um sistema de comunicação eficaz com aquele de referência do SUS, tal como se pode antever pelos dados anteriormente apresentados.

Também tem precedido outro ponto considerado fundamental para a consolidação dos princípios que regem a criação do subsistema de atenção à saúde indígena: o reconhecimento das práticas terapêuticas indígenas, promovendo, inclusive, a “articulação” dessas práticas com aquelas da biomedicina, assim como a promoção da capacitação de membros dessas populações tanto como técnicos gestores ou profissionais de saúde integrados nos seus quadros.

Sobre a “atenção diferenciada”: breves notas sobre a (não) articulação das práticas terapêuticas indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e no SUS

O próprio documento que institui a “Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena” (BRASIL, 2000) pressupõe não só o reconhecimento e o respeito aos então chamados “sistemas tradicionais indígenas de saúde”, mas também a “promoção” da articulação desses sistemas em todos os níveis da atenção a ser prestada:

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, deverão ser definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta *de serviços diferenciados* com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviços. (BRASIL, 2000, p. 15, grifo nosso).

Por meio do Projeto Vigisus II⁷ procuraram-se favorecer projetos localizados e experiências que promoviam a articulação entre determinadas práticas de saúde indígena e biomédicas, para a implantação da “atenção diferenciada” para as populações indígenas. Por um lado, tratava-se de introduzir modificações no atendimento assistencial que é feito; por outro, partindo de noções como “zonas de contato” e “intermedicalidade” (FOLLÉR, 2004), formula-se a ideia de “medicinas híbridas” (FERREIRA, 2007). Ou seja, procurou-se pensar a articulação entre sistemas terapêuticos na formulação e organização do modelo de atenção à saúde para os povos indígenas, assim como minimizar os efeitos negativos da extensão das ações em saúde sobre essas populações, procurando manter a sua autonomia decisória sobre essas ações, e, ao mesmo tempo, garantir os direitos assistenciais. O que se observa, entretanto, é que essa articulação ainda não só não foi promovida, a não ser por meio de projetos ou iniciativas localizadas, mas tem sido uma fonte constante de controvérsias sobre o seu real significado e os desdobramentos subsequentes para a sua efetiva implantação no contexto do SUS.

Do ponto de vista dos gestores, promover a “atenção diferenciada” no âmbito do Sistema Único de Saúde poderia gerar não só conflitos na assistência a ser prestada, mas também sugerir o usufruto de determinados “privilégios” por parte dos indígenas em um modelo de atenção à saúde que pressupõe a “equidade” na assistência prestada, assim como a assimilação das populações assistidas ao modelo gestor das políticas de saúde pública. Do ponto de vista indígena, entretanto, trata-se cada vez

⁷ Ao ser instituído, em 1999, o Subsistema de Saúde Indígena congregou os 34 DSEIs criados para organizar e prover os serviços de atenção à saúde, sob a administração da FUNASA. Também foi criado o Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), a partir de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, que respondia, por meio do seu componente 2 (Vigisus II), pela maior parte das ações da FUNASA para a estruturação e implementação de políticas de saúde do Subsistema de Saúde Indígena. Denominado de “Ações Inovadoras em Saúde Indígena”, o Vigisus II tinha três áreas principais de intervenção: Saúde Mental Indígena, Medicina Tradicional Indígena e Vigilância Alimentar e Nutricional. A área de Medicina Tradicional Indígena seria responsável por projetos que fomentam a articulação entre as práticas biomédicas e as práticas terapêuticas indígenas. Os principais projetos que foram desenvolvidos estavam centrados nos sistemas de parto (Alto Juruá; Alagoas e Pernambuco), uso de plantas medicinais (Fulni-ô) e promoção de oficinas e experiências sobre medicina tradicional em Distritos e comunidades específicas (Roraima; Rio Negro; Manoki; e Enawene-Nawe). Sobre esses projetos e experiências, ver Ferreira e Osório (2007).

mais de salvaguardar *politicamente* essa noção, dado que seria por meio da “atenção diferenciada” que a especificidade e a própria manutenção do subsistema de saúde indígena poderia ser mantida diante da tendência crescente do seu pleno abarcamento ao SUS.

Tal como observei anteriormente em relação ao contexto alto-xinguano, não é no plano das “diferenças” entre sistemas terapêuticos (sucintamente, o “indígena” e o “biomédico”) que se localizam os conflitos entre as lideranças indígenas e os gestores de políticas públicas em saúde, mas sim na formulação do modelo de atenção à saúde e a sua gestão tal como as sociedades locais o demandam (CARDOSO, 2004, p. 211). Nesse aspecto, não só os sistemas terapêuticos indígenas não estão articulados aos serviços de saúde – de fato, há mesmo uma resistência crítica e jocosa a esse respeito perante, por exemplo, os relatos de doença ou morte por feitiçaria – mas o conjunto da organização e dos procedimentos das ações em saúde obedece protocolarmente os encaminhamentos formulados pela gestão do sistema de saúde.

O relato a seguir descreve sumariamente o problema:

O caráter das ações em saúde, para além do atendimento de ocorrências pontuais de acidentes e agravos, segue, sob esse aspecto, o modelo de atenção à saúde baseado na promoção de ações preventivas, que, quando são realizadas, são feitas, predominantemente, por meio da coleta *in loco* do material para exame clínico a ser realizado pelos hospitais, laboratórios e médicos contratados (em cidades próximas dos territórios indígenas); os resultados, assim como eventuais medicações (são), posteriormente, reencaminhados à equipe de saúde do polo-base que, por sua vez, os repassa aos AIs nas aldeias, e do controle e gerenciamento do calendário de vacinação periódica. Também segue o modelo organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na descentralização, regionalização e hierarquização da assistência a ser prestada; ou seja, unidades de saúde nas aldeias que contam com os Agentes Indígenas de Saúde (AIs) e, eventualmente, com um auxiliar de enfermagem, polos setoriais de atendimento que congregam equipes rotativas de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas), e convênios com hospitais das cidades próximas que atendem a ocorrências mais graves ou que necessitam de tratamento mais prolongado, os pacientes sendo, de acordo com o agravo que apresentam, encaminhados para hospitais mais especializados e equipados em grandes centros urbanos. [...] Frente à implantação deste modelo assistencial, [...] que tende a formular ações padronizadas

em saúde (que podem, eventualmente), colidir tanto com o princípio de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde quanto com o pressuposto da integração dos sistemas terapêuticos indígenas nos seus quadros, trata-se de perguntar se há alguma especificidade no atendimento assistencial que é feito. [...] Mesmo porque a atuação dos DSEIs restringe-se à área de sua abrangência: fora dessa área de atuação, o paciente “entra” no Sistema Único de Saúde (ao ser removido, por exemplo, para os hospitais da área de abrangência dos DSEIs ou para outras cidades), e está sujeito aos procedimentos técnico-burocráticos e profiláticos que, de antemão, já estão também definidos (CARDOSO, 2004). (CARDOSO, 2007, p. 95-96).

Havia argumentado ainda que a exigência para os xinguanos tem sido exatamente o acesso aos serviços de saúde de qualidade, ao qual estaria subjacente um princípio de “igualdade” e não de “diferença”. O argumento que defendia era que o princípio da diferença não estaria alocado somente na forma da prestação dos serviços, mas na lógica do pensamento indígena e da sua práxis terapêutica que é efetivamente onde se processa a articulação entre diferentes práticas profiláticas. Ou seja, que essa possibilidade estaria dada na própria natureza dos sistemas terapêuticos ameríndios, que não se furtam às ações técnicas, por mais distintas que elas nos possam parecer, *uma vez que esse sistema lhes é englobante e se mantém fundado nos preceitos de ordem mítico-cosmológica com os quais opera*. Reproduzindo o argumento, afirmo que, do ponto de vista indígena, não haveria incongruências entre dois sistemas terapêuticos porque “a biomedicina” não é vista sob esse ângulo, mas sim como um conjunto de procedimentos e ações técnico-profiláticas, cuja incorporação às técnicas locais não necessariamente afeta os sistemas terapêuticos mais gerais no qual a exegese nativa das doenças é referida (CARDOSO, 2007, p. 97). Por exemplo, no caso em questão, “doença de branco” é apenas um nome (pneumonia, tuberculose, entre outros) – os sintomas são referidos à taxonomia nativa e tratados como tal, mesmo que a assistência biomédica também seja requerida. Chega a ser significativo que um dos AISs kalapalo do Alto Xingu tenha me dito explicitamente que o que “matava” no Xingu não era “doença do branco”, mas sim a “doença do índio mesmo”, causada pela ação dos “espíritos” e, principalmente, dos feiticeiros (CARDOSO, 2007, 2008). Ou seja, a “coexistência complementar” entre sistemas terapêuticos está dada nas práxis indígenas, por meio dos seus possíveis itinerários terapêuticos, entre os quais passaram a figurar o subsistema de atenção à saúde indígena.

O fato, entretanto, é que essa articulação está sendo requerida, pois é o que garante a especificidade do subsistema de atenção à saúde indígena, outorgando-lhe a legitimidade necessária para se constituir como tal. Nesse sentido, a “atenção diferenciada” tem que estar também concretizada na própria forma da assistência terapêutica e na organização dos serviços para a sua prestação, mesmo porque essa não articulação tem gerado diversos tipos de conflitos, particularmente, na esfera das relações com a equipe de profissionais de saúde que coordena as ações na área e decorre de um fator primordial que é a organização padronizada dessas ações que não permite uma flexibilização para atender à demanda dos usuários e requer, ao mesmo tempo, que as informações clínicas transmitidas pelos pacientes ou pelos AISs obedçam aos parâmetros da objetividade e da racionalidade que presidem não só o gerenciamento do modelo, mas também a “eficácia clínica e epidemiológica” que é esperada deste. Há outros: a não notificação à coordenação de saúde local de mortes atribuídas à feitiçaria, a “demora” em encaminhar os pacientes para o atendimento clínico porque primeiramente eles estão sendo tratados pelos “pajés” locais, o não retorno para a continuidade do tratamento.⁸

O problema parece-me, assim, residir:

[...] na flexibilização do modelo e da racionalidade técnica (burocrática e clínica) que o institui para fazer face à demanda por cuidados médicos que se articulam, de fato, com questões outras, muito mais abrangentes, de cunho social e cultural, que o modelo, e a racionalidade que o institui, não têm como abarcar, por razões de ordem quer epistemológica na clínica médica, quer aquelas dadas na sua própria formulação como modelo que é pensado como hegemônico e englobante de outras práticas; ou mesmo, planos de ordenação da práxis social no que se refere aos cuidados em saúde. Obviamente ele não é, e nem pode ser, porque estas questões colidem frontalmente com os princípios que constituem tanto a clínica médica quanto a universalização e unificação do sistema de saúde tal como ele é pensado na modernidade. O problema está localizado no modelo e na sua não flexibilização para atender à demanda que é feita, porque mesmo que se reconheça e se proclame a aceitação da diversidade e dos “determinantes socioculturais que estariam na base do processo saúde-doença”, a racionalidade epistemológica e clínica inerente ao modelo e às ações em saúde não permite essa flexibilização e procura instaurar outro tipo de normatividade não só no que concerne aos cuidados com a saúde,

⁸ Cf. CARDOSO, 2007.

mas que, potencialmente, reflete-se sobre a própria ordem cultural e social; por exemplo, ao serem criadas determinadas necessidades como o consumo de medicamentos e a internação hospitalar. (CARDOSO, 2007, p. 98).

Parte-se de um critério positivista de conhecimento e verdade objetiva que não reconhece o seu próprio caráter histórico e cultural, tomando como universais certos pressupostos que colidem com as concepções indígenas, que também possuem um complexo sistema de concepções sobre nascimento, morte, saúde, doença, corpo, “cuidados de si” e formas outras de exegeses terapêuticas. Formam-se, assim, “projetos educacionais”. Refiro-me, por exemplo, a um livro que enfoca o curso de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) e as relações entre a equipe profissional e os usuários indígenas do serviço no Alto Xingu (NOVO, 2010). Diversas situações descritas por Marina Novo nesse livro são, nesse sentido, exemplares, particularmente, ao focar o Curso de Formação para os Agentes Indígenas de Saúde. Observamos os instrutores procurando explicar aos Agentes Indígenas que “o coração é que faz funcionar o corpo”, que “cada corpo é um corpo (separado e distinto dos demais)”, que o uso da “camisinha não irá sufocar a criança”, entre outras “informações” que procuram marcar a diferença entre “crenças”, a serem “respeitadas” e o “conhecimento científico”, aquilo que comprovadamente se “sabe” e deve ser transmitido para a “produção da saúde”.

Ter acesso aos conhecimentos e aos serviços biomédicos é, fundamentalmente, um direito, preconizado pelas próprias populações indígenas. Os conflitos e as dificuldades observados na própria formulação e realização dessas diretrizes nos distintos serviços de atendimento que foram, então, implantados, revelam que um dos grandes problemas desse modelo reside, precisamente, no modo como os princípios sobre os quais se baseia são sistematicamente obliterados por concepções biomédicas normalizadoras, por procedimentos técnicos padronizados e por um projeto “pedagógico” que os institui.

O modelo, operacionalizado por um discurso científico autorreferente e pautado em uma pseudorracionalidade “técnico-sanitária” (mas, fundamentalmente, “gestora”), tem produzido como efeito desse mesmo processo o desconhecimento/negação dos princípios cognoscitivos e lógico-simbólicos que articulam as práticas e saberes terapêuticos indígenas, que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produzam efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam.

Eis aqui o principal desafio para as políticas públicas em saúde para o atendimento às populações indígenas, para além daqueles que são característicos da própria estruturação dos serviços de saúde em geral: a sua funcionalidade e capacidade assistencial adequada para suprir as demandas dessas populações,

Para as lideranças indígenas a questão da “autonomia” é assim central, porque lhes permitia o controle da gestão administrativa, financeira e política dos recursos em saúde *para* as populações indígenas, de acordo com o modo como pensam que essa assistência deve ser prestada. Há, portanto, um movimento ativo por parte das populações indígenas no sentido de incorporar e integrar as experiências biomédicas tanto como forma de apropriação de recursos quanto de domínio de técnicas que possibilitem a (re)produção de formas de relações que, configuradas nos episódios de doenças e tratamentos, também se refletem (e “refletem”) sobre as relações internas e externas entre as comunidades indígenas e a sociedade envolvente.

Por um lado, tem-se um conjunto de políticas públicas fundadas sobre um princípio de acesso universal, mas que, no caso das populações indígenas, encontra-se ancorado na noção (mesmo que imprecisa, e fundamentalmente retórica, por parte dos gestores) da “atenção diferenciada”. Por outro lado, tem sido um desafio para as pesquisas sobre o tema compreender como os serviços de atenção em saúde têm se articulado ao campo da própria práxis terapêutica indígena, amplamente ancorada nos chamados “complexos xamânicos” e no próprio pensamento mítico.

Pesquisas de cunho antropológico têm sugerido que se trata de formas de “apropriação” do discurso médico segundo os esquemas lógico-simbólicos prévios. Garnelo (2001) salienta, por exemplo, que entre os Baniwa o discurso “autorizado” sobre saúde é apropriado pela cultura local, que seleciona, dentre o conjunto de informações transmitidas, os elementos que apresentam tanto “relações de congruência com os saberes preexistentes”, tanto quanto aqueles que podem “subsidiar e legitimar as práticas e demandas políticas e sociais” atuais da população nativa.

Ou seja, a princípio, a diferença nunca chega de fato a ser posta, porque aqui e ali elementos singulares são uns identificados aos outros, fazendo com que, aparentemente, “concretem numa única configuração”, para usar uma expressão, assim como igualmente o argumento, de Cassirer (2004, p. 282-283). Seguindo essa mesma linha de argumentação, em que já não é possível negar a diferença, ela se

torna “oposição”, mas dispersada numa multiplicidade de formas, sem jamais pretender chegar a uma dimensão unívoca na qual a diversidade das práticas terminaria por ser dissolvida, tal como se deixa antever pelas minhas próprias pesquisas sobre o tema entre os alto-xinguanos (CARDOSO, 2004, 2007).

Como argumentei em relação a esse contexto, parece que o modo como os serviços médicos estão sendo incorporados ao campo das estratégias terapêuticas ameríndias já aponta para um princípio de segmentação⁹ (e diferenciação) subjacente à lógica do próprio pensamento indígena, por meio do qual se mantêm, inclusive, os fundamentos e princípios terapêuticos locais (CARDOSO, 2004, 2007). O princípio da diferença estaria, assim, na ordem lógica de classificação e ordenação das coisas, e não em um princípio genérico de “diversidade cultural” que parece levar mais a uma *normatização inclusiva*, que, a exemplo dos programas e ações em saúde, mascaram uma desigualdade real (ao ignorar, inclusive, o modo pelo qual grupos ou sociedades distintos apreendem o que lhes é transmitido em termos das suas próprias categorias ou “lógicas culturais”), do que à hierarquização complexa da “diferença” que articula e provê, no plano da própria práxis, a produção desses “implexos terapêuticos” (CARDOSO, 2007, p. 99).

O contexto alto-xingano parece não só corroborar esta análise, mas também a recoloca dentro do contexto mais geral da “troca”, no sentido maussiano do termo, o que não exclui a “biomedicina” e seus produtos; ao contrário, os engloba como parte de um princípio muito mais geral de relação ou relações totalizantes da práxis social. Do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico necessário, mas também os serviços (principalmente os medicamentos)¹⁰ são compreendidos como “bens”, que tendem a ser incorporados e postos a circular de acordo com a dinâmica interna das relações sociais e políticas (CARDOSO, 2008).

⁹ O uso da expressão “lógica segmentar” refere-se aqui aos princípios classificatórios pelos quais o mundo é apreendido, ou seja, os planos de significação que operam pela diferenciação como princípio lógico, permitindo, inclusive, a coexistência de vários desses sistemas em ordens diferentes de relação.

¹⁰ O consumo de medicamentos entre populações indígenas tem se tornado objeto de investigações antropológicas mais particularizadas, dado que, reiteradamente, observa-se que a relação dessa população com os serviços de saúde e com o sistema biomédico está centrada, prevalentemente, na aquisição de medicamentos, que têm sido sistematicamente incorporados ao campo dos seus recursos terapêuticos (DIEHL; RECH, 2004).

Ou seja, a própria forma como são concebidas as relações projeta-se sobre o mundo: tais sociedades veem as suas relações com o chamado mundo “não indígena” pela incorporação de “bens”, que passam também a circular como fonte de prestígio pessoal e político *objetivado* por meio de relações tanto interna quanto externamente.¹¹ O ponto é que todos os aspectos da vida parecem se produzir sob o mesmo signo, engendrados que estão em um princípio que, ao fazerem circular “bens”, “coisas”, “substâncias”, produzem “relações” que constituem o campo possível para o exercício da práxis social e, no caso, também o campo da representação política indígena nesse cenário.

Referências

ALBERT, Bruce. Introdução: cosmologias do contato no norte-amazônico. In: ALBERT, Bruce; RAMOS, Alcida. *Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Unesp; IRD; Imprensa Oficial, 2002. p. 9-21.

ARAÚJO, Reginaldo. *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu*. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

BRASIL. *Decreto nº 3.156*, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. Decreto nº 7.336, de 19/10/2010, publicado no Diário Oficial da União (D.O.U.) de 20 de outubro de 2010, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2012. Portaria nº 24, de 1º de junho de 2012, que institui Grupo de Trabalho para analisar e avaliar os contratos

¹¹ Bruce Albert chama a atenção sobre esse ponto na introdução do livro que organizou com Alcida Ramos (ALBERT; RAMOS, 2002), no qual a epopeia trágica do contato dá ensejo à “pacificação” do branco, por meio do controle dos bens (e doenças epidêmicas e infecciosas) por eles introduzidas, assim como a apropriação dos meios para que se possam (re)produzir nessa nova relação, onde estão simultaneamente os “brancos” e os seus poderes “tecnopatogênicos” (ALBERT, 2002, p. 11, 13).

administrativos vigentes, agora sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2011. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; ABA, 2004. p. 195-215.

CARDOSO, Marina D. O contexto alto-xinguano de incorporação de projetos e ações em saúde. In: FERREIRA, Luciane O.; OSÓRIO, Patrícia (Org.). *Medicina tradicional em contextos*. In: REUNIÃO DE MONITORAMENTO: ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA, 1., Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília. *Anais...* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 91-100.

CARDOSO, Marina D. Dalla pluralità terapeutica alla logica della differenza: il contesto alto xinguano del Brasile Centrale. In: BAMONTE, Gerardo; BOLLETTIN, Paride (Org.). *Amazzonia Indigena – 2007: resoconti di ricerca sul campo*. Roma: Bulzoni, 2008, p. 171-190. Texto original: Da pluralidade terapêutica à lógica da diferença: o contexto alto xinguano do Brasil Central. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 6., Montevidéu. *Anais...* Montevidéu: ICA, 2005.

CARDOSO, Marina D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA – CISI. Conselho Nacional de Saúde (CNS) 2000-2006. *Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena*. Brasília: Ed. da UnB, 2006.

CASSIRER, Ernest. (1924). *A filosofia das formas simbólicas. II: o pensamento mítico*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

COIMBRA, C. et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, n. 13, p. 52, 2013.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana Lúcia. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 2003.

DIEHL, Eliane; RECH, Norberto. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas:*

reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; ABA, 2004. p. 149-169.

ERTHAL, Regina M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana Lúcia. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 2003. p. 197-215.

FERREIRA, Luciane. O. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: FERREIRA, Luciane O.; OSÓRIO, Patrícia (Org.). *Medicina tradicional em contextos*. REUNIÃO DE MONITORAMENTO: ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA, 1., Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília. *Anais...* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 166-174.

FERREIRA, Luciane O.; OSÓRIO, Patrícia (Org.). *Medicina tradicional em contextos*. REUNIÃO DE MONITORAMENTO: ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA, 1., Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília. *Anais...* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; ABA, 2004. p. 129-147.

GARNELO, Luiza. Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, Eduardo (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 237-260.

GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Saulo. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

GARNELO, Luiza; MAQUINÉ, Aldemir. Financiamento e gestão do Subsistema de Saúde Indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. Simpósio “Políticas Comparadas em Saúde Indígena na América Latina”. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (RBA), 28., São Paulo. *Anais...* São Paulo: ABA, 2012.

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES; SAÚDE SEM LIMITES; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. *Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena: relatório inicial (revisado)*. Brasília: Consórcio Institute of Development Studies; Saúde Sem Limites; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.

Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

LANGDON, Esther J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; ABA, 2004. p. 33-51.

MENDES, Eugênio V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, Eugênio V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 93-158.

NOVO, Marina. *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*. Brasília: Paralelo 15; ABA; GTZ, 2010.

PAIM, Jairnilson S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 187-220.

PAIM, Jairnilson S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a. p. 587-603.

PAIM, Jairnilson S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003b. p. 567-586.

Capítulo 4

Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil¹

Luiza Garnelo
Aldemir Maquiné

Introdução

Em publicação de 2008, Fleury e Ouverney empreenderam detalhada análise sobre o processo de gestão das políticas sociais no Brasil, na qual os autores apontaram alguns elementos constitutivos de sua estrutura e dinâmica. No texto eles ressaltam aspectos como a *definição das finalidades da política*; a construção e o emprego de *estratégias, planos e instrumentos técnicos* que orientem a ação; o *desenvolvimento de relações sociais* e o *desempenho de papéis políticos* pelos agentes da política social; a *construção de arenas e rotinas que orientem o processo decisório* e a *implementação dos planos de ação*, bem como a *assimilação ou compatibilização dos distintos projetos políticos que coexistem* numa política em curso, assim como a formação e difusão

¹ Texto produzido no âmbito do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – Pronex/Fapeam/CNPq, Edital 003/2009.

de *valores éticos* de justiça e igualdade fomentados ou potencializados pela política social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 41, grifo nosso).

Em texto anterior (GARNELO, 2014), já exploramos alguns aspectos desta temática, tais como a análise das finalidades de uma política social específica – no caso a saúde indígena – bem como dos instrumentos técnicos que orientam a ação dos agentes sociais nesse campo e dos projetos políticos que nela coexistem. Neste texto iremos nos debruçar sobre a construção de arenas legais e rotinas administrativas que ordenam o processo decisório e delimitam possibilidades (ou impossibilidades) de implementação dos planos de ação na política de saúde indígena no estado brasileiro contemporâneo.

A argumentação apoiar-se-á na análise dos dispositivos legais que regem o processo de gestão e administração em órgãos públicos brasileiros, tomando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) como um estudo de caso para guiar o entendimento de como esses vetores da administração pública normatizam, facilitam ou dificultam o processo de gestão das ações de saúde dirigidas às minorias étnicas.

Ao longo da análise serão explorados alguns aspectos da legislação brasileira e de dispositivos infralegais que dispõem sobre a atuação dos órgãos públicos, tomados como cenário geral de implantação do modelo de gestão e das estratégias de atuação dos órgãos centrais do Subsistema de Saúde Indígena e de suas unidades operacionais, que são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), buscando apreender possibilidades e lacunas no cumprimento de suas atribuições perante a legislação vigente e a estrutura administrativa disponível.

O Subsistema de Saúde Indígena e a Criação da SESAI

Não cabe retomar aqui um histórico sobre a trajetória da saúde indígena como um campo de política e ação setorial, já que este tema foi objeto de várias publicações (FERNANDES et al., 2010; AITH, 2008; VARGA, 1992; VARGA; ADORNO, 2001; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; GARNELO, 2006; SANTOS et al., 2008; LANDGON, 2000, 2007; LANGDON; DIEHL, 2007; ATHIAS; MACHADO, 2001; HOFFMANN et al., 2004).

Aqui nos limitaremos a assinalar, brevemente, a importância do Decreto nº 23/1990 como um evento relevante na institucionalização

da política de saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse Decreto propiciou a entrada do Ministério da Saúde na cena indigenista, na medida em que transferiu para aquele órgão as ações sanitárias antes a cargo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Mais do que uma mudança institucional, o Decreto nº 23 imprimiu novos rumos a essa política setorial, aproximando-a da corrente principal da gestão em saúde no Brasil e atribuindo-lhe uma relevância que ela não dispunha no âmbito da política indigenista. Esse processo foi consolidado em 1999 com a promulgação da Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que instituiu a organização das ações dirigidas às minorias étnicas na forma de um subsistema do SUS – que ficou conhecido como Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) –, segundo os moldes da Constituição brasileira e da Lei Orgânica de Saúde (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

Desde o decreto nº 23/1990, a gestão do subsistema, bem como a operacionalização de suas ações, havia ficado a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), um braço executivo do Ministério da Saúde que ficou encarregado de prover atenção à saúde das minorias étnicas. Porém, a atuação da FUNASA foi comprometida pela inadequação entre o perfil de atuação do órgão e as singularidades das demandas sanitárias indígenas (GARNELO, 2014; VARGA, 2010).

Desde sua implantação, a trajetória do Subsistema de Saúde Indígena foi marcada pelas denúncias de ineficiência e de corrupção na FUNASA, que cresceram ao longo dos anos, gerando auditorias do Tribunal de Contas da União e investigações policiais que culminaram com a prisão de vários de seus dirigentes em diversas unidades federadas no país (GARNELO, 2006; GARNELO, 2014; VARGA, 2010; BRASIL, 2007).²

Em 2009 o presidente Lula deliberou pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); porém, somente em 2010 foi promulgada a Lei nº 12.314, de 19 de outubro de 2010, que reorganizou a estrutura administrativa da Presidência da República, Ministérios e Secretarias de Governo. Essa lei transferiu a estrutura do Subsistema de Saúde Indígena da FUNASA para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde (MS).

² As denúncias contra a FUNASA foram copiosas, mas as páginas web onde encontramos a maior parte delas foram: <<http://www.estadao.com.br>>; <www.veja.abril.com.br>; <<http://www.jusbrasil.com.br>>; <www.portalamazonia.globo.com>; <<http://acertodecontas.blog.br/politica>>; <<http://www.cgu.gov.br/Imprensa>>; <www.direitos.org.br>; <<http://www.cimi.org.br>>; <<http://www.folha.com.br>>; <<http://agenciabrasil.ebc.com.br>>.

Apesar dos percalços institucionais que caracterizaram os primeiros dez anos de criação do Subsistema de Saúde Indígena, este foi bem-sucedido na obtenção de recursos financeiros para o custeio de suas ações. A análise das leis orçamentárias anuais (LOA), que dispõem sobre a distribuição do orçamento público para suas diversas atividades-fim, no país, demonstra uma nítida tendência de crescimento do financiamento no setor, conforme se poderá ver na seção seguinte.

O financiamento em Saúde Indígena

Os estudos sobre financiamento do Sistema Único de Saúde são relativamente recentes, ainda que venham crescendo significativamente no Brasil. Autores como Médici (2002), um pioneiro na constituição desse campo, Santos (2002), Ugá (2003), Ugá et al. (2003, 2005, 2006, 2008), Castro e Machado (2010), Solla et al. (2007), Melamed e Costa (2003) e outros, têm desenvolvido, com regularidade, pesquisas articuladas entre si, gerando, além de novos conhecimentos científicos, informações que propiciam o monitoramento de políticas públicas, como ocorre no Fórum da Rede de Pesquisas em Financiamento e Gestão da saúde.

Porém, o tema da saúde indígena não vem chamando a atenção desses autores. Salvo pelas publicações ligadas ao INESC (VERDUM, 2005, 2006, 2008, 2009, 2010), voltadas para o monitoramento do chamado orçamento indigenista, por uma publicação de 2003 (DIEHL et al., 2003) que tratou de uma realidade específica (um DSEI do sul do país) e por um relatório de consultoria encomendado pela FUNASA,³ não encontramos outras publicações que tratassem da temática do financiamento para saúde indígena.

Na análise que aqui empreenderemos foi priorizado o período compreendido entre 2004 e 2011, que equivale àquele em que se consolidaram os Planos Plurianuais de Governo (PPA), que são iniciativas de gestão estratégica para coordenar a elaboração e atuação das diversas políticas de governo (ALMEIDA, 2004; ARRETCHE, 2007, 2009; FADEL et al., 2009; COSTA, 2009; MACHADO et al., 2010). Ao longo do supracitado período, além do planejamento articulado das ações dos diversos ministérios, também se estruturaram os mecanismos de transparência – com acesso fácil e gratuito em páginas *web* – das

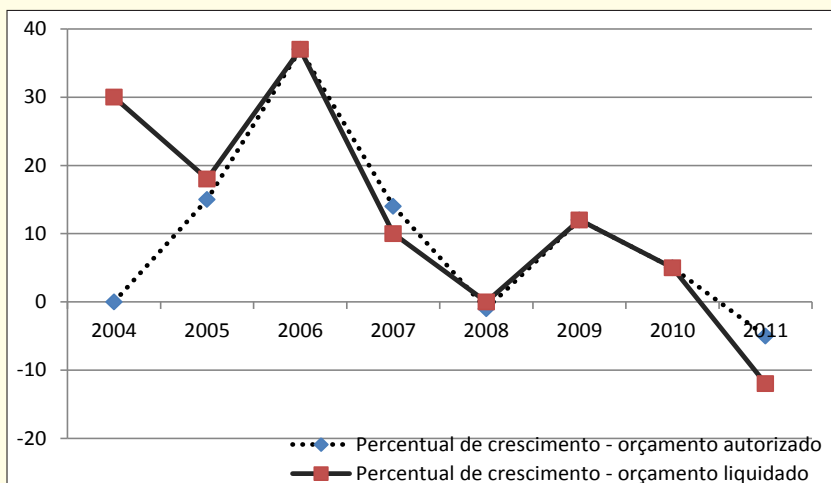
³ BIASOTO; TEIXEIRA, 2009.

informações sobre orçamento e financiamento dos órgãos do poder público, entre eles o Subsistema de Saúde Indígena, possibilitando as análises aqui realizadas.

No caso da saúde indígena, o elemento de interesse para nossa análise é o Programa 0150 – Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas do PPA –, em que são alocados os recursos para o custeio das ações do Subsistema de Saúde Indígena. Esse programa contempla um amplo conjunto de ações, não apenas de saúde, mas também em outros campos das políticas públicas.⁴ No âmbito do Programa 0150, priorizaremos a análise das ações de saúde desenvolvidas pela FUNASA, que convencionamos denominar “Componente de Saúde Indígena no Programa 0150”, no qual foram alocados os recursos destinados ao custeio das atividades assistenciais desenvolvidas pelos DSEIs, além das tarefas de apoio à gestão desenvolvidas pelo nível central da FUNASA.

Segue descrição da evolução do financiamento das ações do Subsistema de Saúde Indígena para o período assinalado. A comparação entre orçamento autorizado e liquidado, no período compreendido entre 2004 e 2011, está sistematizada na figura 4.1.

Figura 4.1 – Evolução do crescimento dos recursos autorizados e liquidados para saúde indígena no Programa 0150 – 2004 a 2011



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

⁴ Para o período compreendido entre 2004 e 2007, o Programa 0150 do PPA era formado por um conjunto de sete ações (12BV, 6501, 3869, 6140, 6143, 6144, 7658), distribuídas entre o Ministério da Justiça/FUNAI e o da Saúde/FUNASA.

Os dados mostram uma tendência de crescimento anual dos recursos durante a vigência do Plano Plurianual (PPA) 2004-2007, que cumulativamente representou um crescimento de 78,68%, tendo o maior incremento ocorrido no ano de 2006 com 36% de aumento em relação ao orçamento de 2005.

Já no PPA 2008-2011, observa-se uma queda do orçamento no primeiro ano de vigência do Plano, de 1,39% em comparação ao ano anterior, voltando a crescer timidamente (2,49%), em 2009, quando comparado a 2007. No PPA 2008-2011, o maior crescimento proporcional do orçamento ocorreu em 2010 (13,64%), em comparação a 2009, e 13,98%, quando comparado a 2007, o último ano do PPA anterior. Em 2011 (último ano de vigência do PPA 2008-2011) observa-se um decréscimo de 6,40% no orçamento da saúde indígena, fechando o ciclo do PPA 2008-2011 com um incremento de apenas 9% em relação ao ano de 2007.

A comparação entre os períodos cobertos pelos dois PPAs evidencia, graficamente, a tendência de crescimento dos recursos no PPA 2004-2007, acompanhada de uma nítida queda no PPA subsequente. Considerando-se que a SESAI foi criada no final de 2009, isso significa que o novo órgão encontrou um orçamento já elaborado e aprovado pela FUNASA e com previsão de recursos menor que aqueles que estiveram disponíveis para o órgão antecessor da SESAI. Em tais circunstâncias, em 2010 a SESAI não teve nenhuma governabilidade sobre seu orçamento, já definido antes mesmo de sua criação. Mesmo em 2011, a SESAI não aparecia na página do Ministério da Saúde como executora do orçamento da saúde. Os orçamentos de 2010 e de 2011 continuaram a ser executados pela FUNASA, pois o prazo estabelecido para completar a transição da responsabilidade sobre o subsistema foi prorrogado até o dia 31 de dezembro de 2011.⁵

Assim, a SESAI apareceria como executora responsável somente no PPA 2012-2015 e na LOA de 2012, ainda que não figurasse como executora oficial do orçamento em 2011, mas – em termos práticos – um decréscimo de 11,60% no orçamento da saúde indígena trazia elevado risco de restringir a operacionalização das ações em um órgão

⁵ Em 19 de outubro de 2010 foi publicado o Decreto nº 7.336/2010, segundo o qual o Ministério da Saúde e a própria FUNASA teriam 180 dias para fazer a transição gradual do subsistema, “a fim de evitar prejuízos ao atendimento da população”. Esse prazo foi prorrogado (Decreto nº 7.461, de 18/04/2011) até 31 de dezembro de 2011. Por fim, o Decreto nº 7.530, de 21/07/2011, reiterou que “O Ministério da Saúde e a FUNASA deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011” (Art. 6º) (BRASIL, 2011, grifo nosso).

que mal adentrara o cenário do indigenismo sanitário. Ainda que se trate de um dado isolado por se referir a um único ano, um evento dessa ordem sempre representa motivo de preocupação, pois uma Secretaria em fase de implantação costuma demandar a aplicação de recursos extraordinários, com vistas ao pleno estabelecimento de suas atribuições; e, justamente nesse período, a SESAI enfrentou retração de sua dotação orçamentária. Tal situação demanda monitoramento ao longo dos exercícios fiscais subsequentes, porque, caso os eventos de 2011 se repitam ao longo do PPA 2012-2015, isso redundará em futuros problemas de custeio para o subsistema de saúde indígena.

Em números absolutos, numa série de dez anos, os recursos alocados no Componente Saúde Indígena (Programa 0150) do orçamento público brasileiro, executado pela FUNASA estão dispostos na tabela 4.1.⁶

Tabela 4.1 – Evolução geral do Orçamento da Saúde Indígena
Programa 0150 – 2002 a 2011 (Valores em R\$ 1,00)

Descrição	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Autorizado	124.246.000	136.795.400	182.563.000	209.790.400	285.337.000	326.214.000	321.671.821	334.333.566	379.941.815	355.626.022
Liquidado	122.636.643	135.053.733	175.334.695	207.089.943	282.287.406	310.813.761	312.820.403	351.918.065	368.640.031	325.887.608

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

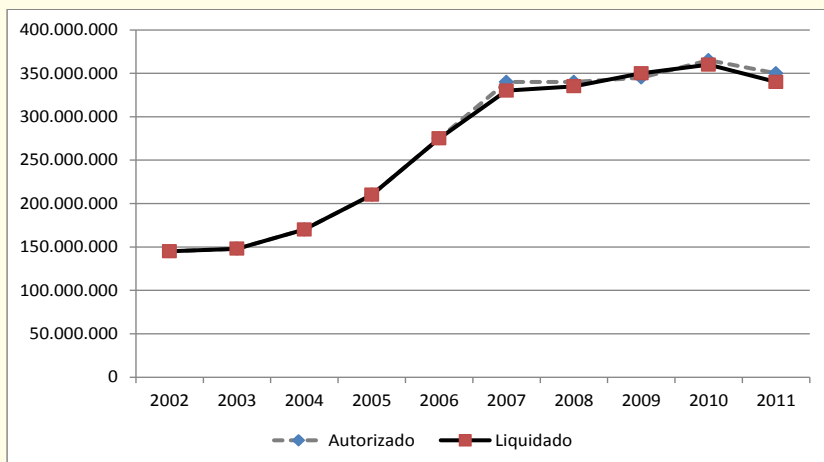
Os mesmos valores expressos em termos gráficos estão dispostos na figura 4.2.

A figura 4.2 reafirma a boa capacidade de gasto da FUNASA que, ao longo dos dez anos analisados, manteve grande proximidade entre valores autorizados e liquidados nos recursos destinados ao Subsistema de Saúde Indígena.

É preciso relembrar, porém, que a FUNASA, além do Projeto 0150, também contava com recursos alocados no Projeto 1287, destinados ao saneamento em aldeias indígenas. A figura 4.3 propicia uma apreciação geral da evolução do orçamento dos dois projetos controlados pela FUNASA, que eram destinados à saúde indígena nos dois PPAs aqui analisados.

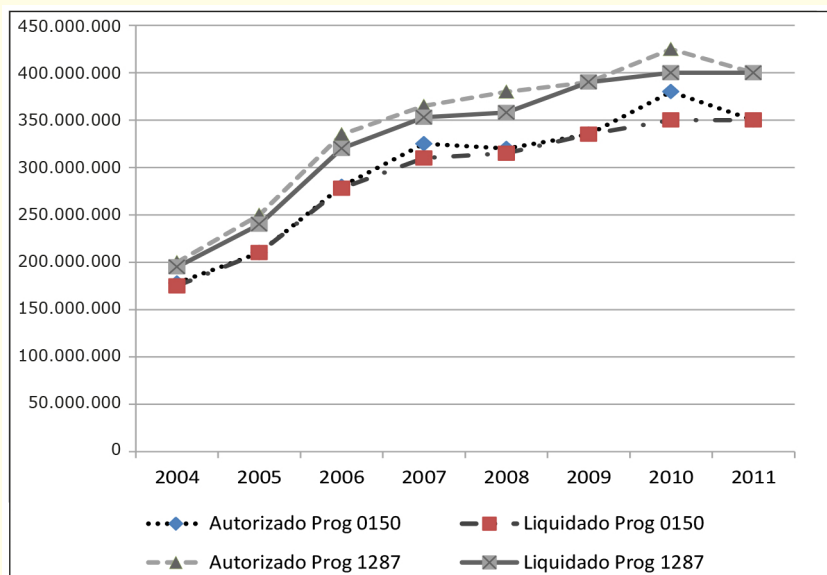
⁶ BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos/SAES. Plano Brasil de Todos. Participação e Inclusão. *Plano Plurianual 2004-2007*. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/PPA/Elaboracao:PL>. Acesso em: 30 nov. 2011.

Figura 4.2 – Evolução do orçamento da saúde indígena no Programa 0150



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

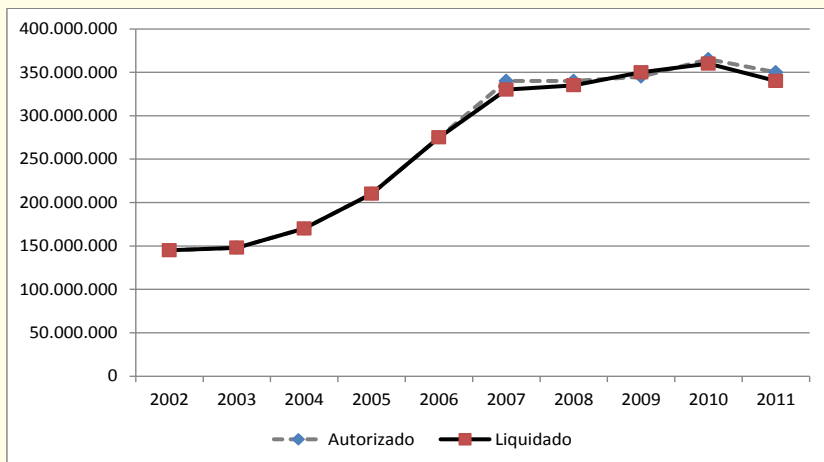
Figura 4.3 – Evolução do Orçamento de Saúde Indígena, por programa – 2004-2011



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

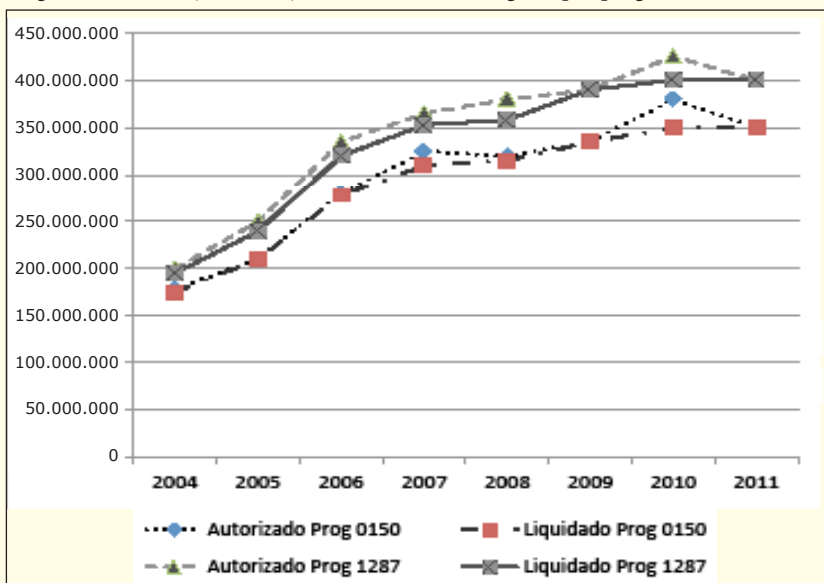
No cômputo geral, a história orçamentária da saúde indígena demonstra uma evolução positiva desde 2002, período em que se inicia no Brasil a disponibilização pública das informações sobre o tema, em que pese a desaceleração do crescimento orçamentário observada no PPA 2008-2011.

Figura 4.2 – Evolução do orçamento da saúde indígena no Programa 0150



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

Figura 4.3 – Evolução do Orçamento de Saúde Indígena, por programa – 2004-2011



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Portal Orçamento do Senado Federal.

No cômputo geral, a história orçamentária da saúde indígena demonstra uma evolução positiva desde 2002, período em que se inicia no Brasil a disponibilização pública das informações sobre o tema, em que pese a desaceleração do crescimento orçamentário observada no

PPA 2008-2011.

Entretanto, uma dinâmica orçamentária favorável nada diz sobre a qualidade, a efetividade e resolutividade das ações de saúde financiadas pelo orçamento disponibilizado para a FUNASA. Não existem informações disponíveis que permitam avaliar na totalidade, e em detalhe, a qualidade das ações ofertadas no Subsistema de Saúde Indígena. Porém, têm sido recorrentes as críticas – políticas e técnicas – ao desempenho do subsistema, desde sua criação (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO, 2012; GARNELO, 2006; PELLEGRINI et al., 2009; LANGDON, 2007; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007; VARGA, 2010; VARGA; ADORNO, 2001).

Por outro lado, indicadores indiretos da baixa efetividade do subsistema, como um perfil desfavorável da morbimortalidade em comparação ao encontrado na população não indígena,⁷ representam uma demonstração enfática de que os recursos aplicados em saúde indígena precisam se traduzir em boa qualidade técnica das ações de saúde e potencializar ações intersetoriais dirigidas à melhoria geral das condições de vida, para que se alcance o tão desejado impacto positivo nos níveis de saúde das minorias étnicas em nosso país.

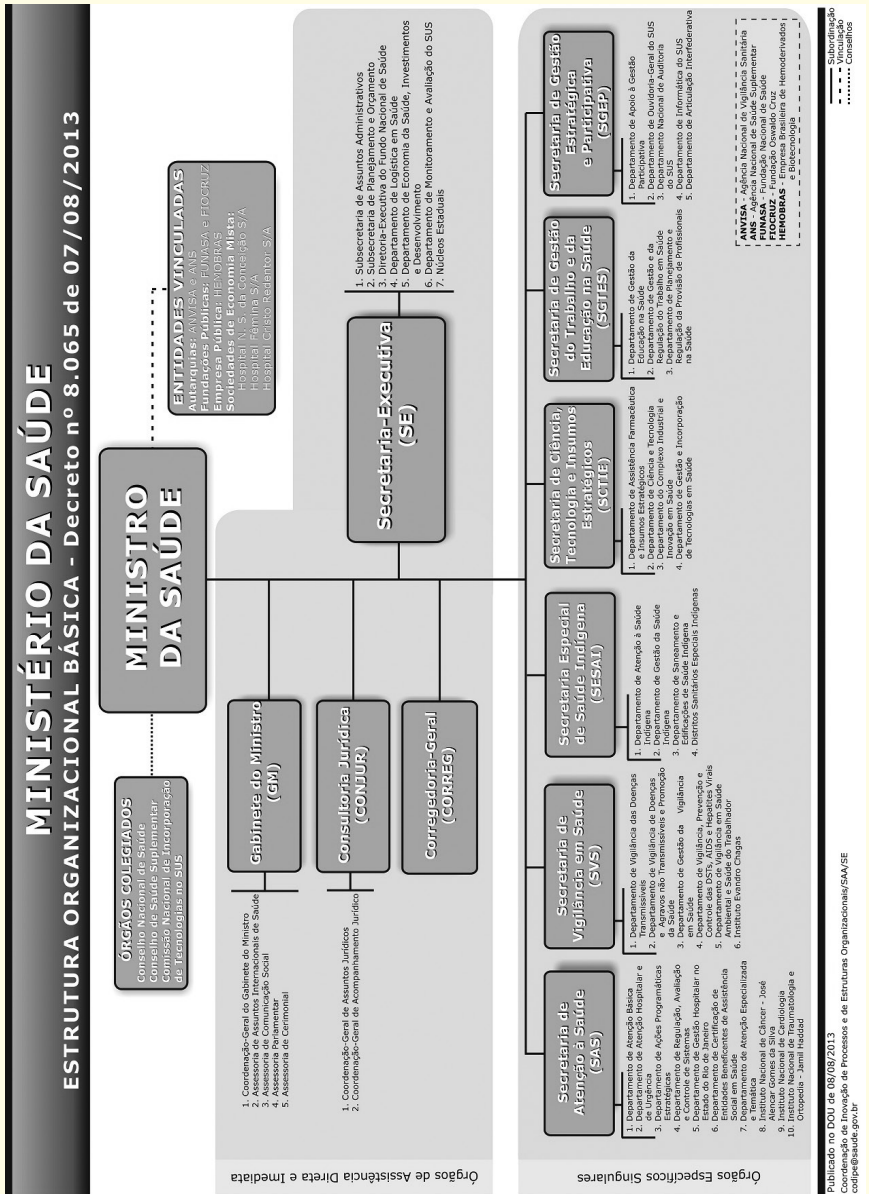
As razões apontadas para o desempenho negativo do SASI são muito diversificadas, ligando-se à inadequação do modelo assistencial (PONTES; GARNELO, 2010), dificuldades correlatas às características de atuação e disponibilidade da força de trabalho (GARNELO; BRANDÃO, 2003; GARNELO, 2006; ERTHAL, 2003); limites na acessibilidade, descontinuidade das ações e outras (VARGA, 2010; VARGA; VIANA, 2009). Porém, a literatura disponível (VERDUM, 2005, 2008; RAGGIO; PINTO; MORAES, 2009) pouco explorou a contribuição da gestão no desempenho do subsistema, algo que será empreendido na próxima seção.

Características da Gestão em Saúde Indígena

A Lei nº 12.314/2010 tanto criou a SESAI quanto instituiu a atual estrutura do Ministério da Saúde, aí incluída a SESAI, como mostra a figura 4.4, que mostra o organograma do órgão.

⁷ A este respeito ver, por exemplo, Garnelo, Macedo e Brandão (2003), Santos e Coimbra Júnior (2003), Arantes (2003), Leite (2012) e Basta, Orelanna e Arantes (2012).

Figura 4.4 – Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Brasil (2015).

As atribuições das Secretarias do Ministério da Saúde, dispostas no portal saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>), evidenciam um perfil de atividades marcado por verbos como *formular, coordenar, acompanhar, avaliar, incentivar, promover*, e outros que igualmente expressam o papel do gestor nacional. Somente para a recém-criada SESAI, descreve-se, no portal, a missão de empreender:

[...] a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2012, grifo nosso).

Ainda segundo a mesma fonte, a SESAI tem também,

a missão de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais cuja atuação tenha interface com a atenção à saúde indígena, coordenando a articulação entre o SUS e seu subsistema, além de estabelecer as diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (BRASIL, 2012).

Tais características tornam a SESAI a única Secretaria do Ministério da Saúde que acumula simultaneamente funções de gestão e execução de serviços de saúde, configurando-se um perfil de atuação que é, em larga medida, contraditório com as atribuições do próprio Ministério da Saúde, cuja competência está prioritariamente voltada para

a formulação, coordenação e implementação da política nacional de saúde e para a coordenação e fiscalização da atuação do o Sistema Único de Saúde; ao lado de outras responsabilidades com a saúde ambiental, informação em saúde, insumos estratégicos para a saúde, controle sanitário de portos, fronteiras e outros. (BRASIL, 2012).

Além disso, a SESAI acumula atribuições de articulação entre distintos entes governamentais (federais, estaduais e municipais), no que diz respeito ao tema da saúde indígena, na estrutura atual do Ministério

da Saúde, tais atribuições seriam mais afetas aos níveis superiores de gestão do órgão. Um conjunto tão variado de atribuições delegadas para a SESAI demanda uma estrutura administrativa robusta, capaz de prover as habilidades e competências necessárias ao cumprimento de suas responsabilidades legais.

De acordo com o Decreto nº 8.065/2013 (BRASIL, 2013),⁸ a estrutura administrativa atribuída à Secretaria de Saúde Indígena contempla três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, além dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), também previstos na estrutura do órgão. Aqui restringiremos nossas considerações aos departamentos de Gestão e de Atenção à saúde indígena, objeto de interesse deste capítulo.

O Departamento de Gestão da Saúde Indígena “tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias ao fortalecimento da gestão do subsistema de atenção à saúde indígena e de seus distritos sanitários, propondo mecanismos gerenciais que viabilizem suas atribuições operacionais” (BRASIL, 2012). Entre suas funções, o Departamento de Gestão deve ainda “programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes, seja no âmbito central do SUS, seja no âmbito local, em nível dos DSEI, além de coordenar a análise e disponibilização de informações de saúde indígena, além de promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena” (BRASIL, 2012).

Já as atribuições do Departamento de Atenção à Saúde estão voltadas para a “coordenação e elaboração das normas e diretrizes técnicas para operacionalização das ações de atenção à saúde, particularmente no âmbito dos programas de atenção e de educação à saúde, bem como prestar assessoria técnica às equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena” (BRASIL, 2012).

Ao Departamento de Saneamento e Edificações em Saúde Indígena compete, além de outras atribuições, “coordenar as ações de edificações e saneamento ambiental em terra indígena” (BRASIL, 2012).

⁸ A primeira regulamentação da estrutura da SESAI foi feita pelo Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011, modificado por duas vezes nos anos seguintes. A análise subsequente tomará como base o disposto no Decreto nº 8.065/2013, que descreve a atual estrutura do Ministério da Saúde, aí incluída a SESAI, válida até fevereiro de 2015.

Em contraponto a tão amplas e complexas atribuições, observa-se que o mesmo Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011, que reestruturou o regimento e a composição dos órgãos do Ministério da Saúde, incluindo a distribuição dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, aprovou para a SESAI somente o conjunto de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas mostrados no quadro 4.1.

Quadro 4.1 – Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Secretaria Especial de Saúde Indígena

Denominação do Cargo/Função	Descrição do Cargo	Quantidade de Cargo/ Função
Secretário	DAS 101.6	1
Diretor	DAS 101.5	3
Chefe de Gabinete	DAS 101.4	1
Gerente de Projeto	DAS 101.4	1
Coordenador-Geral	DAS 101.4	6
Chefe de Distrito (Tipo I)	DAS 101.4	21
Chefe de Distrito (Tipo II)	DAS 101.3	13
Coordenador	DAS 101.3	1
Assessor técnico	DAS 101.3	1
Chefe de Divisão	DAS 101.2	42
Chefe de Casa de Saúde Indígena	DAS 101.1	62
Chefe de Serviço	DAS 101.1	140
Chefe de Seção	FG-1	34
Assistente I	FG-1	82

Fonte: Brasil (2015).

No regime de administração pública brasileira, os Cargos em Comissão (DAS) são aqueles destinados a pessoas que exerçam função de direção e coordenação de órgãos e programas do setor público, sem que seja, necessariamente – e em geral não o são – servidores permanentes do órgão que dirigem. A concessão de tais cargos costuma se dar por indicação (e não por concurso público) dos dirigentes maiores do setor público, sendo forte a influência dos partidos políticos na escolha dos indicados. É relativamente frequente que tais postos sejam ocupados por pessoas sem qualificação técnica adequada para o exercício das tarefas relativas ao cargo. Uma das consequências desse regime de delegação de tarefas é a elevada rotatividade desses dirigentes, com consequências negativas para a continuidade das ações de governo.

O quadro 4.1 mostra que a estrutura da SESAI, em âmbito nacional, conta com um total de 408 cargos, dos quais, 292 são Cargos em Comissão (DAS) e 116 são Funções Gratificadas (FG). Parte desses cargos é destinada às ações de gestão em nível central (ou seja, em Brasília) e a outra parte dirigida ao plano local, ou seja, aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), as unidades encarregadas das ações de assistência no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) distribuídas em diversas terras indígenas em território nacional.

O quadro 4.1 mostra que há um grande número de profissionais alocados em cargos comissionados para efetuar gestão maior do subsistema. Ou seja, a gestão do SASI é fortemente apoiada numa força de trabalho temporária, cuja continuidade pode ser comprometida, diante da pouca representatividade de profissionais de carreira com vinculação de longo prazo às funções de gestão. Não encontramos, nas fontes oficiais, um cálculo das necessidades de pessoal para efetivar a completa operacionalização do SASI; ainda assim, o quadro 4.1 deixa evidente que a provisão atual de quadros profissionais destinados à SESAI é insuficiente para permitir que o órgão possa cumprir adequadamente suas atribuições, dada a magnitude de suas tarefas.

Ao braço operacional da SESAI, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, compete “a realização da atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, em consonância com as peculiaridades da condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena e com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2012). Atuando no nível local, os DSEIs expressam, segundo a caracterização feita pelo Ministério da Saúde, um modelo de organização de serviços – orientado para um território etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Também cabe aos DSEIs promover o reordenamento da rede de saúde e das práticas sanitárias, nos moldes preconizados para a Estratégia Saúde da Família. Eles têm, ainda, a tarefa de realizar as atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, bem como coordenar as ações de controle social em áreas indígenas.⁹

Em termos de gestão, os DSEIs têm como atribuições planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais;

⁹ Descrição das atribuições dos DSEIs (BRASIL, 2012).

e desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, segundo os termos estabelecidos pelo Decreto nº 8.065/2013 e outros que trataram do tema. De acordo com a FUNASA, órgão a quem os DSEIs estavam vinculados até a criação da SESAI, a lógica de distribuição dos 34 distritos sanitários baseou-se na distribuição das terras indígenas no país. A estrutura operacional dos DSEIs compreende o núcleo local de gestão, as casas de saúde do índio (CASAI), os polos-base e os postos de saúde (FUNASA/MS, 2002).¹⁰

Também tomando como referência o Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, foi sistematizado o quadro 4.2, que contém informações relativas ao conjunto de cargos destinados especificamente aos DSEIs, isto é, ao plano local.

Quadro 4.2 – Demonstrativo de **DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA** e das Funções Gratificadas dos Distritos Sanitários – DSEIs

Denominação do Cargo/Função	Descrição do Cargo/Função	Quantidade de Cargo/Função
Chefe de Distrito (Tipo I)	DAS 101.4	21
Chefe de Distrito (Tipo II)	DAS 101.3	13
Chefe de Divisão	DAS 101.2	34
Chefe de Seção	FG-1	34
Assistente I	FG-1	8

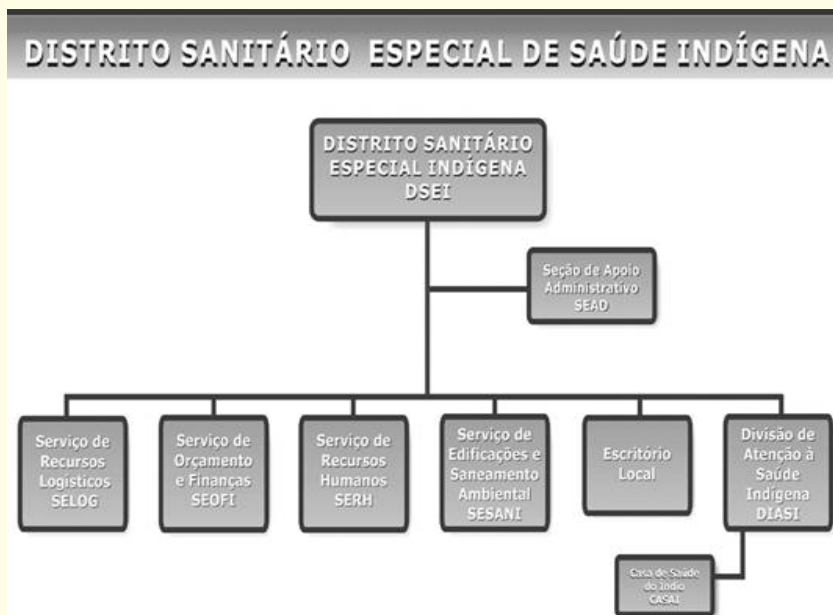
Fonte: Brasil (2013).

Ressalte-se que as informações contidas no quadro 4.2 foram subtraídas do conjunto de cargos contidos no quadro 4.1, ou seja, não se deve somar as informações contidas nos dois quadros. Aqui foi feito apenas um recorte, a fim de evidenciar a provisão de cargos destinados aos DSEIs, de acordo com os termos contidos no Anexo I do supracitado Decreto nº 8.065/2013.

¹⁰ Portaria nº 254/2002.

O quadro 4.2 mostra que para o conjunto dos 34 DSEIs o SASI conta com 21 DAS 4, ou seja, são 21 cargos comissionados, com remuneração mensal aproximada de R\$ 7.372,22¹¹ em valores de fevereiro de 2015, destinados à chefia do que foi chamado de Distrito Tipo I, que são aqueles distritos sanitários maiores, mais complexos e/ou com maior população indígena. Já os DSEIs classificados como de Tipo II contam com 13 cargos comissionados, com ganhos mensais de R\$ 4.247,06, para a chefia distrital. O organograma dos DSEIs (figura 4.5) fornece uma ideia de como esses cargos devem ser alocados em cada um deles.

Figura 4.5 – Organograma do DSEI



Fonte: Brasil (2015).

A comparação entre o conjunto de cargos disponibilizados para o total dos Distritos Sanitários e o organograma padrão dos DSEIs torna possível inferir que os cargos comissionados (34-DAS 2 e 201 DAS-1) são direcionados aos chefes da Divisão de Atenção à Saúde Indígena e

¹¹ Fonte: <https://siorg.planejamento.gov.br/siorg-cidadao-webapp/pages/listar_cargos_funcoes/listar_cargos_funcoes.jsf;jsessionid=ldwc8hhFnbVQOBWls6aMt9VR>. Acesso em: 22 fev. 2015.

aos chefes da Casa de Saúde do Índio (CASAI); ou seja, são destinados a cargos técnicos voltados para a coordenação de ações de assistência. Já as Funções Gratificadas (FGs) são destinadas aos chefes dos cinco Serviços (Logística, Orçamento e Finanças, Recursos Humanos, Edificação e Saneamento Ambiental e Escritório Local) previstos no organograma do DSEI.¹² Desses serviços, os de Orçamento e Finanças e de Recursos Humanos são os únicos envolvidos diretamente nas ações administrativas inerentes a uma unidade gestora.

O processo de reestruturação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI) que culminou com a criação da SESAI se deu concomitantemente à transformação dos DSEIs em unidades descentralizadas de ordenação de despesas (Decreto nº 6.878GM/MS/2009). O mesmo tema foi alvo de interesse do governo central no Decreto nº 8.065, de 2013, cuja aprovação não apenas da nova estrutura regimental, mas também do supracitado conjunto de cargos em comissão e de funções gratificadas do Ministério da Saúde também se constituiu em meio para viabilizar a autonomia de gestão aos DSEIs, já prevista pelo Decreto nº 6.878GM/MS/2009, mas carente de ato administrativo que permitisse concretizar a descentralização.

Na próxima seção discutiremos sobre as características de funcionamento de uma Unidade Gestora (UG) no setor público no Brasil, para retomarmos, em seguida, a análise sobre a possibilidade de os DSEIs atuarem como UG com a estrutura que lhes foi concedida pelos dispositivos legais.

Algumas características do processo de gestão pública no Brasil e suas repercussões no Subsistema de Saúde Indígena

Segundo Sultani (2005), o processo de planejamento no Brasil é visto como uma estratégia de desenvolvimento da sociedade, distribuída em cinco dimensões:

- a) social: inclusão social, acesso universal e de qualidade aos serviços públicos, valorização cultural, transmissão do aumento da produtividade e rendimento dos trabalhadores;
- b) econômica: estabilidade macroeconômica, geração de emprego e renda,

¹² Em acordo com o conjunto dessas funções dispostas no quadro 4.2.

ampliação dos investimentos e da produtividade, conquista de mercados internacionais com redução da vulnerabilidade externa; c) regional: equidade entre regiões, desenvolvimento regional e local; d) ambiental: harmonia entre desenvolvimento e meio ambiente, bem como sustentabilidade ambiental; e e) democrática: fortalecimento da cidadania, respeito aos direitos humanos e gestão participativa das políticas públicas. (SULTANI, 2005, p. 21).

Tomando como base essas diretrizes do planejamento no setor público do Brasil, é possível observar que a maioria dessas dimensões é relevante para a análise da questão indígena, justificando a existência de uma política de saúde indígena e a criação da SESAI, particularmente no que diz respeito à inclusão social, à valorização cultural e ao fortalecimento da cidadania e da equidade. Tais diretrizes orientaram a criação do SASI e a dotação orçamentária que lhe cabe, desde o âmbito dos Planos Plurianuais (PPA) até a Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada ano fiscal.

Por outro lado, é necessário discutir não apenas o ordenamento jurídico e de planejamento, mas também analisar como ocorre – no dia a dia do processo de gestão – a operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena. Dessa forma, a análise de certas rotinas que regem a administração cotidiana do SASI é essencial para o entendimento de como vem se efetivando sua estruturação após dez anos de sua implantação.

Para esse fim, tomaremos como base de análise, por um lado, as leis e outros dispositivos infralegais que ordenam os fundamentos da administração pública no Brasil – que têm que ser aplicados integralmente no gerenciamento de órgãos públicos como os DSEI – e, por outro, as necessidades administrativas e operacionais dos distritos sanitários, bem como sua capacidade instalada, em contraponto ao que preveem os dispositivos legais que regulamentam o processo de gestão.

Na sequência descreveremos os requisitos instituídos pela Lei nº 8.666/93 e Lei nº 4320/64 para a gestão das instituições públicas no Brasil, passando em seguida para uma análise sobre a estrutura concedida aos diversos níveis de gestão e de execução do Subsistema de Saúde Indígena e sobre as possibilidades de cumprimento adequado de suas atribuições.

No âmbito do SASI, buscaremos distinguir entre as condições estabelecidas para o funcionamento de uma unidade de gestão em nível central – caso da SESAI – e de uma unidade orçamentária

descentralizada – caso dos DSEI – bem como os meios de gestão a eles concedidos para que operem como tal.

De acordo com a administração pública brasileira,¹³ uma Unidade Gestora (UG), também conhecida como Unidade Orçamentária ou Administrativa, é aquela que realiza atos de gestão orçamentária, financeira e/ou patrimonial. Em observação ao “princípio da segregação de funções”,¹⁴ uma UG deverá contar, minimamente, com os seguintes profissionais: 1 (um) ordenador de despesas, 1 (um) gestor de compras (Pregoeiro),¹⁵ 1 (um) gestor de almoxarifado, 1 (um) gestor de patrimônio, 1 (um) gestor financeiro, 1 (um) gestor orçamentário, 1 (um) gestor de pessoal, e 1 (um) gestor de tecnologia da informação; todos deverão pertencer ao quadro de pessoal efetivo da instituição.¹⁶

Além disso, para que uma Unidade Gestora possa realizar adequadamente as suas funções, ela deve contar, pelo menos, com a seguinte equipe profissional:¹⁷ para a gestão de documentos, 1 (um) assistente; para a gestão de compras, deve dispor de 1 (um) pregoeiro e 2 (dois) assistentes; para a gestão de materiais, 1 (um) responsável pelo almoxarifado e 1 (um) assistente; na gestão patrimonial, deverá ter 1 (um) responsável pelo patrimônio e 1 (um) assistente. Já as atividades de gestão orçamentária, contábil e financeira demandam 1 (um) gestor financeiro, 1 (um) gestor contábil e 1 (um) gestor orçamentário; em gestão de pessoal, necessitará de 1 (um) responsável pela área de recursos humanos e 1 (um) assistente; e, finalmente, para a gestão de tecnologia da informação deverá haver disponibilidade de 1 (um) responsável técnico e 1 (um) auxiliar técnico.

Assim, o funcionamento pleno de uma UG demanda a existência de, pelo menos, 11 (onze) profissionais do quadro permanente, alocados nas áreas de gestão, a fim de responder às exigências da Lei de Licitações. Desses profissionais, em obediência ao princípio da segregação de funções, pelos menos os responsáveis pelas funções de ordenador de

¹³ Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_u.asp>. Acesso em: 13 mar. 2012.

¹⁴ Segundo Almeida (1996, p. 28), a segregação de funções consiste “em estabelecer que uma mesma pessoa não pode ter acesso aos ativos e aos registros contábeis, devido ao fato dessas funções serem incompatíveis dentro do sistema de controle interno”.

¹⁵ Parágrafo único do art 7º do Decreto nº 3.555/2000 (BRASIL, 2000).

¹⁶ BRASIL, 2000.

¹⁷ Disponível em: <<http://manualsiafi.tesouro.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 13 mar. 2012 e em: <http://www.cgu.gov.br/Legislacao/Arquivos/InstrucoesNormativas/IN_TCU_n47_27_outubro_2004.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

despesas, gestor financeiro, gestor orçamentário, gestor de compras (pregoeiro) e gestor de materiais devem se ater somente a uma dessas tarefas. Ou seja, a regra da segregação de funções prevê a separação entre atividades de autorização/aprovação de despesas, e as operações de execução, controle e contabilização dessas atividades e recomenda que nenhuma pessoa detenha competências e atribuições simultâneas em ambos os níveis de gestão. Em consequência, a obediência a esse princípio, que rege as boas práticas na administração pública, gera a necessidade de um quadro ampliado de servidores envolvidos com as atividades de gestão em cada DSEI.

De acordo com as disposições da Lei das Licitações (Lei nº 8.666/1993) e os termos do Decreto nº 6.878 GM/MS/2009, que instituiu os DSEIs como unidades gestoras, para que estes possam operar como UG, precisarão contar com pelo menos 11 (onze) profissionais dedicados às ações de gestão, independentemente da atuação do chefe do DSEI e do pessoal dedicado às atividades assistenciais.

Chegou-se ao número de 11 (onze) profissionais a partir da enumeração das necessidades de pessoal, contemplando a seguinte distribuição, de acordo com o organograma previsto para os DSEIs.

Quadro 4.3 – Necessidade de Pessoal para Ordenação de Despesa em DSEI

1 (um)	ordenador de despesas (Chefia do DSEI);
1 (um)	gestor orçamentário, lotado no serviço de orçamento e finanças;
1 (um)	gestor de pessoal, lotado no serviço de recursos humanos;
1 (um)	pregoeiro, lotado no serviço de recursos logísticos. Para atuar, este precisa, obrigatoriamente, de uma equipe de apoio com, no mínimo, 2 (dois) assistentes a serem alocados no mesmo serviço de recursos logísticos;
1 (um)	responsável pelo patrimônio, lotado no serviço de recursos logísticos;
1 (um)	responsável pelo almoxarifado, lotado no serviço de recursos logísticos;
1 (um)	gestor financeiro, lotado no serviço de recursos logísticos;
1 (um)	gestor contábil, lotado no serviço de recursos logísticos;
1 (um)	gestor de tecnologia da informação, também lotado no serviço de recursos logísticos.

Ressalte-se que para compor a equipe mínima de gestão de uma UG, todos os 11 membros acima discriminados precisam ser servidores públicos concursados ou comissionados, a fim de se habilitarem ao

exercício da plena autonomia de gestão. Para o restante da equipe – com exceção dos cargos de assistentes da equipe de compras, na qual todos devem ser do quadro próprio (concursado ou comissionado) – os demais cargos de assistentes e técnicos podem ser preenchidos por profissionais terceirizados, conforme previsto no Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997, que dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.¹⁸

Para avaliar se os DASs e FGs colocados à disposição dos DSEIs pelo Decreto nº 8.065/2013 (ver quadro 4.2) seriam suficientes e adequados para efetivar sua implantação como UG, seria necessário saber de quantos servidores próprios cada DSEI já dispõe, e somar a esse número os cargos disponibilizados pelo Decreto nº 8.065/2013. Tal procedimento proporcionaria o exato dimensionamento das necessidades de pessoal para efetivação das UG em todos os DSEIs. Entretanto, não encontramos tal informação disponibilizada nas fontes oficiais, o que impede uma análise completa do cenário nacional.

Diante desses limites, optamos por utilizar as informações disponíveis para um DSEI específico, aqui entendido como um estudo de caso, para analisar a possibilidade de adequada implantação de uma UG nesse DSEI. Para esse fim, sistematizamos as informações contidas no quadro 4.4.¹⁹

Os dados contidos no quadro 4.4 demonstram que o DSEI “A”, nas atuais condições de provisão de cargos, não pode atuar plenamente como UG, salvo se medidas adicionais forem tomadas para garantir sua autonomia de gestão.

¹⁸ “Art. 1º No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade. § 1º As atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, de preferência, objeto de execução indireta. § 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal” (BRASIL, 1997).

¹⁹ Em cumprimento às normas que regem a ética em pesquisa, previstas na Resolução nº 196/MS/CONEP, o DSEI cujo quadro de pessoal compõe a análise do estudo de caso será intitulado apenas como DSEI “A”.

Quadro 4.4 – Necessidade e disponibilidade de pessoal para efetivação de uma UG no Distrito Sanitário “A”

Quadro de pessoal necessário para cumprimento da lei de licitações		Cargos autorizados pelo Decreto nº 7.539/11	Quadro atual Servidores do DSEI “A”		Déficit atual	
Função	Quantidade		Preenchido			Quantidade necessária para a UG
			Sim	Não		
Ordenador de despesas	1	1	x		0	
Pregoeiro/Gestor de compras	1	0		x	1	
Assistentes de compras	2	0		x	2	
Gestor de almoxarifado	1	0		x	1	
Assistente de Almoxarifado	1	0		x	1	
Gestor de patrimônio	1	0		x	1	
Assistente de patrimônio	1	0		x	1	
Chefe de Serviço de Recursos Logísticos	1	1	x		0	
Gestor orçamentário	1		x		0	
Gestor financeiro	1		x		0	
Gestor contábil	1			x	1	
Gestor de Recursos Humanos	1	1	x		0	
Assistente de Recursos Humanos	1			x	1	
Gestor de Tecnologia da Informação	1			x	1	
Técnico de Informática	1			x	1	
Gestor de Documentos	1			x	1	
Subtotal da Equipe Gestão	17				12 (déficit atual)	
(11 devem ser quadros próprios do órgão)						
Chefe da Seção de Apoio Adm.		1	x			
Chefe de Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental		1	x		0	
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena		1	x		0	
Chefe do Serviço de CASAI		1	x		0	
Total	21					

Legenda  Ações de Gestão

 Ações de Assistência

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os valores dispostos no quadro mostram um evidente déficit entre a necessidade e a disponibilidade de profissionais para o exercício das tarefas de gestão. Do déficit de 12 cargos para compor a equipe de gestão, somente quatro deles (assistente de almoxarifado; assistente de patrimônio; assistente de recursos humanos; técnico de informática e gestor de documentos) podem ser preenchidos por mão de obra terceirizada para a prestação de serviços. A provisão dos outros oito cargos teria que ser feita por meio de concurso público ou da oferta de cargos em comissão.

Em tais circunstâncias, é preocupante a incongruência entre a previsão de cargos feita pelo Decreto nº 6.878/2009, ratificadas pelo

Decreto nº 8.065/2013, e as necessidades de estruturação das UG nos DSEIs, na medida em que os supracitados dispositivos legais não efetuaram uma provisão de cargos em número e tipo suficiente para garantir o funcionamento efetivo das UG; este é o caso, pelo menos, do DSEI “A”. Por não dispormos de informação completa sobre o pessoal lotado nos 34 DSEIs, é impossível chegar a uma afirmação conclusiva sobre a possibilidade ou impossibilidade de implantação efetiva da totalidade dos DSEIs como UG. As informações disponíveis permitem inferir que os DSEIs que contarem com maior número de profissionais do quadro permanente, advindos da FUNASA ou de outros órgãos, terão maior possibilidade de se estruturar como UG. Já aqueles que dispuserem somente da provisão gerada pelo Decreto nº 8.065/2013 enfrentarão grande dificuldade na efetivação como UG, salvo se houver um concurso público para provisão de cargos para o SASI, algo que não foi programado no planejamento de concursos do poder público nos últimos anos.

Para tornar mais claras as atribuições inerentes a uma UG, discorreremos brevemente, sobre as características do processo licitatório, de modo a demonstrar a intrincada sequência de fases a serem desenvolvidas pelos profissionais da gestão, até que logrem uma aquisição bem-sucedida dos insumos necessários ao desenvolvimento das atividades-fim do DSEI.

As aquisições no serviço público foram originalmente regulamentadas pela Lei nº 8.666/93, conhecida como Lei das Licitações. Ao longo do tempo esse dispositivo sofreu diversas atualizações; entre essas, são relevantes as mudanças na modalidade denominada pregão, uma das 6 (seis) modalidades de licitação utilizadas no Brasil.²⁰ O pregão foi instituído, no âmbito da União, pela Medida Provisória nº 2.026-3/2000, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº 3.555/2000, até a aprovação da Lei nº 10.520/2002.

Essa Lei congregou os dispositivos referentes às licitações, atualizando particularmente as estratégias de compras por via eletrônica – inexistentes nas disposições legais anteriores – as quais foram denominadas de pregão eletrônico. A mesma Lei nº 10.520/2002 ampliou a abrangência dessa regulamentação para alcançar, além da União, os estados e municípios, estendendo o procedimento a todos os níveis de governo e a todas as entidades que façam uso de recursos

²⁰ As outras modalidades de aquisição são a concorrência, a tomada de preço, o convite, o concurso e o leilão.

públicos para a compra e venda de bens e/ou serviços comuns, conforme os editais e contratos que visem ao interesse público.

O pregão pode ser presencial (quando os licitantes se encontram e participam da disputa) ou eletrônico (quando os licitantes se encontram em sala virtual pela internet, usando sistemas de governo). O coordenador do processo tem que ser um servidor público especialmente treinado, denominado pregoeiro. A modalidade presencial deixou de ser praticada a partir da publicação do Decreto nº 5.504/2005, que tornou obrigatória a utilização do pregão eletrônico para licitações feitas por entes públicos. Isso significa que, para poder licitar, uma UG deve ter acesso regular e obrigatório à rede *web* para efetuar os procedimentos do pregão e se habilitar para adquirir bens (como medicamentos, combustível, alimentação, etc.) e serviços necessários ao desenvolvimento de suas atividades-fim.

No caso dos DSEIs, são particularmente relevantes os contratos de prestação de serviços mediante os quais são contratados os profissionais que executam as ações de assistência, limpeza e segurança; em certos DSEIs esses contratos congregam também os profissionais que executam ações assistenciais nas aldeias.

Por outro lado, para efetuar uma licitação eletrônica, a legislação vigente obriga os órgãos públicos federais a adotarem os sistemas Siapenet, Comprasnet, Siafi, Serpro e outros que demandam a utilização de internet banda larga. Ainda que esses requisitos não representem problema para processos licitatórios realizados nas grandes capitais, eles são, seguramente, um grande obstáculo à realização de licitações nos DSEIs sediados em municípios de pequeno porte, como ocorre no Amazonas, que enfrentam grande precariedade – ou mesmo inexistência – de acesso à internet. Tais condições dificultam o exercício pleno da autonomia de gestão, diante da dificuldade de cumprir todas as fases do processo licitatório segundo as normas instituídas por Lei.

Na condição atual de gestão do SASI, observa-se que grande parte dos procedimentos licitatórios está centralizada em Brasília. A revisão das páginas *web* do sistema de compras (Comprasnet)²¹ do Ministério da Saúde mostrou que licitações importantes, destinadas a suprir localmente os DSEIs, como as de medicamentos, vêm sendo realizadas pelo Departamento de Logística em Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Nesses editais, a SESAI surgia apenas

²¹ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Mar/27/pregoes_1332012.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2012.

como requisitante. Tamanho grau de centralização das compras tende a dificultar e a retardar o desenvolvimento das atividades em nível local e, certamente não representa um perfil compatível com a atuação de unidade gestora descentralizada.

Outro ponto de discrepância entre as singularidades do processo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena e o aparato da administração pública nos órgãos de governo liga-se a certos aspectos terminológicos, aos quais subjazem concepções distintas da realidade e da necessidade na provisão de serviços.

O primeiro exemplo dessa divergência se expressa no uso do termo “logística”. Na terminologia da administração pública a atividade de recursos logísticos tem como atividades prioritárias “a aquisição de bens e serviços, aquisição, armazenagem e distribuição de medicamentos, como também a gestão de contratos administrativos – limpeza, segurança, transporte, manutenção predial entre outros – e a execução orçamentária e financeira dessas contratações” (MS/CRL, 2006, p. 1).²²

Segundo Carvalho (2002, p. 31),

logística é a parte do gerenciamento da cadeia de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo e armazenamento eficiente e econômico de matérias-primas, materiais semiacabados e produtos acabados, bem como as informações a eles relativas, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o propósito de atender às exigências dos clientes.

Para o mesmo autor, esse setor de atividades é dividido em dois tipos: as ações principais (transportes, gerenciamento dos estoques, processamento de pedidos) e as secundárias (armazenagem, manuseio de materiais, embalagem, obtenção/compras, programação de produtos e sistema de informação) (CARVALHO, 2002, p. 37). Trata-se, portanto, de um perfil de atuação voltado para apoio às atividades de gestão.

O organograma dos DSEIs prevê a implantação do “serviço de recursos logísticos” (SELOG). Porém, nos processos cotidianos de gestão e administração dos DSEIs, o perfil de atuação dos serviços de logística está voltado para as tarefas de apoio ao deslocamento de equipes multiprofissionais de saúde e de pacientes. Ou seja, ali

²² Fonte: “Relatório de Gestão da Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde”. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_de_gestao_cgri2006.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2012.

são coordenadas as atividades de motoristas (fluviais e terrestres), a movimentação de combustível para garantir as viagens de atendimento, a manutenção do bom estado das viaturas (carros, barcos, etc.) que viabilizam o deslocamento dos profissionais de saúde para as aldeias e assim por diante. Nesse sentido, a logística é uma tarefa de apoio às ações assistenciais do DSEI e não de gestão. Embora integre o organograma previsto para os distritos sanitários, o serviço de logística atua de modo bem distinto da previsão legal de seu perfil, configurando-se aqui, uma incongruência entre as necessidades cotidianas da gestão – fortemente dependentes desse tipo de serviço que viabiliza o apoio ao componente assistencial dos DSEIs – e os dispositivos legais que ordenam a provisão de cargos no setor público.

Outro ponto de discordância semântica, mas com repercussões importantes no âmbito da política indígena e indigenista e do controle social do subsistema, diz respeito ao termo “autonomia”.

Em termos administrativos, a autonomia tem por finalidade dotar uma entidade de liberdade para definir e implementar, de acordo com suas atribuições legais, o planejamento destinado ao cumprimento de sua missão. É um atributo fundamental para garantir a independência de gestão e a adequada realização de suas atribuições. Autonomia administrativa pressupõe a execução orçamentária, financeira e patrimonial e possibilita a emissão de documentos como Nota de Movimentação e Créditos (NC); Nota de Empenho (NE); Nota de Lançamento (NL); Ordem Bancárias (OB); Guia de Recolhimento (GR); e Darf Eletrônico (DE); Elaboração de Relatórios de Acompanhamentos Mensais de Almoxarifado (RMA) e do Patrimônio (RMB), bem como a realização das aquisições e contratações necessárias ao funcionamento da entidade.²³

Esses documentos são instrumentos que demarcam o conjunto de passos necessários para uma licitação bem-sucedida em uma unidade gestora, desde seu momento inicial – que é a requisição de compras – até a liquidação do processo de pagamento aos fornecedores. Somente o cumprimento de todas essas fases do processo licitatório caracteriza, em termos administrativos, a plena atuação da unidade gestora (GARCIA, 2002; SOUSA, 1981).

O levantamento – feito acima – das características e requisitos que cercam a implantação de uma Unidade Gestora demonstrou, mesmo parcialmente, a magnitude dos obstáculos a serem superados pelos DSEIs até a obtenção do pleno funcionamento como UG. As

²³ SILVA. 2012: RONDINELLI. 1986. p. 14.

dificuldades tornam-se ainda mais proeminentes quando lembramos que muitos DSEIs estão assentados em locais remotos e padecem de uma carência aguda de pessoal, dada a permanência de grande parte dos quadros de gestão na estrutura da FUNASA, mesmo após a criação da SESAI.

Esse rol de dificuldades é contrastante com as falas das autoridades sanitárias, cujos posicionamentos públicos vêm tratando, desde 2009, a implantação das UG como um processo plenamente viabilizado. É o que se pode observar abaixo em:

- Notícia oriunda da página institucional da FUNASA, logo após o Decreto sobre transformação dos DSEIs em UG, em 2009.

19/06/2009 – **Governo atende Funasa e concede autonomia a Dsei**

Por iniciativa do presidente da Funasa, Danilo Forte, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) agora têm autonomia administrativa. A proposta enviada pela Fundação ao governo gerou o Decreto nº 6.878, assinado ontem (18) pelo presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, que transforma os Dsei em unidades descentralizadas. (Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2009/not414.html>>. Acesso em: 25 mar. 1012.)

- Notícia disposta na página da SESAI, em 2011.

19/04/2011, às 18h01 **Atenção à saúde indígena ganha novo modelo de gestão**

A medida dá autonomia administrativa para os distritos sanitários que executam o atendimento primário a saúde e permitirá realização de licitações.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou nesta terça-feira (19), em Brasília, a autonomia de gestão dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os distritos são unidades responsáveis para administração dos serviços de saúde prestados à população indígena e integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A medida vai permitir que cada DSEI realize licitações e compras emergenciais, como alimentação, combustível e manutenção de frota e equipamentos.

“Hoje é um dia histórico, em que estamos concretizando o sonho de todos aqueles que se dedicam à saúde indígena nesse país. Não se pode pensar a saúde para essa população sem compreender os

territórios indígenas, que são diferentes dos demais territórios brasileiros. Os DSEIs trabalham exatamente nesse conceito”, afirmou o ministro Padilha.

Para o secretário especial de Saúde Indígena, Antônio Alves, a ação agilizará o atendimento aos indígenas na ponta. Segundo ele, antes, quando uma peça de um veículo quebrasse ou faltasse algum material de trabalho, era necessário aguardar a licitação e compra pelas Superintendências Regionais da Funasa, todas localizadas nas capitais. A autonomia, portanto, garante um atendimento mais rápido às necessidades locais e às demandas da população daquela região. “A mudança será efetivada respeitando a realidade de cada distrito. O processo está em andamento. Trata-se de uma das mais importantes mudanças no DSEI, agilizando os serviços”, completou.

A ação é uma das principais reivindicações dos povos indígenas e possibilitará que cada distrito tenha profissionais treinados no campo da gestão, com comissão de licitação formada, pregoeiros e Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Os DSEIs que finalizarem o processo serão denominados administrativamente, como Unidades Gestoras Autônomas. No início de abril, houve o treinamento dos chefes de distrito e responsáveis por setores como Recursos Humanos, Finanças e Logística. Eles foram habilitados para gerenciar processos da administração pública federal, como o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIARH). (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12469>. Acesso em: 25 mar. 2012.)

O teor desses discursos gera no leitor a impressão de que o processo de implantação das UGs está plenamente instalado, o que efetivamente não ocorreu. Os DSEIs permanecem com elevado grau de dependência dos níveis centrais do SASI, o que pode ser confirmado pela existência dos supracitados editais de licitação feitos pelo Departamento de Logística em Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em Brasília. Além disso, o limitado aporte de pessoal, analisado acima, também permite concluir que as condições de gestão concedidas aos DSEIs não são suficientes para garantir a almejada autonomia.

A confusão semântica se acentua quando ouvimos o posicio-

namento das lideranças do movimento indígena, que têm manifestado, desde o princípio, grande entusiasmo com as possibilidades de autonomia de gestão nos DSEIs. Ocorre que o entendimento indígena sobre “autonomia” está intimamente ligado às bandeiras de luta do movimento indígena, que há décadas reivindica a autonomia de decidir sobre suas próprias atividades sem a ingerência do órgão tutor (a FUNAI) sobre os rumos de sua política.

Em evento organizado em Manaus, em março de 2012, pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), que é entidade indígena de maior amplitude política atuando na Amazônia brasileira, coletamos as frases abaixo, que expressam o entendimento de líderes políticos indígenas, presentes no evento, sobre o significado da autonomia dos DSEIs.

O DSEI tem que ser uma unidade gestora, autônoma o suficiente para não ficar dependente das ONGs que contratam profissionais. O DSEI deveria poder contratar profissionais, fazer contratos e licitações de pessoal, de medicamentos, de equipamentos, e outras. Aí ele pode ter autonomia financeira. Aliás, autonomia financeira ele já tem, só não está exercendo. (Fala do secretário da COIAB).

O DSEI é uma unidade gestora, mas não está atuando como tal. (Fala de uma liderança indígena do Tocantins).

[O DSEI] Não tem autonomia porque há muita ingerência político-partidária”. (Fala de uma liderança indígena do Alto Rio Negro).

O DSEI tem que ser livre para decidir o que quiser e fazer o que for melhor para atender os povos indígenas. Tem que parar de depender de Brasília para fazer tudo. (Fala de uma liderança indígena de Roraima).

Dos depoimentos selecionados, é exceção a fala do secretário da entidade, que mostra familiaridade com os modos próprios de atuação da administração pública, ao enunciar ideias sobre autonomia que são relativamente próximas às suas conotações oriundas da administração pública. Ainda assim, ele se mostra convencido de que a autonomia de gestão já está concretizada nos DSEIs.

Entretanto, o teor de todos os outros depoimentos, alguns dos quais produzidos por dirigentes de entidades indígenas que já foram conveniadas com a FUNASA para a prestação de serviços nos DSEIs, mostra uma concepção política de autonomia, que é bem distinta dos significados conferidos ao termo pelos dispositivos legais.

Tal incongruência entre o que dizem as autoridades, a situação encontrada nos DSEIs e o pensamento dos líderes indígenas não é algo inócuo. Pelo contrário, expressa um campo de pensamentos e concepções conflitivas em torno de uma mesma política, tendo o potencial de abalar seriamente a credibilidade do processo de gestão dos DSEIs e de afetar sua qualidade de trabalho.

Considerações finais

Os dados e argumentos dispostos no texto demonstram uma situação de coexistência entre um significativo crescimento no financiamento do SASI e uma notável debilidade em sua capacidade de gestão, dificultando a adequada realização de sua missão institucional e prejudicando a aquisição dos insumos necessários para garantir a efetividade e qualidade necessárias à realização de suas tarefas. Mesmo as insuficientes informações disponíveis são capazes de demonstrar que o subsistema padece de um elevado grau de centralização na gestão e que dificilmente terá – nas condições encontradas pelos autores – meios para uma implantação ágil das unidades gestoras nos DSEIs, apesar dos anúncios otimistas das autoridades.

Por outro lado, os autores tinham a pretensão – que esperamos ter cumprido devidamente – de apresentar para o leitor, em linguagem acessível, uma dimensão pouco visível do SASI para os pesquisadores da saúde indígena, que é o processo de gestão, cujos limites de atuação respondem por grande parte dos problemas e lacunas nas atividades assistenciais desenvolvidas nos DSEIs. Têm sido muitas as críticas à insuficiente atuação dos DSEIs, porém, poucas delas – ou nenhuma – apontaram para os problemas oriundos das ações de gestão, conforme apontado neste texto.

As análises sobre os problemas do modelo de assistência, sobre a carência ou inadequação de recursos humanos, falta de insumos, irregularidade na prestação de serviços e muitos outros elementos apontados como negativos da atuação dos DSEIs devem ser matizadas também pelo entendimento dos compassos e descompassos da administração e da gestão em cada um deles, a fim de que se possa obter uma visão de conjunto sobre as origens e formas de resolução das dificuldades de atuação do SASI.

Para uma completude da análise aqui empreendida, precisaríamos dispor de mais informações, particularmente sobre a disponibilidade de

pessoal efetivamente alocado nos distritos sanitários, e sobre as metas e indicadores de redução dos agravos e de melhoria dos níveis de saúde dos povos indígenas atendidos pelo subsistema. Somente contando com um conjunto amplo de informações seria possível avaliar a adequação do destino final dos recursos aplicados em saúde indígena no país. Na ausência dessas informações, limitamo-nos a uma análise dos dados de gestão e financiamento, a qual pode – quiçá – contribuir para a tão almejada melhoria da efetividade e qualidade da atuação do Subsistema de Saúde Indígena.

Referências

- AITH, F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.
- ALMEIDA, M. C. *Auditoria: um curso moderno completo*. São Paulo: Atlas, 1996.
- ALMEIDA, M. H. T. Políticas sociais no Governo Lula. *Novos Estudos – CEBRAP*, n. 2, p. 7-17, 2004.
- ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A.; L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-72.
- ARRETICHE, M. A agenda institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007. *On-line*.
- ARRETICHE, M.; VASQUEZ, D. A. Descentralização, instituições políticas e autonomia: padrões de gasto dos governos locais no Brasil. In: CONGRESS OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, 28., 2009, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: LASA, 2009. Disponível em: <<http://lasa.international.pitt.edu/members/congress-papers/lasa2009/files/ArretteMarta.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.
- ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implementação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.
- BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC; Secadi, 2012. p. 60-107.
- BIASOTO JÚNIOR, G.; TEIXEIRA, L. (Coord.). *Modelo de financiamento para a saúde indígena*. Relatório de Consultoria Consórcio IDS-SSL-Cebrap,

Brasília, 2009.

BRASIL. *Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997*. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2271.htm>. Acesso em: 2 mar. 2012.

BRASIL. *Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000*. Aprova o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3555.htm>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BRASIL. *Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011*. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7530-21-julho-2011-610986-norma-pe.html>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL. *Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Senado Federal. Portal Orçamento. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/Programas_Sociais>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/>>. Acesso em: 24 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Organograma: estrutura e competências*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO/TCU. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. *Relatório de auditoria de natureza operacional: Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, período 2000 a 2007*. Brasília: TCU, 2007.

CARVALHO, J. M. C. *Logística*. 3. ed. Lisboa: Silabo, 2002.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de Atenção Primária à Saúde no Brasil: notas sobre a regulação e a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

- COSTA, N. R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 693-706, 2009.
- DIEHL, E.; DRACHLER, M. L.; MENEGOLLA, I.; RODRIGUES, I. Financiamento e atenção à saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 217-234.
- DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. *Lusotopie*, v. 14, n. 2, p. 133-146, 2007.
- ERTHAL, R. M. C. A Formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-216.
- FADEL, C. B.; SCHENEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S. M.; SALIBA, N. A. *S. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil*. *RAP*, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009.
- FERNANDES, M. N. et al. Um breve histórico da saúde indígena no Brasil. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 4, n. especial, p. 1951-1960, 2010.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. v. 1, p. 23-64.
- FUNASA/MS. *Portaria nº 254*, de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/portarias_Funasa.asp>. Acesso em: 12 fev. 2012.
- GARCIA, Emerson. A autonomia financeira do Ministério Público. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 91, n. 803, 2002.
- GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. In: TEIXEIRA, C.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 107-142.
- GARNELO, L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana L. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ed. MEC; Secadi, 2012. p. 18-58.
- GARNELO, L. Análise situacional da política de saúde dos povos indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: SCHERER, E.; OLIVEIRA, J. A. (Org.). *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 133-162.
- GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil*. Brasília: Ed. OPAS, 2003.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 235-257.

HOFFMANN, M. B. et al. Administração pública e os povos indígenas. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (Org.). *A era FHC e o governo Lula: transição?* Brasília: Edição do Inesc, 2004. v. 1. p. 295-328.

INESC. PPA 2008/2011: as prioridades do governo Lula. *Boletim Inesc*, Brasília, v. 7, n. 13, 2007. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/ARTIGO%20PPA%202008%202011.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Direitos humanos e cidadania. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 16, p. 209-234, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_18_cap11.pdf>. Acesso em: 23 maio 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Política social e desenvolvimento: o planejamento federal na área social. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 16, p. 9-26, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/pdf2/politicas_sociais_acompanhamento_analise.pdf>. Acesso em: 25 maio 2011.

LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. *Saúde e Sociedade*, n. 16, p. 7-12, 2007.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, n. 16, p. 19-36, 2007.

LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M.C.; COIMBRA JÚNIOR, C. (Org.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 107-120.

LEITE, M. S. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ed. MEC; Secadi, 2012. p. 156-183.

LIMA, A. C. S.; IGLESIAS, M. P.; BARROSO-HOFFMAN, M. O novo PPA e as políticas públicas para os Povos Indígenas. *Boletim do INESC. Orçamento & Política Socioambiental*, n. 6, jun. 2003.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais

no governo Lula. *Rev. Katál*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, 2007.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão em saúde*. 3. ed. Brasília: Ed. do IPEA, 2002. p. 23-68.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 6, p. 393-401, 2003.

PELLEGRINI, M. et al. Componente atenção. In: CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP. *Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena*, 2009. p. 87-111.

PONTES, A. L.; GARNELO, L. A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluisio G. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/UERJ, 2010. p. 367-382.

RAGGIO, A.; PINTO, N. P.; MORAES, P. Análise da gestão. In: CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP. *Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena*, 2009. p. 112-150.

RONDINELLI, D. A. et al. *Decentralization in developing countries*. Washington: The World Bank, 1986.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1035-1056.

SANTOS, G. S. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B.; VIANA, Ana Luiza D. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 391-410.

SILVA, Claudio José. *Administração pública: direta e indireta*. Disponível em: <<http://www.estudodeadministrativo.com.br/download/Teoria/APOSTILA%20-%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20P%C3%9ABLICA.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2012.

SOLLA, J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v. 7, n. 4, p. 495-502, 2007.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-48.

SOUZA, H. Políticas públicas para povos indígenas: uma análise a partir do orçamento. In: *Nota técnica INESC*, Brasília, n. 38, out. 2000. Disponível em: <www.inesc.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2011.

SOUZA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento.

Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOUSA, R. G. *Compêndio de legislação tributária*. São Paulo: Resenha Tributária, 1981.

SULTANI, L. J. M. *Autonomia financeira e orçamentária das entidades autárquicas em regime especial*. 2005. Monografia (Especialização em Regulação do Mercado de Capitais) – UFRJ/IE, CVM, Rio de Janeiro, 2005.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 v. 1. p. 473-506.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.

UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nisia T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Opas, 2005. p. 193-233.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 8, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M. A. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lúcia W. (Org.). *A miragem da modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 81-100.

VARGA, I. D. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, v. 129, n. 2, p. 167-171, 2010.

VARGA, I. D. Indigenismo sanitário?: instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Campo (USP)*, v. 2, n. 2, p. 132-142, 1992.

VARGA, I. D.; ADORNO, R. C. F. Terceirizando a indianidade?: sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos “500 anos”. *Revista de Direito Sanitário*, v. 2, n. 1, p. 9-26, 2001.

VARGA, I. D.; VIANA, R. L. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, n. 3, p. 133-149, nov. 2008/fev. 2009.

VERDUM, R. Análise da execução do orçamento indigenista em 2010 – PPA 2008-2011. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/consideracao-sobre-o-orcamento-indigenista-federal/?>>. Acesso em: 7 jul. 2011.

VERDUM, R. O orçamento da ação indigenista do Governo Federal em 2008.

Nota Técnica INESC, n. 148, abr. 2009. Disponível em: <www.inesc.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2011.

VERDUM, R. Orçamento indigenista da União no PPA 2008-2011. Disponível em: <www.inesc.org.br/publicações/textos>. Acesso em: 20 jun. 2011.

VERDUM, R. El indigenismo brasileño en tiempos de multiculturalismo. *Alteridades*, v. 18, n. 35, p. 33-46, 2008.

VERDUM, R. Perdas e ganhos no orçamento indigenista do Governo Federal. In: RICARDO, Carlos A.; RICARDO, Fanny (Org.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 124-130.

VERDUM, R. Avanços e retrocessos da política indigenista. *Boletim Orçamento & Política Socioambiental*, Brasília, Instituto de Estudos Socioeconômicos, n. 12, 2005.

Capítulo 5

Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia

Hugo Portela Guarín

Los indígenas en el Sistema de Salud de Colombia

En Colombia el Sistema de Salud se administra de manera descentralizada a partir de la ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el mismo año, donde las funciones de regulación y financiación las siguió ejerciendo el Estado, y las de Articulación y Provisión fueron entregadas al sector privado (VARGAS, 1997). En consecuencia con las primeras, el gobierno central transfiere, en alta proporción, las competencias y los recursos a los gobiernos departamentales y municipales, con el propósito de ir garantizando el cubrimiento de servicios de salud a toda la población con criterios de equidad y calidad mediante “el régimen contributivo” y “el régimen subsidiado” bajo esquemas de redistribución del ingreso y de solidaridad.

El primer régimen es financiado por los asalariados – afiliados – que pueden pagar un seguro. “El régimen subsidiado” es financiado con un porcentaje del pago de los afiliados al contributivo, las rentas nacionales, los recursos propios de las entidades territoriales, los recursos de los juegos al azar y las loterías, y las regalías que se obtienen por la explotación de recursos del subsuelo; a él se afilian los miembros

de las poblaciones calificadas como “pobres o vulnerables”, y los “grupos especiales” donde se incluyen los indígenas,¹ abandonados, desplazados, desmovilizados de los grupos armados no estatales. Existe otro grupo de personas que no califican para los dos regímenes señalados y se les denomina “personas vinculadas al sistema” que son atendidas por Instituciones Prestadoras de Servicios IPS públicas o privadas bajo un esquema de demanda que se contrata por los gobiernos locales y departamentales.

Para el “régimen contributivo” se estableció una oferta de servicios de salud específica bajo el Plan Obligatorio de Salud (POS) administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS); para el “régimen subsidiado” el ofrecimiento se hace mediante el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) – con un radio de acción más reducido que el anterior “coherente” con el perfil epidemiológico y la vulnerabilidad de la población de la zona – que se administra mediante las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) en línea directa con los municipios y departamentos delegados por la ley 100 de 1993 para la administración del régimen subsidiado, y con base en Planes de Atención Básica (PAB).² Las EPS como las ARS contratan con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas (JARAMILLO PÉREZ, 2002).

La planeación de los servicios de salud y las acciones de salud pública en el “régimen subsidiado” se rigen por unos principios que quedaron plasmados en la ley 691 de 2001 que consisten en el respeto por la cultura, la articulación de las medicinas indígenas con la biomedicina, el fortalecimiento de los promotores de salud indígenas que venían de la estrategia de Atención Primaria en Salud como

¹ Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2007), la población total indígena asciende a 1.392.623 personas repartidas en 87 pueblos indígenas, los cuales habitan en 710 resguardos titulados que ocupan una extensión aproximada de 34 millones de hectáreas en 228 municipios (29,84% del territorio nacional). El 78% de la población indígena habita en zonas rurales y un porcentaje menor habita en zonas urbanas. En los últimos años el porcentaje en zonas urbanas ha aumentado por varios factores: por un lado, el agotamiento de las tierras de los resguardos y, por el otro, por el desplazamiento forzado causado por las graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario que han tenido que padecer.

² Planes de Atención Básica (PAB), en los que se identifica el estado de salud de las poblaciones, los factores ambientales y sociales de riesgo y se diseñan las acciones y proyectos correspondientes.

puentes articuladores entre epistemes-otras³ y los sistemas de salud, la gratuidad por la atención, las consultas previas y el seguimiento y control por las comunidades en el diseño y ejecución de acciones relacionadas con salud indígena, y la vinculación de miembros de las comunidades en los gobiernos departamentales y en el Ministerio de Salud y Protección Social como interlocutores permanentes para la atención a las comunidades indígenas.

Los municipios y los departamentos, de acuerdo con esta legislación para indígenas, y a partir de «censos actualizados» presentados por los gobiernos indígenas, se responsabilizan de sus afiliaciones al “régimen subsidiado”. Los municipios, de acuerdo a las transferencias económicas del nivel central, asignan un número de afiliaciones que debe aumentar cada año, hasta lograr la cobertura total de la población clasificada para “el régimen subsidiado”. En esta misma normatividad se establece que los municipios y los gobiernos indígenas contratan las aseguradoras (ARS), que a su vez contratan los servicios de atención médica con las IPS. Las Administradoras del Régimen Subsidiado con financiación de los municipios y departamentos, son las únicas autorizadas para efectuar acciones de prevención y promoción para los indígenas.

Ley 100 de 1993 para regular el Sistema de Salud en Colombia no hizo previsiones pertinentes para garantizar la letra de la jurisprudencia, y se ha quedado en la imposición de un modelo único desconociendo la diversidad sociocultural colombiana⁴ poseedora de epistemes y prácticas curativas heterogéneas que han permanecido en el tiempo resistiendo a variedad de estrategias que han buscado eliminarlas. De esa experiencia de resistencia hacen parte 87 pueblos indígenas que han sobrevivido por sus destrezas y principios culturales al construir el presente de manera permanente y no coyuntural, en contextos de

³ Existen *epistemes-otras* correspondientes a *saberes-otros* que corren parejo con la historia de los pueblos – diferente a la episteme que corre parejo con la historia de la modernidad –; ellas han permanecido en la sombra y se les conoce por los modos de resistencia que les ha permitido preservar los grupos socioculturales – un mundo de vida.

⁴ En Colombia se reconocen como grupos étnicos cuatro colectividades: *Afrodescendientes o comunidades negras*, principalmente habitantes de la Costa Pacífica, otros en la Costa Atlántica, Valles interandinos y otras regiones del país; *los indígenas*, originarios y habitantes milenarios de este continente; *los Raizales*, de cultura afro-anglo-caribeña, habitantes del archipiélago de San Andrés y Providencia en el océano Atlántico; y el pueblo *Gitano o ROM*, de esencia internacional y trashumante, ubicados en escaso número en varias ciudades del país. Además, los mestizos como población mayoritaria.

cambio y transformación, donde no propiamente la permanencia de “elementos arcaicos” define sus etnicidades. De ser tenidas en cuenta las epistemes-otras, podrían contribuir en la organización de la salud en una perspectiva intercultural y de servicio público para fortalecer los territorios, gobiernos y culturas indígenas.

Ley 100 de 1993: derechos indígenas

La Constitución política de Colombia promulgada en el año 1991 admitió la existencia de un país multiétnico y pluricultural (Artículo nº 7), pero los avances en la carta magna no han sido suficientes para atemperar una organización estatal de servicios de salud a los nuevos requerimientos jurídico-políticos. Hoy, la ley 100 de 1993, por la cual se estructura el Sistema de Salud del País, sigue reflejando esa inadecuación. No obstante, los ajustes que se han realizado en los últimos 19 años, se mantiene un modelo basado en seguros individuales, con un amparo que no cubre todas las enfermedades y procedimientos terapéuticos.

La Ley no se ha ocupado de operar una estrategia que permita conocer el perfil epidemiológico de la realidad multiétnica y pluricultural según las diferentes clasificaciones socio-culturales de los procesos de salud y enfermedad, como una guía fundamental para la organización de los servicios de salud en una perspectiva intercultural. En otro sentido propició la competencia entre las instituciones públicas y privadas existentes, y las que se crearon bajo el amparo de la nueva ley para la administración de los recursos destinados a la salud, diluyendo las competencias y responsabilidades del Estado en un caos y conflicto que ha sido constante.

El sentido que se imprimió al Sistema de Salud afloró con énfasis en un principio de servicio desde la macroeconomía, y no del derecho sociocultural; las personas dejaron de ser “pacientes” para pasar a ser clientes de un sistema inspirado en el libre mercado y la rentabilidad, aceptando que los servicios estatales de salud que no generan balances financieros positivos, no son viables.

Orientación que llevó a la burocratización y a la medicalización del proceso de salud y enfermedad, desde un manejo de la biomedicina, que generó deterioro en la calidad e inequidad de los servicios de salud en favor de intereses económicos privados, menguando poco a poco las posibilidades de sobrevivencia de los hospitales públicos. Además, la salud preventiva se entregó a contratistas privados cuya impropiedad

actividad se evidencia en el crítico comportamiento de la morbi-mortalidad⁵ evitable con acciones adecuadas.

Importantes experiencias que se habían heredado de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, con redes de curanderos locales, asociaciones de parteras, y otros agentes de salud locales en una articulación con los centros asistenciales de salud, en actividades de prevención, vigilancia epidemiológica, atención básica y remisión, quedaron excluidas del nuevo orden en las zonas rurales con poblaciones dispersas; las actividades de salud quedaron circunscritos al ámbito de los intramuros y los centros asistenciales restringieron y condicionaron el acceso a los servicios.

La garantía de una salud pública por parte el Estado, en el territorio nacional según el mandato constitucional, hoy por hoy se encuentra en entredicho por la desarticulación entre la salud individual y la salud colectiva que aisló la atención de las enfermedades de los determinantes sociales.

Los determinantes sociales que más afectan y causan enfermedades en las comunidades indígenas tienen que ver con: a) la falta de un territorio, b) el conflicto armado, c) desplazamiento forzoso, d) discriminación del género femenino, e) la enajenación de los lugares sagrados, y f) un sistema de seguridad social en salud que no tiene en cuenta las particularidades propias de las culturas.

La concepción que tienen los planificadores y funcionarios del gobierno sobre la existencia de un único saber y práctica biomédica, no se corresponde con la coexistencia de diversidad de epistemes asociadas a la salud, la enfermedad y las practicas curativas, y se impone todavía; ellos no logran advertir la complejidad del problema que enfrentan e insisten que la medicina es única, como si la cultura también lo fuera.

Esta visión de los funcionarios de alto rango contagia a los funcionarios de todos los niveles y genera conflictos cuando se encuentran con las visiones de indígenas, negros y mestizos de la sociedad colombiana que se expresan a través de sus reclamos sobre sus derechos en materia de salud.

⁵ Las diez primeras enfermedades más frecuentes entre las comunidades indígenas siguen siendo: enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades de la piel, enfermedades inmuno-prevenibles, cáncer, homicidios, suicidios y traumas, accidentes de trabajo y poli-parasitismo intestinal (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2007).

Un ejemplo de ello es el conflicto que se genera entre las concepciones de enfermedad como un evento individual – biomédico – y la enfermedad como un evento social – culturas indígenas. Ésta última concepción exige la presencia de la familia con el enfermo para favorecer el proceso de recuperación, pero dicho requerimiento es incomprensible para el personal de salud; además, la estructura del sistema no permite su aceptación.

Ante el cuestionamiento que las experiencias cotidianas hacen de sus paradigmas burocráticos, el personal de salud asume posiciones que desvalorizan e ignoran el sentido de sus solicitudes presumiendo “falta de educación”; y la “educación”, o mejor, los argumentos que ellos esgrimen para educar, los sustentan en parámetros donde la salud y la enfermedad, la prevención y el tratamiento, la vida y la muerte, sólo pueden ser entendidos desde la racionalidad económica.

Para las culturas de la salud indígenas el proceso salud-enfermedad se funda en principios de equilibrio, armonía y reciprocidad, que hacen del ser humano una integralidad que impide que se vea como una separación biológica y cultural tan presente en el paradigma biomédico. La importancia de la sociedad como constructora de los parámetros del bienestar individual-social-colectivo, se puede evidenciar en la permanente búsqueda de una vida en armonía y equilibrio en los diferentes momentos de sus cotidianidades que constantemente se ritualizan.

En este marco filosófico los rituales que materializan el pensamiento de estas comunidades no pueden ser vinculados con el campo semántico de la ilusión y el empirismo, como tampoco afirmar sobre ellos que desconocen los mecanismos de la acción terapéutica. De sus terapéuticas culturales hacen parte: el rito (como espacio y mecanismo de socialización y re-socialización permanente de la historia); los hombres sabios (especializados en la lectura del territorio, el conocimiento de la historia y la cohesión intracomunitaria); y el cabildo u órganos de gobierno (que dirimen los conflictos al interior de las comunidades, aseguran la justa distribución de las tierras y ante el mundo de afuera representan la legítima existencia del indígena y defienden sus territorios).

En consecuencia, un reconocimiento de la diversidad implica una valoración equitativa de epistemes-otras o formas de conocer – aprehensión, significación y acción –, y entre éstas las asociadas con los procesos de salud que han garantizado la perdurabilidad de las sociedades con lógicas disimiles a las que sustentan la racionalidad biomédica.

En la tarea hacia el reconocimiento de los aportes de la diversidad cultural se hacen estudios encaminados a descubrir principios científicos en otras racionalidades e historias culturales; al no encontrarlos, se revive el conflicto entre los conocimientos y los saberes, donde estos se subordinan a las concepciones “científicas” y mercantiles de la sociedad occidental.⁶ Los funcionarios más abiertos retoman los aportes de las culturas de la salud, pero las simplifican y reducen en términos de procedimientos no tanto para articular sino para integrar al sistema de salud, bajo traducciones inadecuadas para evitar consecuencias políticas y financieras.

Puede afirmarse que existe un mosaico de culturas de la salud en Colombia producto de un proceso histórico de más de 500 años. Herencia de españoles e indígenas, y en menor medida de los negros llegados del África, “triple legado de nuestra nacionalidad”, también con elementos comunes compartidos por sus “cabezas medicas” (el sobandero, la partera, el curandero) que hacen de la herbolaria eje de las terapéuticas⁷ (ZULUAGA, 1992, p. 24; GUTIÉRREZ DE PINEDA, 1985, t. 1) Hoy se cuenta también con la importante presencia y aporte de las medicinas provenientes del viejo mundo, como la medicina tradicional China, la Hindú, y la Árabe, entre otras; de tal manera que la compleja relación de la diversidad con los servicios de salud, no sólo vincula a indígenas, afro descendientes, raizales, gitanos, sino también a los mestizos.

Hoy es inaceptable que ante la existencia de diversidad de saberes y prácticas médicas que dan respuestas a las diferentes maneras como se construye el cuerpo humano, la salud y la enfermedad, no exista un sistema intercultural de salud incluyente, y por el contrario se promocióne y se imponga el modelo biomédico, individualista, monopólico y excluyente, centrado en seguros de salud.

A pesar de las dificultades, es posible construir espacios de encuentro para hacer alianzas hacia el logro de un bienestar que *mantenga*

⁶ Retomando a Mauricio Godelier (1995) vale la pena reiterar que el concepto de “sociedad occidental” no supone un referente geográfico sino cultural. Occidente es una forma de sociedad, con orígenes en la Europa capitalista del siglo XVIII, que resulta de la combinación de la racionalidad ilustrada, la economía de mercado, la producción industrial, la democracia y la retórica de los derechos humanos.

⁷ La existencia en las huertas medicinales de plantas de uso corriente corresponde a la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII como la manzanilla, el ajenjo, la ruda y el ajo entre otras (CAYÓN, 1983)

*las particularidades y respete las diferencias*⁸ Asumir la perspectiva de interculturalidad en salud requiere de un gran cambio que además de sumar voluntades particulares, persuada al ámbito político. Queda claro que en la cotidianeidad de la interculturalidad se está configurando una cultura nueva, y no se puede estar de espaldas a ella.

La política para un sistema intercultural en salud debe apreciar e incorporar la *coexistencia* de variedad de conocimientos sobre salud y enfermedad, y posibilitar la *construcción de nuevos discursos* y rituales de sanación con la *participación* de la gente. En esta tarea es deseable el concurso de la antropología que como disciplina biocultural seduzca teórica y metodológicamente a otras disciplinas. En función de dicha tarea debe primar una actitud donde nadie lo sabe todo, para aprender y aprovechar los aportes de las culturas con inquietud por el conocimiento-entendimiento, con mucha voluntad y gran capacidad de participar interactiva y recíprocamente en un plano horizontal.

Debe reconocer que la armónica relación entre territorio, orden colectivo y comportamiento personal es premisa que fundamenta el pensamiento indígena sobre la salud y la enfermedad, que a la manera de una ética regula los comportamientos individuales y sociales que garantizan la armonía y el bienestar. Es en este contexto que es posible evidenciar el énfasis que hacen en la promoción y prevención de los tratamientos de enfermedades, de trascendencia para la perdurabilidad biológica y cultural de los grupos.

Para propiciar encuentros que posibiliten la articulación de diferentes racionalidades se requieren estudios sistemáticos, menos descriptivos y más analíticos para evidenciar la configuración de las cosmovisiones, transmitidas en la historia de contactos interculturales a través de los lenguajes, según las maneras de aprehender, significar y vivir el mundo. Este ejercicio analítico y comparativo permitirá evidenciar diferencias con otros paradigmas de pensamiento y establecer límites, así como aportes que harán posible mejorar las condiciones de salud de los pueblos independientemente de sus historias y procedencias socioculturales.

En fin, los ciclos de la vida asociados a la concepción, el embarazo, el parto, la niñez, la vida adulta y la muerte, están acompañados de maneras de ver y vivir en el mundo de manera diferente a como se hace desde los paradigmas de la biomedicina; son contemporáneos y en sus

⁸ No obstante las dificultades, las comunidades indígenas en la construcción de sus proyectos de vida, haciendo uso de su autonomía, han ensayado experiencias encaminadas hacia programas interculturales en salud.

historias particulares se reconoce su eficacia que perdura y resiste ante los embates de la globalización con sus armas para homogenizar el mundo.

En las siguientes líneas se referencian fragmentos de textos que dan cuenta de la formas de pensar, de los mayores de las comunidades indígenas, sobre la salud – léase concepciones o epistemes locales – para poner en evidencia la problemática compleja que asumen las relaciones diversidad-salud. Se hace alusión a experiencias indígenas del Cauca Andino⁹ y la Sierra Nevada¹⁰ las más visibilizadas desde cuando los miembros de las comunidades fueron afiliados de manera colectiva en el Régimen Subsidiado de Salud.

Epistemes-otras

Territorio, pensamiento y cultura

Sus mitos sobre el origen del universo resaltan que los humanos devienen de la naturaleza, que son unos seres más de los tantos que ésta ha dado; es decir, son producto de la naturaleza y no de un acto de creación divino, lo que de por sí plantea una diferencia radical de concepción y de relación con la naturaleza frente a las establecidas por el mito judeocristiano de la creación del mundo.

En esta perspectiva hay un denominador común, entre las sociedades indígenas, que consiste en asumir la relación con la naturaleza como una relación de ser vivo a ser vivo, de dialogo, de intercambio y no de dominación por el hombre omnipotente, donde los componentes vivos de la naturaleza asumen formas, nombres, funciones, y establecen lugares de morada que son diferentes en cada contexto cultural.

En el mundo Andino del sur-oeste Colombiano habitan los indígenas Nasa, Guambianos, Yanaconas, Coconucos. Los Coconucos afirman que la tierra, el entorno, la naturaleza, es una mujer y las plantas, los animales, el agua y los fenómenos atmosféricos – entre otros son manifestaciones vivas con las que se establecen relaciones de amistad respetuosa en la permanente búsqueda de la armonía y el bienestar

⁹ La población indígena del Departamento del Cauca es de 248.532 y corresponde al 21.55% del total del Departamento. Está compuesta por Nasas, Guambianos, Yanaconas y Coconucos (Zona Andina), Ingas (Piedemonte Amazónico), y Eperá Sia Pidara (Llanura Pacífica).

¹⁰ La población indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta corresponde al 0.81% del total de la población del Departamento del Magdalena con un total de 9.045 distribuidos entre Arhuacos, Chimilas, Kogui y Wiwas.

social.

El cuerpo de la madre tierra lo componen, fundamentalmente, tres partes: “el mundo de arriba”, “el mundo de abajo” o inframundo, y uno intermedio o “este mundo”, donde se distribuyen el poder y la fuerza, razón de la existencia de territorios “sagrados” (bravos, salvajes, incultivados) y “no sagrados” (mansos, domésticos y cultivados), sitios de imágenes y encantos, sitios de la génesis etnocultural en los que viven los muchos dueños que cuidan la madre tierra y propenden por su armonía y equilibrio (PORTELA, 2000).

En el extremo norte de Colombia, en la Sierra Nevada de Santa Marta, en los páramos y en las cabeceras de los ríos donde originalmente se asentaron los “padres espirituales”, lugares antes de que existiera el mundo material, están los *Ezuamas* (Kogi) *K'adukwu* (Arhuaco) *Mamanoa* (Wiwa), que con las piedras, las lagunas, los arroyos y todos los otros componentes son parte de la historia que simboliza el ordenamiento original que establecieron los padres espirituales. Estos a su vez asignaron “sitios sagrados” con nombres propios y funciones para las ceremonias que garantizan la conservación del orden espiritual, colectivo y material, con cuidado integral, dada la concepción que un lugar aislado no puede proteger al corazón del mundo; son sus relaciones las que permiten entender la integralidad de su territorio, la sociedad y el pensamiento.

Los territorios “sagrados” para las comunidades del sur-oeste andino se localizan con preferencia en lugares donde hay alta presencia de agua como las montañas, los páramos, las estrellas fluviales y las lagunas sagradas, son sitios de imágenes, de encantos y de la génesis cultural donde viven los espíritus y muchos dueños que cuidan la madre tierra y propenden por su armonía y equilibrio (PORTELA, 2000).

La “pantasma negra” asume forma de nube negra para vigilar las lagunas del páramo, el “duende” se personifica en un ser humano muy pequeño con manos y pies torcidos que ronda los territorios que coinciden con los ecosistemas frágiles, la “madre agua” se hace visible en forma de mujer bonita o mujer blanca o en forma de culebra sobre las rocas o los cauces de agua, y en ocasiones se confunde con el “arco” que vive entre una y otra fuente de agua con poca corriente (ver cuadro 5.1).

Estas construcciones culturales proceden de las relaciones particulares que los indígenas establecen con los diferentes componentes de la cotidianidad y de las distintas formas de percibir, conocer y vivir en el mundo. Todos contamos con bases sensoriales similares, pero los procesos cognitivos, de carácter esencialmente cultural, son los que determinan percepciones que se refieren a significados culturales relevantes.

Cuadro 5.1 – Espíritus genésicos y poderes de la naturaleza en los tres mundos del pensamiento andino: Nasas, Guambianos, Yanaconas, Coconucos

COMUNIDADES INDIGENAS		PAECES	GUAMBIA- NOS	YANACO- NAS	COCONUCOS	COMENTARIOS	
ESPIRITUS GENÉSICOS		(-)Tay (frio) (+)Tay (calor)	(-) Pishi Pantsik (+) Pashi	(-) Frio Espíritus (+) Calor	(-) Frio Virtudes (+) Calor	<ul style="list-style-type: none"> Son fuerzas que dieron origen al mundo. Presentes como exceso, ausencia o equilibrio. Giran bidireccionalmente en el cosmos y en todo lo contenido en el cómo el cuerpo humano. 	
Mundo de Arriba	Como poderes de la naturaleza	Femeninos	Kosro- usrikolltik Ksya'wala	Puma	Mama- Dominga	<ul style="list-style-type: none"> Es la versión actual de las fuerzas genésicas. Como fuerzas de la naturaleza con gran poder. Son los dueños de la naturaleza y pueden difundir su poder a los seres humanos. Pasan de dadores de poder y sabiduría a guardián de las normas en sus diferentes manifestaciones en el siguiente mundo. 	
		Masculinos		Jucas Virgenes (*) Jucas	Pantasma Negro Jucas		
Este Mundo	Formas que adquieren	Femeninos	Trueno Arco Klyum (duende)	Kallim (duende) Paramo Arco	Duende Arco (hem- bra) Viuda	Madre Agua Arco (mujer culebra)	<ul style="list-style-type: none"> Es agua, es culebra, es arco hembra, permanece en este mundo vigilando las plantas medicinales y como dueña del agua circula por todo el territorio. Es el mayor poder una vez trueno, una vez duende. Es el maestro del chamanismo.
		Masculinos		Duende Arco (macho)	Duende Arco	Duende Arco Duende	
Todos los fenómenos atmosféricos tienen espíritu y reciben nombres específicos, las nubes negras dicen que es el mismo espíritu de pijaos-pishaw y de los niños que murieron sin ser bautizados. Ellos vigilan la cotidianidad de los miembros de la sociedad.							
Mundo de Abajo	Espíritus del mundo	Pijaos	Pishaw	Pijaos	Pijaos	<ul style="list-style-type: none"> Los pijaos, son los antepasados que no se dejaron bautizar y prefirieron enterrarse vivos. Viven en las guacas y salen a la superficie en forma de nubes. Los tapanos o sin culito son los hombrécitos primigenios que sostienen el mundo. En unos casos reciben el nombre de Santo Tomas o Pedro Urdinales. Se alimentan del vapor de las comidas. 	
		yu' khipmenas (hombres sin rabito)		Indios pintados.	Tapanos		
		Santo Tomas. (versión cristiana de yu' khipmenas)	Pedro Urdinales		Tapanos		

(*) El Jucas del mundo Yanacona ha ido perdiendo su estructura mítica y se ha ido convirtiendo en leyenda a cambio de las vírgenes “remanecidas” que se perfilan como estructura mítica, jugando el mismo rol de Jucas, con la diferencia que este es de antes de Dios y las vírgenes después de Dios.¹¹

Fuente: Elaborado por el autor.

¹¹ Urrutia (1991) en su trabajo “Tiempos y lugares alcanzados” realizado entre los Yanaconas da cuenta de los tiempos “antes de Dios” y “después de Dios” haciendo referencia a antes y después del proceso evangelizador. Afirmando que el mundo de antes aún permanece con la existencia de los territorios sagrados donde viven Jucas, las personas que prefirieron la muerte antes que dejarse bautizar, y los niños que murieron antes del bautizo; habitantes que son “aucas” y vigilan y testifican la cotidianidad de los habitantes actuales.

La salvaguardia del territorio, como sustrato espacial significado, es de responsabilidad individual y colectiva mediante la obediencia y acatamiento de la cosmovisión para garantizar la armonía y el equilibrio que garantizan la salud de las personas. Los preceptos de la cosmovisión deben cumplirse tanto individual y colectivamente, en lo material y en el pensamiento. Para las comunidades indígenas, la existencia de un orden colectivo en el territorio es garantía de salud para las comunidades.

Territorio, cuerpo humano y salud

El cuerpo humano es concebido como continuidad del territorio, lo que lleva a pensar que los saberes desarrollados históricamente como la anatomía y la fisiología, son el resultado de esa concepción y no pueden ser entendidas descontextualizadas de otros saberes: cosmogonías, astronomías y teogonías. Por lo mismo, las mitologías son puntos fundamentales para el estudio de esa relación: ahí se nos cuenta de qué materiales ha sido hecho el cuerpo de los hombres y las mujeres, cuántos ensayos fueron necesarios y cuáles las primeras condiciones ecológicas para el mismo.

Colocados ahí, o en la cientificidad occidental, o en cualquier concepción no-occidental del cuerpo humano, siempre se va a encontrar que lo que le ocurra a él, lo que lo amenace, lo que lo enferme, lo que lo deteriore y todos estos procesos hasta la muerte y su continuación simbólica, todo ello depende de lo que el cuerpo es.

De tal manera que un saber fundado en la concepción biológica del cuerpo interpreta siempre los signos y los síntomas en relación con sus conocimientos acerca del modo de acción del organismo, de su estructura y funcionamiento; es decir, la anatomía y fisiología. Se podría afirmar que no trata con el hombre enfermo, sino con los procesos fisiológicos que ocurren dentro del organismo sobre todo cuando se ha establecido mediante el diagnóstico que se trata de un “caso”, de una “enfermedad”.

Pero en un saber fundado sobre una concepción del cuerpo humano como continuidad de la naturaleza, la enfermedad o la salud del individuo es la expresión de lo que sucede en el entorno como respuesta al tipo de relaciones que se establecen entre individuo-medio, individuo-sociedad.

Entre los Páez decir “yo soy árbol” es tan natural como decir “yo soy indio”. Simplemente que el hombre se percibe íntimamente ligado a la naturaleza, identificado con ella; de tal forma que puede ser un árbol.

Entre los Nasa “el cuerpo humano es un árbol”.¹² *khaty* ~ “piel” y en el árbol es la “corteza”. *wetse* es en el árbol, lo que corresponde a la “raíz” y en el cuerpo humano es el equivalente a “tendón”. *ndyi't* en el cuerpo humano es “hueso” y en el maíz tierno corresponde a “tallo”. *Ku'ta* es el “hombro” o el “brazo” en el cuerpo humano, pero también es parte del nombre de la rama del árbol *fytiuu ku'ta*, en donde *fytiuu* es “árbol” y *ku'ta* “brazo” o sea el “brazo del árbol” (*sensu* PORTELA, 2002, p. 46) Entre los Guambianos los pies se constituyen en el sostén del cuerpo que dan forma a la vida como el árbol que sostiene sus ramas, las flores y los frutos (CABILDO DEL PUEBLO GUAMBIANO, 1994), y para los Coconucos y los Yanaconas ellos son la raíz en la naturaleza, un indicio más de la intimidad con la naturaleza.

Los hombros para los Guambianos y los Coconucos son las montañas y los peñascos, son las cuñas del cuerpo por lado y lado; para los Nasa esa relación está dada por las rodillas y los tobillos, mientras que para los Yanaconas las montañas y sus filos constituyen el “espinazo” del cuerpo, o sea, la columna vertebral.

Según los Guambianos la “matriz” de la mujer cuando está en embarazo se relaciona con el agua y con dos ríos: el río Cacique y el Piendamó Arriba, y el niño contenido en el vientre se encuentra flotando en agua, en líquidos amnióticos; para Yanaconas, Coconucos, y Nasas es agua detenida, es laguna, así como la tierra también tiene muchas matrices donde se gestaron los primeros hombres, los héroes culturales. Para las comunidades de la Sierra Nevada las partes de un cuerpo humano marcan un lugar en el territorio.

Estas concepciones pueden encontrarse en el juego de las representaciones de las identidades míticas, no a la manera como lo plantea Bastien (1986) para el mundo Andino, según él “ellos ven los sistemas de la naturaleza para la identificación de sí mismos”, sino mejor como lo plantea Descola (1988) “bajo el aspecto de las interacciones dinámicas entre las técnicas de socialización de la naturaleza y los sistemas simbólicos que las organizan”.

Bajo esta perspectiva la fisiología corporal y lo realizado por las personas en su dinámica social cotidiana (acontecimientos) se explican como resultado de las fuerzas o energías positivas y negativas que circulan por el cosmos, por el cuerpo humano y por el mundo social, energías que

¹² Según el análisis semio-lingüístico, ésta expresión “nasa” es producto de un sistema simbólico que en su relación con las técnicas de socialización de la naturaleza, da orden a la interacción dinámica del ser humano-naturaleza.

dieron origen al universo y existen desde entonces en todo lo que hay o se presenta en el territorio, incluido el hombre y lo que éste realiza.

Estas concepciones dan cuenta de la naturalización del ser humano y no de la antropomorfización de la naturaleza como generalmente se ha afirmado con respecto a otros grupos.

Prevención y tratamiento

Las culturas indígenas de la Salud en Colombia giran alrededor de sistemas globales de pensamiento¹³ que por una parte involucran representaciones sobre el ser indígena y su cuerpo humano, los procesos de equilibrio-desequilibrio/armonía-desarmonía con sus clasificaciones y sus prácticas de prevención-control; y por otra, regulan y garantizan el bienestar de las sociedades. Sistemas que se expresan en los diferentes momentos de la cotidianidades, como “éticas culturales” que rigen las conductas individuales, sociales y de relación entre los individuos y de estos con su entorno, producto del ejercicio de aprehensión y significación que se hace de él para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural, donde se incluyen las expectativas frente a lo nuevo y lo desconocido.

En estos contextos es donde vive, enferma, sana o muere la gente que se circunscribe a uno u otro, o a varios sistemas, dependiendo del contexto de inter-relaciones culturales. Cada individuo tiene un destino que es señalado por la cosmovisión en los acontecimientos diarios que son vigilados por el individuo mismo, la familia, o los hombres sabios. Estos se encargan de oficiar los rituales con el propósito restaurar el orden histórico y cultural a partir de los principios de solidaridad y reciprocidad responsables de la orientación del devenir de la sociedad.

¹³ A través de los estudios etnográficos se pone en evidencia que los saberes y practicas medicas no-occidentales, son respuestas pertinentes y eficaces a los problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas y que estas respuestas constituyen “auténticos sistemas médicos diferentes, pero no necesariamente menos importantes, que el sistema médico occidental” (BRUNELLI, 1987, p. 87); yo agregaría que poseen un marco conceptual que es su cosmovisión.

Cuadro 5.2 – Actividades o situaciones que se acompañan de rituales, según comunidades, para evitar la pérdida de bienestar

ACTIVIDADES O SITUACIONES	RITUALES		GRUPOS INDIGENAS				PARA EVITAR
	R	O	G	P	Y	C	
Cuando un individuo sospecha o sabe que padece una enfermedad propia: cacique, duende, arco, mal postizo...	X		X	X	X	X	Su muerte y lograr su rehabilitación.
A la mujer durante la menstruación.	X		X	X	X	X	Que el arco la enferme.
Para compartir vivienda y dormitorio con una mujer menstruante.	X		X	X			Que le robe energía.
Durante el embarazo.	X			X			Que "bote la familia" o que la criatura "no salga cristiano".
Después del parto o puerperio.	X		X	X	X	X	Que el arco enferme a la madre o a las personas que viven en la casa.
Después de nacido un niño o una niña "sembrar" la placenta.	X		X	X	X	X	La pérdida de la identidad como indígena, y se desligue del territorio.
Cuando se adquieren los remedios recetados por el medico no indígena.	X		X	X	X	X	Que entre mala seña y lograr un buen provecho.
Cuando muere una persona.	X		X	X	X	X	El hielo y que los dolientes no pierdan fuerzas o se debiliten.
La construcción de casas.	X	X	X	X	X	X	El mal de cacique, y que en la familia "no exista entendimiento".
La realización de mingas.		X	X	X			No compartir en comunidad.
Apertura de una nueva labranza, y recolección de la cosecha.		X	X	X			Una producción escasa y la inequitativa retribución, entre quienes ayudaron.
Cuando se muere un animal-vacuno principalmente-o cuando se vende.		X	X	X			Que se mueran, no se reproduzcan y no pierdan fuerzas, los que quedan.
Dirimir conflictos familiares o comunitarios.	X		X	X			Soluciones injustas.
Emigrar y salir del territorio por temporada larga	X	X	X	X	X	X	Que le vaya mal al "conocer mundo".
Cuando se regresa al territorio que es lo más común y siempre se espera.	X	X	X	X	X	X	Que traiga acumulación de amenazas, para sacarle el sucio (de libre interpretación).
Durante el recorrido de la gente por los espacios incultivados: Paramos, bosques, etc.	X	X	X	X	X	X	Que sus espíritus protectores (Duende, Jucas, Pishimisk, Pantasma Negra) los rechace y evitar el ataque a los "visitantes" o comunidad en general.
Previamente al recorrido por los espacios "sagrados" del territorio por parte de los hombres sabios.	X	X	X	X	X	X	Que los ancestros y caciques no se enojen y se posibilite la intimidad comunicativa con la historia.
Cuando se sale a recolectar plantas de espíritu fuertes o calientes (propias del espacio incultivado).	X	X	X	X	X	X	Ser atacado por los espíritus protectores, y permiten buenas señas para encontrar y reconocer nuevas.
Cada año durante la ceremonia de traspaso de varas de mando o posesión de los nuevas cabildos	X	X	X	X	X	X	Mala gestión, y mal gobierno e injusticia.
Durante la lavada de varas del cabildo en las lagunas o sitios de nacimiento de los ancestros.	X	X	X	X	X	X	Que se pierda la continuidad comunal de la sabiduría de los ancestros héroes culturales.
En las reuniones preparatorias de cabildos y comuneros o en momentos de recuperación de tierras.		X	X	X			Malas estrategias y fracasos.
Mientras él ejercito está de paso o se sepa de su visita.	X		X				Desmanes y males contra sus lideres, o evitar que lleguen.
Cuando los cabildos o lideres están en negociaciones, concertación o vayan a presionar al Estado.	X		X	X			Insolidaridad y el no apoyo.

Rituales: **R**: Refrescamiento, **O**: Ofrecimiento.¹⁴

Grupos Indígenas: **P**: Paeces, **G**: Guambianos, **Y**: Yanaconas, **C**: Coconucos.

Fuente: Elaborado por el autor

¹⁴ Los rituales de Refrescamiento y Ofrecimiento pertenecen al ámbito de las relaciones de las personas con el territorio y sus dueños; el primero restaura el equilibrio de las energías trastornadas por inadecuado relacionamiento, el segundo evoca la normatividad relacionada con el comportamiento con los dueños del territorio y se ofrece a ellos. Los rituales pueden realizarse de manera separada y en algunos casos pueden ser complementarios.

Los eventos asociados al nacer, enfermar y morir, entre otros aspectos fundamentales del desarrollo humano indígena son de mucha trascendencia en la existencia de los grupos socioculturales y son indicadores del tipo de relaciones existentes entre los individuos y su medio. Relaciones que se reflejan en categorías como “hielo”, “mal viento”, “auca”¹⁵ y “pta’ndz”,¹⁶ que expresan peligros latentes por todas partes y que por cualquier descuido de las personas pueden causar males¹⁷ que podrían evitarse al tener en cuenta normas relacionadas con el comportamiento social, con el medio circundante y con lo económico; es decir, con la cotidianidad del mundo indígena.

Cuando las normas se transgreden hay desordenes que repercuten en la sociedad y los individuos, hay acumulación de “amenazas” y los especialistas detectan la circulación energética trastornada que leen, entre otras, como causas del susto, disfunciones orgánicas, malas cosechas y muerte de los animales, atribuyéndolas a enojos del trueno, del duende, del arco, de la madre monte, de la madre agua.

Un ejemplo de norma asociada al cuidado de la mujer durante el embarazo a la manera de medida preventiva para protegerla del aborto, tiene que ver con el no tránsito por ambientes donde el agua se encuentra estancada y putrefacta porque es la morada del arco que puede atacar a la mujer para hacer “botar familia”.

Los rituales frecuentes con diferentes nombres según los grupos indígenas son de “limpieza”, “refrescamiento” o “cierre del cuerpo” y “ofrecimiento” que pueden realizarse al tiempo, o separadamente, dependiendo de los requerimientos individuales, familiares y comunitarios.

El “ofrecimiento” es un ritual específico a los dueños de la naturaleza que se hace con varios fines: a) evitar exageradas apropiaciones de los recursos de la naturaleza que desestabilizarían la armonía y así garantizar su colaboración en la búsqueda de recursos en los territorios donde ellos viven; b) “mantenerlos contentos” para que

¹⁵ El término “auca” significa en quechua, enemigo; en Aymará además tiene el significado de desarmonía (BOUYSSÉ-CASGNE; HARRIS, 1987, p. 28; PLATT, 1987, p. 67) que coincide con el sentido de esta palabra entre los Coconucos y los Yanacunas.

¹⁶ “pta’ndz” ~ es traducida como sucio, pero es una categoría muy compleja de la cosmovisión Nasa que indica amenaza al medio ambiente, al individuo, a la comunidad y está latente en todo el territorio.

¹⁷ Los periodos de peligro se encuentran en toda la cotidianidad: desde el momento del nacimiento pasando por la época en que el niño empieza a caminar, la pubertad, cada parto, cada menstruación en la mujer, toda ocasión de viaje, luto, problemas en general, envidias y finalmente la muerte.

no haya “enojo” y no se presenten males en la sociedad; c) evocar sus poderes y espiritualidad a la hora de una labranza para garantizar que haya buena producción; d) que haya entendimiento entre los miembros de la familia que habitarán la nueva vivienda que se construye; e) que no se pierda la experiencia del compartir a la hora de sacrificar un animal, entre otros muchos aspectos. No necesariamente se requiere la presencia de los hombres sabios; las personas deben realizarlos en momentos previos a las diferentes actividades utilizando plantas frescas de los territorios “domesticados” cerca de las viviendas.

Los rituales de “limpieza” y “refrescamiento” se dirigen a la naturaleza y a todo lo contenida en ella, terrenos, viviendas, animales, personas (enfermas y no enfermas), para equilibrar las energías en exceso y refrescar hasta restaurar el equilibrio y el bienestar. La realización demanda la presencia de los hombres sabios que en su desarrollo hacen operar la cosmovisión a través de los mitos mediante una parafernalia que replica la cosmografía, y donde la palabra alimentada con el espíritu de la coca y las plantas logra la capacidad de despertar significados dormidos, traducir y transmitir la tradición y movilizar las energías. Los rituales por una parte re-socializan toda la normatividad social y cultural del grupo reafirmando la identidad como sociedad, y por otro lado instauran a las personas dentro de propia identidad.

En el desarrollo de los rituales y según las lecturas que, los hombres sabios, hacen sobre la naturaleza, ponen énfasis en la socialización de los mitos, las normas del comportamiento étnico, la historia de las formas de resistencia cultural, los mecanismos de la cohesión social, y la erudición ecológica, mediante procesos comunicativos que van más allá de las palabras y sus sentidos, agregando gestos, música y comunicación química, a través del consumo de plantas medicinales, fármacos y los sahumeros.

Mirados en conjunto y en la perspectiva de la curación, sería probablemente más pertinente hablar de una restitución del orden cultural, que operaría de manera similar a como sucede en el Sistema Médico Occidental con su terapéutica médica, pero su sentido y eficacia va más allá, puesto que contiene prevención, promoción y rehabilitación del individuo en sociedad; quizá a ello se deba que el individuo que sabe que no se comporta o está trasgrediendo la normatividad, somatice culturalmente su mal.

A ello se debe que el énfasis de la relación entre los hombres sabios, taitas, mamas, y las personas enfermas – en la mayoría de los casos – no esté puesta en la prescripción médica, sino fundamentalmente en la reincorporación del individuo al orden social.

En esta perspectiva la persona enferma deja de ser paciente-pasivo para ser sujeto activo de su propio proceso de curación, donde el proceso comunicativo consciente e inconsciente genera procesos de autorregulación, en una concepción que no admite la división cartesiana del cuerpo humano entre: materia (biología, cuerpo), alma (cultura, psique). Las enfermedades se configuran y se des-configuran en los contextos del ser humano integral (bio-cultural); todas las enfermedades dentro de este criterio son culturales.

Situación que se logra en la dramatización del ritual de limpieza que convoca a la comunidad, como garantía de solidaridad y compromiso de un nuevo pacto social que revitaliza el orden cultural, y a la vez pone sobre aviso a todos, incluidos los hombres sabios, de la latente amenaza individual o colectiva de originarse un desorden social, que de no afrontarse grupalmente da lugar al resquebrajamiento de la etnicidad comprometiendo su sobre-vivencia futura.

La interpretación a partir de la etnografía que brinda el mundo andino, indica que los rituales participan, todos, de la restitución de la etnicidad o del orden cultural indígena, e indica que sería teóricamente más pertinente una aproximación a la concepción de salud-enfermedad (al igual que a sus formas de producción económica, organización social y política) desde la dimensión global de la etnicidad, y no a la inversa como habitualmente se ha hecho.

En síntesis, podría decirse que no existe un sistema médico indígena como tal, lo que se pone de presente es la existencia de una cultura de la salud que no se reduce simplemente a terapéuticas, prácticas médicas, sistemas clasificatorios, pensamientos o concepciones filosóficas que solo pueden explicarse o comprenderse dentro de un proyecto identitario.

Lo cual implica, entre otros muchos aspectos de importancia trascendental, que cualquier programa de salud que no ponga de presente la identidad, resultará recortado e ineficaz, incluso amenazante para la etnicidad. Pensar en un Sistema Médico a la manera como puede hacerse en Occidente con su biomedicina, es teórica y metodológicamente inadecuado.

Relación diversidad, Estado y salud

La problemática de las relación diversidad-Estado-salud está surcada por la incomunicación que se favorece por la marcada diferencia epistémica entre “saberes” y “conocimientos”. ¿Es posible articular el

conjunto de epistemes-otras sobre procesos de salud, enfermedad y curación con las instituciones, programas y recursos del estado? Esta pregunta se asocia a otras cuando se indaga por la construcción de programas interculturales de salud, ¿Cuál es la característica de la relación entre saberes, y cuál la que adquiere la relación entre “saberes” y “conocimientos” en la dinámica de las relaciones interculturales?, ¿En qué momento el encuentro entre personas poseedoras de saberes deja de ser una experiencia de aporte de reflexiones entre individuos para llegar a un diálogo social al reconocimiento, y a la articulación de la diversidad bajo reglas de igualdad en la que cada una de las partes “[...] no pretenda modificar a la otra, pero que todas estén abiertas a las posibilidades de enriquecimientos mutuos”? (BARTOLOMÉ, 2006, p. 131).

Cuando la primera pregunta se hace al contrario, se evidencia en las respuestas de las autoridades de las comunidades que la relación entre sus saberes y la biomedicina a través de políticas de salud, es posible; además, en la práctica cotidiana existe articulación de saberes ante el reconocimiento de los límites y posibilidades de éstos y la necesidad de su colaboración para respuestas complementarias a los problemas de salud-enfermedad; sin embargo, las exigencias que las comunidades hacen en el ámbito del respeto por los sus territorios, su autonomía, sus pensamientos y sus culturas, no son bienvenidas.

En lo precedentemente enunciado se develan varios campos de relación: comunidades – Estado, comunidades – otras sociedades, y la relación intra-societal, para explorar la presencia de experiencias de encuentro y desencuentro, y tal vez de “diálogo” intercultural.

La relación entre las comunidades y el Estado se ha dado mediante una interacción política en dos perspectivas: una, cuando el Estado diseña políticas y dirige acciones hacia las comunidades, y otra, cuando las comunidades promueven sus reivindicaciones frente al Estado; ámbitos de interacción que sugieren los siguientes interrogantes: ¿Se corresponden las políticas del Estado que se ejecutan mediante sus instituciones, con los requerimientos, necesidades y reivindicaciones de las comunidades?, ¿Qué características asume la interacción comunidad-Estado cuándo no hay correspondencia entre políticas y necesidades de las comunidades?, ¿Es posible el diálogo, cuando las comunidades promueven la confrontación como expresión política para forzar las negociaciones, cuando no hay correspondencia entre las políticas y las necesidades?

Una situación que ha generado uno de los interrogantes anteriores, ha sido la no implementación de programas interculturales

de salud por la existencia de un modelo biomédico que no reconoce otras concepciones sobre el cuerpo humano y otras representaciones sobre la salud y la enfermedad; además, se inhibe la implementación de la iniciativa de una epidemiología intercultural que como componente de un modelo intercultural de salud podría incorporar una estrategia teórico-metodológica de investigación fundada en el diálogo y la negociación de significados culturales entre equipos de salud y comunidades en torno a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la curación y la atención.

En la relación con otras sociedades, las comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesión de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entrópicas que dan mucha fortaleza intraétnica; por su naturaleza no son reconocidos por los otros y tampoco es luchada por las comunidades para su reconocimiento; es de resaltar que son determinantes a la hora de la interacción entre sociedades.

La fortaleza de esta invisibilidad es posible de examen en la profundidad de sus elaboraciones conceptuales sobre la naturaleza y en la cosmovisión – colectivizadas mediante el chamanismo por hombres y mujeres de gran arraigo en la memoria y la tradición socializada – que son complejas para su traducción, de difícil comprensión, y no son objeto de la regulación más allá de sus sociedades, pero circulan vitalmente por la cultura.

En la esfera del Estado estos saberes no se ven como conocimiento. Las prácticas de chamanes y curanderos, con el apoyo en las ricas parafernalias vegetales y animales sustentadas en las milenarias estrategias de aprehensión y significación, en más de una ocasión, se han contemplado como prácticas delictivas y en ocasiones atentatorias para la salud pública.

Estas argumentaciones llevan a preguntar ¿Qué saberes se exponen a la hora de las negociaciones, interacciones, acuerdos?, ¿Qué saberes no se exponen, no obstante su invisible fortaleza y presencia?, ¿Cuáles son los espacios donde se dan los diálogos en la política, los “diálogos” de los saberes, y cuáles son sus componentes condicionantes?

La experiencia colombiana informa de cuatro campos donde se han implementado experiencias de colaboración entre saberes: la antropología jurídica, la antropología médica, la etnoeducación, y la etnolingüística; pero en los campos conceptuales del territorio y la biodiversidad, donde se compromete profundamente la cosmovisión de un pueblo, no hay sido posible dicha colaboración porque las iniciativas

para abordarlos se promueven desde fuera de las comunidades, desde una lógica que busca canalizar sus potenciales hacia las necesidades del capital y no hacia las necesidades de la sociedad.

En las relaciones intra-étnicas e inter-étnicas se plantea otra versión para los interrogantes ya planteados, ¿Es posible fomentar un “diálogo” cuando la valoración que se hace de los otros – individuos o comunidades – se sustenta en sus ausencias o excesos? Es decir, cuando se piensa que las otras sociedades son conjuntos vacíos de conocimiento – carecen de principios organizativos, desconocen los principios nutricionales de los alimentos, establecen inadecuadas relaciones con el medio ambiente, poseen saberes inconvenientes alrededor de la salud, la enfermedad y sus prácticas, y carecen en su cotidianidad cultural de criterios de justicia social, entre otros –, y en tal sentido, prontamente hay que llenar esos vacíos con los conocimientos pertinentes en una estrategia para integrarlos a la globalización.

O en la otra perspectiva, cuando se piensa que las comunidades viven excesos inconvenientes como el consumo de “psicotrópicos” o gustos exagerados por alimentos o prácticas rituales que deben limitarse. En ambos casos las experiencias han evitado el diálogo, y los procedimientos han consistido en llenar los vacíos – ausencias – o eliminar los excesos bajo los criterios hegemónicos de la normatividad sociocultural.

La diferencia entre ciencia-conocimiento y saber, inhibe la posibilidad del diálogo entre estos, la ciencia no posibilita el diálogo de saberes, mucho menos lo posibilita la política. Mientras la ciencia asuma el conocimiento desde una dimensión sónica, ciertamente compleja – como un ejercicio teórico mental que tiene que ver con un sistema epistemológico y con una serie de reglas tendientes a la producción de un discurso científicamente reconocido –, y el saber se relacione sólo con la dimensión pragmática del aprendizaje, no es posible el diálogo.

Durante estas reflexiones se viene registrando que en un Estado multicultural donde existen epistemes-otras se deben instaurar diálogos para evitar modelos de salud únicos y uniculturales; los saberes de las comunidades han sido probados por milenios y se caracterizan por una profunda estructuración que han garantizado su perdurabilidad biocultural. La obligación constitucional del Estado de prestar servicios de salud a las comunidades indígenas no puede ser usada para imponer paradigmas, modelos e intereses en su contra; por el contrario deben contribuir en el fortalecimiento de las culturas, pensamientos y territorios tradicionales.

Varios analistas coinciden en la necesidad de implementar en Colombia modelos de servicios de salud interculturales y diversos, más locales, que respondan a las formas de vida de las comunidades indígenas, las afrocolombianas y campesinas, adecuados a sus usos y costumbres, a sus peculiares condiciones ecológicas y ambientales, elásticos conceptual y financieramente para poder ajustarlos particularmente, de común acuerdo con las autoridades de estos territorios (PUERTA, 2004; PORTELA, 2002).

En el departamento del Cauca y en la región de la Sierra Nevada los gobiernos indígenas han apostado a la construcción de modelos interculturales de organización y prestación de servicios de salud para fortalecer y desarrollar sus culturas tradicionales, su territorio y su gobierno. Los servicios, el personal y los recursos de la biomedicina y las llamadas alternativas – no indígenas – quedaron bajo la dirección, veeduría y control por parte de las distintas comunidades, sus organizaciones y los gobernadores de los cabildos de manera general, y específicamente de los Mamas en el caso de la Sierra Nevada de Santa Marta.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado de salud (ARS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) indígenas, se han adscrito a las organizaciones indígenas regionales en representación de los resguardos y han conformado una red pública indígena dirigida por sus autoridades y organizaciones, con infraestructura propia y ordenando, valorando, capacitando y haciendo seguimiento a promotores y auxiliares indígenas que prestan sus servicios en las comunidades – antes vinculados bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud con hospitales locales – que hoy prestan sus servicios en las instituciones indígenas.

En esta incorporación y adecuación que las organizaciones indígenas hacen de la ley 100 instituyen deberes y responsabilidades determinadas para la prestación de servicios de salud que garanticen un régimen común con equidad para todos los indígenas y así enfrentar los límites que la ley reglamenta en términos de coberturas y servicios de salud. La gran singularidad, es que no obstante el sentido de privatización de la ley, gracias a la tenaz lucha y posición étnica dirigida por los sabios, líderes y gobiernos indígenas, les ha permitido administrar, al menos, parte de los recursos públicos sectoriales, crear sus instituciones públicas de salud, desarrollar redes en sus territorios y ofrecer un novedoso modelo intercultural para prestar los servicios.

En una discusión que lleva muchos debates, las organizaciones indígenas le proponen al Estado un modelo indígena de aseguramiento de carácter colectivo, intercultural, con amparo universal, que recupere la necesaria continuidad entre la atención individual y los requerimientos

que en materia de salud pública tienen las comunidades indígenas, en contraposición al seguro individual vigente.

La estructuración de la ley 100 y su implementación como modelo de prestación de servicios de salud deja ver que responde a los intereses transnacionales de la industria químico-farmacéutica de la tecnología de última generación, que requieren masificar y expandir el consumo de sus nuevos productos a como dé lugar. De esta manera condicionan el tipo de servicios de salud que el Estado debe ofrecer a su población, así como la forma de organizarlos y controlarlos, para garantizar las ganancias que se derivan del monopolio sobre los recursos públicos que los Estados tienen la obligación de invertir en el sector.

Referencias

- BARTOLOMÉ, M. A. *Procesos interculturales: antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI, 2006.
- BASTIEN, J. Etnofisiología andina: evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etno-farmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo. *ARINSANA – Revista de Cooperación Internacional en Áreas Indígenas de América Latina*, Cuzco, n. 1, 1986.
- BOUYSEE-CASSAGNE, T.; HARRIS, O. Pacha: en torno al pensamiento aymará. In: MEDINA, J. (Ed.). *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*. La Paz: Hisbol, 1987. p. 11-59.
- BRUNELLI, G. *De los espíritus a los microbios: salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña: sistemas médicos en interacción*. Quito: Abya-Yala, 1989. p. 87-123. (Colección 500 años Abya-Yala, nº 10).
- CABILDO DEL PUEBLO GUAMBIANO. *Plan de vida del pueblo Guambiano: cabildo indígena*. Silvia: Programas y Proyectos Silvia-Cauca, 1994.
- CAYÓN, E. Conceptos de la medicina popular en Colombia, prevaecientes en la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII. *Boletín de Antropología: memorias*, Medellín, Departamento de Antropología Universidad de Antioquia, 1983.
- CORPORACIÓN REGIONAL DEL CAUCA C.R.C. *Informe estadístico del Cauca*. Popayán: CRC, 1997.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). *Colombia, una nación multicultural: su diversidad étnica*. Bogotá: Dane, 2007.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION (DNP). *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*. Bogotá: DNP, 2007.

- DESCOLA, P. *La selva culta, simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar*. Instituto Frances de Estudios Andinos. Quito: Abya-Yala, 1988.
- GODELIER, M. Esta la Antropología Social indisolublemente atada al Occidente, su tierra natal? *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n. 143, p. 161-179, 1995.
- GUTIÉRREZ DE PINEDA, V. *Medicina tradicional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Presencia, 1985. v. 1. El Triple Legado.
- JARAMILLO, Pablo. Evaluación de la descentralización de la salud en Colombia. In: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN UDT-DNP. *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación UDT-DNP, 2002. Tomo II. Análisis y resultados sectoriales.
- PORTELA, H. *El pensamiento de las aguas de las montañas*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2000.
- PORTELA, H. *La cultura de la salud Páez: un saber que perdura para perdurar*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2002.
- PLATT, T. Entre Ch'axwa y Musa: para una historia del pensamiento político Aymará. In: MEDINA, J. (Ed.). *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*. La Paz: Hisbol, 1987. p. 61-132.
- PUERTA, C. Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano. *Revista Colombiana de Antropología*, n. 40, p. 85-121, 2004.
- REPUBLICA DE COLOMBIA. *Constitución Política*. Bogotá, 1991.
- REPUBLICA DE COLOMBIA. *Ley 100*. Bogotá, 1993.
- REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. *Resolución 10013*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1981.
- URRUTIA, M. *Tiempos y lugares alcanzados*. 1991. Tesis de grado (Doctorado en Antropología) – Departamento de Antropología, Universidad del Cauca, Popayán, 1991.
- VARGAS, J. E. Descentralización de los servicios de salud en Colombia. *Planeación y Desarrollo*, v. 28, n. 1, 1997.
- ZULUAGA, G. Uso tradicional de las plantas medicinales en Colombia. In: SIMPOSIO DE PLANTAS MEDICINALES, 1., 1992. Bogotá. *Anales...* Bogotá: Fundación Joaquín Piñeros Corpas; Universidad Javeriana, 1992. p. 19-39.

Capítulo 6

Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva

Silvia Hirsch

En este texto abordo la relación de los programas de salud pública con los pueblos originarios en la Argentina. Asimismo, presento una sinopsis de los programas de salud pública dirigidos hacia los pueblos originarios y abordo el caso específico de la atención en torno a la salud reproductiva de las mujeres guaraníes del noroeste argentino, basado en mi propia investigación de campo. El artículo explora cómo han sido incorporados los preceptos y las prácticas de la salud pública materno-infantil por las mujeres guaraníes y como articulan los mandatos de la generación de sus madres y abuelas con los que les transmiten los efectores de salud pública.

La salud de los pueblos indígenas se ve afectada no sólo por la falta de acceso a los servicios sanitarios, pero también por las relaciones asimétricas de poder frente al resto de la sociedad lo cual genera desencuentros y tensiones en relación a la incorporación de la biomedicina en sus vidas. Como ha sido documentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006), la situación epidemiológica y sanitaria de los pueblos indígenas está imbricada con los niveles de pobreza, deterioro ambiental, falta de tierra, bajo

nivel educativo y las condiciones de exclusión que atraviesan estos pueblos.

En el caso de la Argentina, se observa que numerosos pueblos indígenas presentan situaciones de gran vulnerabilidad en cuanto a su salud, pero cabe mencionar que el Estado, a pesar de las enormes limitaciones, dificultades y desaciertos de toda índole en proveer atención médica a la población, ha mejorado el acceso a los servicios de salud en los últimos 30 años. Al analizar los programas y políticas de salud dirigidos a los pueblos indígenas se observa que al menos en la última década se incorporó una línea de trabajo sobre pueblos originarios en el Ministerio de Salud de la Nación, como así también a nivel provincial, y que varias organizaciones no gubernamentales se encuentran desarrollando proyectos de prevención a la salud en comunidades indígenas. Sin embargo, la incorporación de la variable étnica en el sistema de salud pública y de un enfoque de epidemiología intercultural dista de ser la necesaria y óptima en relación a las demandas de los pueblos originarios (CUYUL; ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Aunque hay programas de salud que proponen un enfoque intercultural incorporando antropólogos u otros expertos, la atención basada en un respeto a la diferencia cultural ocurre en pocos casos y ha sido cuestionada por algunas autoras en cuanto a la falta de claridad en como se define la interculturalidad en las prácticas de la salud pública (LORENZETTI, 2010).

La relación de los pueblos indígenas con el sistema de salud público y sus efectores ha sido heterogénea y tensa. Por un lado, los pueblos originarios atraviesan situaciones de discriminación, falta de entendimiento de sus pautas culturales y de abandono por parte del sistema de salud público en algunos hospitales y comunidades, por el otro, han encontrado en médicos, enfermeros, agentes sanitarios y programas soluciones a graves problemas de salud y una substancial mejora en los índices de mortalidad infantil y desnutrición. Los programas de atención materno-infantil que atienden las necesidades de las mujeres argentinas también han tenido presencia y efectividad en comunidades indígenas desde hace ya casi 34 años cuando se crea el Programa de Atención Primaria a la Salud. Los casos más efectivos de mejoramiento de las condiciones sanitarias han sido aquellos en los cuales se incorporó a miembros de las comunidades en el desarrollo de las acciones sanitarias, es decir que se formó a agentes sanitarios y enfermeros nativos y se tomó en cuenta las necesidades de la comunidad. Asimismo, han habido acciones llevadas a cabo por

un médico y su equipo, una organización no gubernamental o un programa de desarrollo específico que han tenido resultados positivos no sólo en mejorar la situación sanitaria pero también en generar una relación y aceptación positiva de la salud pública por parte de la comunidad. La educación formal, los medios masivos de comunicación, y los cambios culturales que toman lugar a nivel generacional muestran una mayor incorporación de la biomedicina en las comunidades indígenas. De modo tal que el uso de determinados fármacos, vacunas y procedimientos médicos son ampliamente conocidos y aceptados en numerosas comunidades indígenas.

El objetivo de este texto es realizar un acercamiento a la relación de los programas de salud pública con los pueblos originarios en la Argentina enfocando específicamente en la atención a mujeres embarazadas guaraníes del norte del país en contextos rurales y periurbanos. En la primera parte presento una breve sinopsis de los programas de salud pública dirigidos hacia los pueblos originarios, con el objetivo de trazar un marco general de cómo el Estado, a través del Ministerio de Salud y de los programas específicos dirigido a los pueblos indígenas, ha conceptualizado la problemática de la salud en estas comunidades. En la segunda parte abordo el caso de la atención en torno a la salud reproductiva hacia las mujeres guaraníes del noroeste argentino, basado en mi investigación de campo llevada a cabo en comunidades de la provincia de Salta, en el noroeste del país. Asimismo, analizo cómo han sido incorporados los preceptos y las prácticas de la salud pública materno-infantil por las mujeres guaraníes y como articulan los mandatos de la generación de sus madres y abuelas con los que les transmiten los efectores de salud. Se incluyen también las opiniones de los médicos que atienden a las mujeres, a fin de comprender la dinámica de interculturalidad entre efectores de salud pública y mujeres indígenas. De modo tal que se examina la relación y la aceptación de la salud pública en la vida de mujeres jóvenes guaraníes y que efecto esto ha tenido en sus prácticas reproductivas.

Salud pública y pueblos indígenas

En la Argentina la relación de los pueblos indígenas con el Estado y la sociedad nacional ha estado marcada por procesos de violencia, invisibilización y discriminación que lentamente en las últimas tres décadas han comenzado a ser revertidos en el marco de la

democratización del país, los cambios legislativos y las movilizaciones de los pueblos indígenas (GORDILLO; HIRSCH, 2010). En cuanto a la atención a la salud, las políticas del Estado han sido diversas, fluctuantes y han tenido momentos de ausencias, intervención, y de dependencia en instituciones como la iglesia para proveer los servicios sanitarios a la población indígena.

Desde una perspectiva histórica y enfocando en el noroeste del país, los primeros hospitales surgen, como es el caso de la provincia de Salta en el siglo XVIII y en Jujuy a mediados del siglo XIX, atendidos generalmente por órdenes religiosas. Sin embargo, al estar localizados en las capitales provinciales no eran accesibles a los indígenas que vivían en comunidades rurales. Los diversos grupos religiosos tanto católicos como protestantes que establecieron misiones en comunidades indígenas a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se hicieron cargo de proveer servicios de salud básicos en los asentamientos rurales. A partir de las primeras décadas del siglo XX, misioneros protestantes (Anglicanos, Pentecostales) establecieron dispensarios en los cuales proveían medicamentos y tratamientos básicos, fundamentalmente entre los wichí, toba y chorote. En esta misma época los franciscanos fundan una serie de misiones entre los guaraníes de Salta en las cuales construyen postas sanitarias que son atendidas por monjas.

Los pueblos indígenas del norte y de la región del chaco argentino desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX migraban estacionalmente a los ingenios azucareros establecidos en el norte argentino. En el informe elaborado por Biale Masse (1986, p. 86) sobre la situación de la clase obrera en la Argentina en 1904, este indica que en el Ingenio La Esperanza de la provincia de Jujuy, “En las enfermedades ordinarias se da asistencia médica y botica al cristiano, al indio solo la ración”. Biale Masse también menciona la propagación de enfermedades como la tuberculosis y la falta de higiene en los ingenios. Para la década de 1930 se comienzan a observar algunos cambios: en particular en los ingenios más grandes y modernos donde se instalaron servicios de salud provistos por los dueños de estas empresas para atender a los trabajadores. Para muchos indígenas este fue el primer contacto con la biomedicina dado que estos pequeños hospitales proveían, aún con limitaciones, atención a la salud y acceso a medicamentos. Uno de los primeros fue el del Ingenio San Martín del Tabacal creado en 1919 y ubicado en Orán (provincia de Salta), en el cual trabajaban cientos de indígenas de Argentina y Bolivia. El hospital del ingenio se creó en 1934 y era atendido por las Hermanas Franciscanas de María (SWEENEY;

DOMINGUEZ BENAVIDES, 1998). Ahora bien, no todos los indígenas que necesitaban atención médica la recibían, algunos grupos como los wichí, tobas y chorotes preferían recurrir a sus chamanes y a su medicina tradicional, que asistir al hospital del ingenio, del cual se sentían excluidos y discriminados y que además no formaba parte de su manera de conceptualizar y atender las enfermedades.

Las condiciones de trabajo en estos ingenios eran sumamente adversas para los pueblos indígenas y causaban serias situaciones sanitarias y una alta mortalidad infantil. Asimismo, se registraban brotes de paludismo y tuberculosis, lo cual exponía a los trabajadores indígenas a enfermedades graves que desconocían. Para paliar esta situación y con el objetivo de mantener a una población trabajadora activa, se realizaban campañas de atención a la población que se implementaban en casos de emergencia y de brotes epidémicos.

En la década de 1940 se desarrollan una serie de políticas sociales de gran envergadura en el país. En esta década, el Estado asume la responsabilidad del derecho a la salud, como así también las organizaciones sindicales y estatales llevarán al desarrollo de las “obras sociales” que brindan acceso a servicios de salud a los afiliados. A partir de la fundación del Ministerio de Salud de la Nación¹ y bajo la influencia de una gran sanitarista argentino, el Dr. Ramón Carrillo, se desarrollaron una serie de medidas en torno a la salud pública que incluían medicina preventiva y materno-infantil. Ahora bien, y como veremos más adelante, anterior a la creación del ministerio existían programas de atención a la salud, en particular de atención a la salud materno-infantil.

La Argentina ha tenido desde la década de 1930 una política sanitarista que ha contemplado la atención hacia la salud de la mujer embarazada y el recién nacido como parte de una visión maternalista y pro-natalista que potenciaba la importancia de la salud de la mujeres en cuanto a la gestación, parto y atención de infantes. Esto se imbricaba con una ideología que enfatizaba las prácticas maternas aceptables y adecuadas, y generaba por lo tanto una buena maternidad según las normas establecidas por la salud pública oficial. Esta política sanitarista se intensificó en la década del 1940 y 1950, y tuvo un impacto posterior en las mujeres indígenas, quienes a partir de diversos programas fueron incorporando la biomedicina como parte de sus prácticas reproductivas

¹ En 1949 se funda el Ministerio de Salud Pública, pero este fue disuelto y vuelto a fundar con diferentes nombres en varias ocasiones.

y de cuidado de sus hijos. Con respecto a esto, es importante remarcar que al igual que otros países latinoamericanos, la población indígena en la Argentina es diversa, y esto implica que hay grupos que se encuentran con mayor y mejor acceso a los servicios de salud ya sea por su ubicación geográfica, sus características socio-culturales y económicas, y otros cuyo emplazamiento es de difícil acceso y además su relación con la sociedad nacional, y el estado ha sido sumamente tensa marcada por prácticas de exclusión y discriminación.²

Un cambio importante en la atención a la salud de los pueblos originarios se va a dar a partir de la presencia de hospitales que comienzan a funcionar a fines de la década de 1940 y 1950 en ciudades más pequeñas y a los cuales asistían indígenas que vivían en la periferia de estas ciudades o comunidades rurales de los alrededores. Algunos relatos registrados entre los tapietes de Salta que actualmente viven en la ciudad de Tartagal, revelaron que algunas familias con miembros que padecían de tuberculosis migraron de Bolivia al norte argentino para recibir atención médica. Estas familias habían recibido información de misioneros evangélicos que en Argentina se podía curar la tuberculosis, lo cual motivó a que estas familias migraran para buscar atención en el hospital de la ciudad de Tartagal. De modo tal que el trabajo en los ingenios, el proceso de sedentarización y la presencia de misioneros son algunos de los factores que van a vincular a los pueblos indígenas con las prácticas de la biomedicina.

Un hito de relevancia es la creación del área de Atención Primaria a la Salud, en el marco de la salud pública, que se funda a fines de la década de 1970.³ A partir de este momento, se intensifica la construcción de postas sanitarias – Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) – en comunidades indígenas, se inicia el proceso de formación de agentes sanitarios y enfermeras o enfermeros criollos e indígenas, y la atención provista por médicos que van a comenzar a brindar servicios de salud en comunidades rurales y periféricas de forma sistemática. Entonces, la presencia de APS va a constituir un momento fundacional en generar una relación más continua y de intervención de los pueblos indígenas con

² En la Argentina actualmente hay 23 pueblos que se autoreconocen como indígenas, según la encuesta realizada en los años 2004-2005, por un total de 600.000 personas, 2.8% del total del país (ECPI).

³ En la Argentina, los servicios de salud se organizan en tres unidades: el público, el privado y el de las obras sociales. El área de Atención Primaria a la Salud es parte de los servicios de salud pública.

la salud pública y en particular de las mujeres, debido al énfasis puesto en la salud materno-infantil. Asimismo, otros programas van a formar parte de APS a fin de asegurar una mejor y más completa cobertura de la salud y participación de los beneficiarios (Programa Remediar que provee la distribución de medicamentos, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa de Salud Infantil y Materna, Plan Nacer atención materno-infantil, Programa Nacional de Paludismo, entre otros).

Las políticas sanitarias han visualizado a los pueblos indígenas como grupos “vulnerables” en situación de riesgo, y esta visión es la que va a generar programas asistenciales que se van a desarrollar en casos considerados de emergencia, por ejemplo cuando ocurrió la epidemia de cólera en 1992, los brotes de dengue, inundaciones, y el aumento de la mortalidad infantil por desnutrición consecuencia del deterioro socio-económico del país, las políticas neoliberales y la falta de políticas públicas acordes a la situación particular de los actores sociales en cuestión. El brote de cólera que tuvo su foco principal en la zona del río Pilcomayo entre Bolivia y Argentina y que afectó principalmente a las comunidades wichí y chorote allí asentadas, marcó un momento de cuestionamiento en torno a las deficiencias en la provisión y accesibilidad de la salud pública de los pueblos indígenas. Como indica Lorenzetti (2010, p. 53) “el problema cólera”, leído en términos culturales, ponía en marcha un programa destinado a la formación de agentes sanitarios indígenas que debían ampliar la cobertura de la APS, cuya tarea sería “educar” los “buenos hábitos” de salud tendientes a modificar aquellos aspectos “culturales” considerados causantes de las “condiciones socio-económicas desfavorables”. Lo que indica que el brote de cólera generó discursos impregnados de prejuicio y descalificación hacia las prácticas culturales de los pueblos indígenas. Asimismo, los casos de mortalidad infantil ocurridos en el 2007 entre los toba de Formosa y en sucesivos años en el chaco salteño generaron programas de emergencia para paliar estas situaciones, pero también generaron discursos a nivel de los funcionarios provinciales, que planteaban que a causa de las prácticas culturales de los indígenas, estos son más proclives a ciertos hábitos alimentarios y económicos negativos para el desarrollo de sus hijos. Los programas implementados en respuesta a emergencias lograron paliar algunas situaciones pero no contemplan una visión a largo plazo que plantee la inclusión social y económica de los pueblos indígenas y una visión intercultural de la salud.

Cabe mencionar que en la última década han surgido dos

programas importantes y dirigidos específicamente a la población indígena que contemplan, aún con ciertas limitaciones y cuestionamientos, un abordaje “intercultural” a la salud de los pueblos indígenas, estos son:

- 1) Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI);
- 2) Programa Nacional de Médicos Comunitarios.

El Estado y los programas de salud para pueblos indígenas: ANAHI y Medicos Comunitarios

Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)

El programa ANAHI⁴ fue creado en el año 2000 y ha tenido como objetivo mejorar la calidad de la atención médica, las condiciones de acceso a los servicios de salud y desarrollar actividades de prevención y participación comunitaria y capacitación de agentes sanitarios indígenas en el marco de pautas interculturales. Este programa apela a un enfoque de interculturalidad, según sostiene el Ministerio de Salud, y los agentes sanitarios indígenas constituyen un nexo fundamental con la comunidad al facilitar el acceso de las comunidades a la salud pública. Según Lorenzetti (2010, p. 9) “El impulso a relanzar un “programa especial” apelando al reconocimiento de pautas culturales y creencias ancestrales descansaba, entonces, en concebir al indígena como “facilitador intercultural” que contribuiría a limar las “interferencias” que estarían impidiendo la accesibilidad a los servicios de salud. La retórica de tornar los programas “participativos” aparecía con fuerza. En ese marco, el indígena, como portador de un “capital social”, era invocado para ser incorporado en la gestión de las intervenciones, atribuyéndole capacidad para el cambio”. El programa se desarrolló en algunas provincias (Jujuy, Salta, Tucumán, Chaco, Formosa y Misiones) logrando resultados desiguales y generando cuestionamientos en torno a la forma de acercamiento a las comunidades indígenas.

⁴ El programa ANAHI es sucesor de un programa que fue creado en 1993 en las zonas de riesgo por el cólera que fue denominado “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes”.

Programa Nacional de Médicos Comunitarios

Es un programa que forma parte del Plan Federal de Salud como un área de fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud, y que surge en el año 2005 pero cuya duración fue menor a los dos años. Este programa intentó un abordaje intercultural basado en el respeto por la especificidad cultural de los pueblos indígenas. Se conformaron 16 equipos interdisciplinarios que incluían 2 médicos, 1 enfermero, 1 obstetra, 1 trabajador social y 1 antropólogo y el programa se estableció en 11 provincias del país. Se creó un “Posgrado en Salud Social y Comunitaria orientado a Pueblos Originarios” y se brindó capacitación en Buenos Aires a los equipos. Este programa confrontó serios problemas en las comunidades como ser la falta de alimentos y pobreza estructural que limitaba la posibilidad de mejorar la situación nutricional de la comunidad. A nivel comunitario, el equipo concentró sus actividades en brindar información y atención materno-infantil, atención médica ambulatoria, y articulación entre los distintos centros de salud como ser el hospital, y el CAPS comunitario (LORENZETTI, 2010, p. 59). Este programa realizaba reuniones en las comunidades y planeaba actividades en torno a la salud materno-infantil, sin embargo la falta de recursos económicos, insumos, y una formación más específica para enfrentar situaciones en terreno distaba de facilitar la labor del equipo.

Tanto el programa ANAHI como el de médicos comunitarios incorporaron a agentes sanitarios indígenas, algunos de los cuales aún no tenían la adecuada capacitación y además, su situación laboral era precaria (en cuanto a contratos y salarios). Al mismo tiempo, como estos programas no tuvieron continuidad, fue limitada su operatividad en las comunidades indígenas.

Asimismo los programas de salud que dependen del Ministerio de Salud a nivel nacional, no coordinan las actividades entre sí o con los programas de salud locales, y además no se produce el seguimiento necesario. De igual forma, se observa una ausencia de sistematización en los datos epidemiológicos, y no se cuenta con suficientes datos desagregados por grupo indígena – lo cual constituye un insumo fundamental para la elaboración de políticas y programas de salud. En suma, la cobertura de salud con mayor efectividad es la que se realiza a través de los hospitales zonales y los centros de salud periféricos, a los cuales llegan los pacientes, y a través de los cuales se realizan derivaciones en casos de gravedad.

Los agentes sanitarios indígenas y no indígenas constituyen un importante nexo articulador entre lo local, es decir la comunidad y el hospital, pero también es limitado lo que pueden realizar por la misma limitante de su formación, y por su falta de poder en la toma de decisiones. Asimismo, como indica Lorenzetti (2010), recae sobre los agentes sanitarios indígenas una doble y tensa presión: ser miembros de sus comunidades y un nexo con el sistema de salud pública, como ser también parte de ese sistema de salud pública que debe transmitir determinados preceptos y prácticas del Ministerio de Salud que son gestados en otros ámbitos y que desconocen la realidad local.

A nivel local y micro, hay varios casos en el país en los cuales se han producido notables mejoras en la salud de la población a partir del trabajo realizado por médicos rurales, con el apoyo de las comunidades y de los agentes sanitarios. Estos equipos han llevado a cabo proyectos de atención y mejoramiento de la salud, abordando las necesidades locales y tomando en cuenta la especificidad cultural. Estos casos si bien son limitados, han mostrado la posibilidad de realizar cambios, resultando en la mejora de las condiciones de salud desde un enfoque intercultural, con los recursos del Estado.

Algunos ejemplos de este tipo de intervención incluyen: el trabajo del Dr. Tomás Torres como médico y director del hospital de Iruya (en la provincia de Salta), quien trabajó con los agentes sanitarios para lograr una reducción de la mortalidad materno-infantil incorporando las necesidades y las prácticas culturales de las mujeres (TORRES ALIAGA; TORRES SECCHI, 2010). Otro caso es el de la capacitación de parteras indígenas llevadas a cabo en la provincia del Chaco entre mujeres wichí y tobas, financiado por Unicef y a cargo del antropólogo Marcelino Fontán (1999) que ayudó a mejorar el parto hospitalario y disminuir la mortalidad materna, o el trabajo del Dr. Esteban Maradona que trabajó en comunidades wichi, toba, mocoví y pilaga, y ayudó a reducir la incidencia de mal de Chagas y lepra. Estos ejemplos son casos aislados y, por lo tanto, no constituyen políticas de salud hacia la población indígena que logren cambiar estructuras de exclusión, pero ejemplifican que, aún dentro de ciertos contextos, es factible realizar cambios y mejoramiento de la situación sanitaria que contemplan un pleno respeto a la especificidad cultural y las prácticas de la población local.

Mujeres indígenas y las prácticas sanitarias

A fines del siglo XIX, la política de la Argentina bajo la influencia del grupo de políticos e intelectuales denominado “Generación del 80”, incentivó el poblamiento del país fundamentalmente con europeos o descendientes de europeos, invisibilizando y negando la presencia indígena, como así también sosteniendo prácticas de aniquilamiento de la población originaria. Sin embargo, no hubo en el país una política de control de la natalidad, como se observa en otros países latinoamericanos, en especial México, hacia los pueblos indígenas y tampoco hacia el resto de la población. Los procesos de modernización y progreso nacional estuvieron acompañados de corrientes eugenésicas que se consolidaron en la década del treinta del siglo XX. En 1936 se aprobó la “Ley de la Madre y el Niño” mediante la cual se creó la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia que nació bajo la supervisión del Departamento Nacional de Higiene.⁵

En 1937, se creó el Programa Nacional Materno-Infantil (PNMI) para atender a la población clasificada en el indicador del índice de necesidades básicas insatisfechas. Uno de los objetivos de este programa era lograr la disminución de la mortalidad materna e infantil en todas sus manifestaciones, la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, el control de la salud de las mujeres en edad fértil, la promoción de la lactancia materna y el fomento de la atención institucional del parto (ACUÑA; CHUDNOVSKY, 2002; IDIART, 2007). Cómo ha sido mencionado anteriormente, a fines de la década del 1940 y principios de la década del 1950 el Estado incentiva la salud pública a través de la creación del Ministerio de Salud Pública (1949) y de hospitales y políticas de prevención de la salud. La instalación de hospitales en ciudades del interior del país que atienden a la población indígena y el desarrollo en la década del 1970 de la Atención Primaria a la Salud, van a acercar paulatinamente a las mujeres indígenas a las prácticas del parto hospitalario, y la atención de las enfermedades de la niñez.

Si bien el ingreso de la salud pública en las comunidades indígenas fue tardío con respecto a otras áreas del país, la presencia de hospitales, centros de salud comunitarios, agentes sanitarios y médicos en las comunidades ha tenido un impacto en las prácticas reproductivas, y en

⁵ Cf. IDIART, 2007.

el ejercicio de la maternidad entre las mujeres indígenas.

En la Argentina, el programa de Atención Primaria a la Salud implementó un sistema de redes de servicios de salud para ampliar su cobertura y lograr una atención integral de la población más vulnerable (MACEIRA, 2010). En este programa se desarrolló una estructura sanitaria dividida en niveles de atención: en el primer nivel de contacto con las comunidades, están los agentes sanitarios que operan desde Centros de Atención Primaria a la Salud (conocidos como CAPS, y que la gente denomina “salita”) cuya función es atender las necesidades básicas de salud de las comunidades rurales y periurbanas; en segundo lugar se encuentra el médico, quien visita con regularidad las comunidades.

En los CAPS se observa mayoritariamente la presencia de mujeres y niños que necesitan hacerse controles o recurren para atender alguna dolencia de los niños. Según indican Asy y Buriyovich, en la década del 1990,

la APS pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia destinados a los llamados “grupos vulnerables” de la población. La APS se transformó en una herramienta central en los programas de atención a la pobreza extrema. Un ejemplo claro de un modelo de política social, en donde ésta se limita a cumplir la función de una “ambulancia” que recoge los heridos que deja la política económica. (ASE; BURIJOVICH, 2009, p. 39).

Esta situación de emergencia en la cual actuaba la APS en este período le dio mayor visibilidad y empuje a las prácticas de cuidado y prevención de la biomedicina entre las mujeres indígenas.

En el año 2007 se realizó un informe basado en una extensa encuesta sobre las condiciones de salud materno-infantil de los pueblos originarios. Se realizaron 5.159 encuestas a mujeres embarazadas, púerperas y madres de hijos menores de 6 años (INFORME FINAL, 2007). Entre los numerosos datos que aporta esta encuesta se incluye a continuación un breve punteo de algunos aspectos destacados:

- uso de los servicios de salud: 86% de cada 100 respuestas mencionaron el uso del sistema de salud público como instancia de consulta ante problemas de salud y las mujeres que consultan a curanderas también consultan los centros de

- salud ante problemas de salud;
- 94 de cada 100 mujeres concurren al centro de salud y hospital en los doce meses anteriores a la encuesta;
- 88 de cada 100 embarazadas y puérperas realizaron consultas para el control del embarazo;
- 87 de cada 100 mujeres fueron atendidas en el parto en establecimientos de salud;
- 96 de cada cien madres de hijos menores de 6 años realizaron consultas por el embarazo de su último hijo;
- más de 4 de cada 10 mujeres pertenecientes a pueblos originarios afirman que existe trato discriminatorio en el sistema público de salud a personas pertenecientes a pueblos originarios;
- la discriminación se da en general en zonas urbanas;
- alrededor de la mitad de las mujeres afirma conocer y utilizar métodos anticonceptivos.

Esta encuesta indica que en términos generales, la población indígena no rechaza el sistema de salud, por el contrario la utiliza para la atención propia y de sus hijos. Este estudio concluye que la población indígena acude al sistema de salud público, pero no ocurre lo inverso, es decir que el Estado no acude a esta población o lo hace de manera fragmentaria, incompleta o con falta de continuidad. Sigue existiendo un alto porcentaje de causas de muerte altamente prevenibles en niños, un bajo número de ingestas diarias de alimentos básicos y no hay un sistemático abordaje a la salud preventiva, salvo en cuanto a la vacunación.

Según argumenta Drovetta (2009) en un estudio realizado en comunidades indígenas de la provincia de Jujuy, el objetivo del programa de Atención Primaria a la Salud, se basa en la identificación de las mujeres en edad reproductiva y, en sus palabras, en la “captación” de las mujeres embarazadas para lograr un efectivo seguimiento del embarazo que culmine en un parto “normal” y sin complicaciones. Aun cuando la puesta en marcha del programa de APS en las comunidades indígenas significó una alta reducción en las tasas de morbi-mortalidad en la población infantil y materna, también vino acompañado de una notable desaparición e invisibilización de las prácticas y saberes indígenas.

Contexto socio-histórico de las comunidades guaraníes

La investigación⁶ en la cual se basa este artículo se llevó a cabo en comunidades rurales y peri-urbanas guaraníes de la provincia de Salta, en el noroeste argentino. La presencia de guaraníes en la zona data del siglo XVIII, pero algunas comunidades se formaron a principios del siglo XX a partir de las migraciones estacionales de cientos de guaraníes de Bolivia al norte argentino para trabajar en los ingenios azucareros y fincas de la región, y como resultado de la guerra del Chaco entre Bolivia y Paraguay (1932-1935) que llevó a la migración y asentamiento permanente en la Argentina. En las comunidades rurales, algunas familias se dedican a la agricultura, pero en su mayoría, se dedican a trabajos asalariados temporales y permanentes. Las mujeres trabajan fuera del hogar vendiendo el producto agrícola, en el servicio doméstico o instalan pequeñas tiendas o venta de alimentos en sus casas, y reciben subsidios sociales. En las comunidades peri-urbanas, la gente también recurre al trabajo asalariado temporal y permanente y algunas de las mujeres se emplean en el servicio doméstico y también reciben subsidios sociales.

En todas las comunidades tanto rurales como peri-urbanas hay escuelas primarias, y en algunas de ellas escuelas secundarias – cada vez más accesible para las generaciones más jóvenes –, y acceso a los medios de comunicación (radio, televisión, Internet). En las comunidades peri-urbanas se observa la pérdida de la lengua guaraní y un marcado cambio generacional en cuanto a las prácticas culturales y la adscripción identitaria. A pesar de las diferencias intergeneracionales, la presencia de madres y abuelas constituye una importante influencia en la vida de las mujeres jóvenes y la fuente de transmisión de saberes propios de la tradición guaraní.

Las jóvenes guaraníes han estado en contacto con los agentes de salud pública desde su infancia, pero también las mujeres adultas mayores de 50 años también han tenido acceso, aunque limitado, a los servicios de salud. Por ejemplo, en la comunidad rural Yacuy, las

⁶ Los datos en los cuales se basa una parte sustancial de este artículo fueron recabados como parte del proyecto Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes y jóvenes guaraníes de la provincia de Salta: análisis de representaciones y prácticas y su relación con el sistema de salud público, 2009-2010, Beca de investigación “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, financiado por el Ministerio de Salud de la Nación.

mujeres mayores recuerdan que en su infancia (en la década de 1960) había una posta sanitaria en su comunidad y que esta era atendida por un enfermero guaraní y posteriormente comenzaron a llegar las visitas de médicos del hospital. Estas mujeres recuerdan que los primeros médicos que llegaron regularmente a la comunidad insistían en la importancia del parto hospitalario.

Hacia fines de la década de 1970 se establecen en la mayoría de las comunidades rurales y peri-urbana los Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS). En las comunidades con mayor población estos centros son atendidos todos los días por un enfermero y dos veces a la semana concurre un médico clínico, un pediatra y un ginecólogo. Asimismo, entre 1 y 3 agentes sanitarios, según el tamaño de la comunidad, realizan las visitas domiciliarias. En caso de enfermedades graves, fiebres elevadas o situaciones que no pueden ser atendidas por el enfermero u enfermera, los habitantes de la comunidad de Yacuy acuden al hospital de la ciudad de Aguaray (Hospital "Dr. Guemes"), mientras que los de las comunidades peri-urbanas de Cherenta, 9 de Julio y otras, asisten al hospital "Juan D. Perón" de la ciudad de Tartagal.

A partir del establecimiento de las postas sanitarias, los controles de los agentes sanitarios, las campañas de vacunación y la visita de médicos del hospital, la salud pública se inserta en la vida de las familias guaraníes. Una de las tareas de los agentes sanitarios en sus rondas (visitas domiciliarias) en la comunidad es la detección de mujeres embarazadas; a las cuales les indican que se hagan los controles prenatales, y revisan si han hechos estos controles en una cartilla que tienen las mujeres durante el embarazo. Asimismo, los y las agentes sanitarios también brindan información sobre el cuidado durante el embarazo y el postparto.

Relaciones entre los efectores de salud, sus prácticas medicas y las mujeres guaraníes

Las recomendaciones de los agentes sanitarios y de los médicos que atienden a las mujeres tanto en el centro de salud local como en la comunidad ha tenido un fuerte impacto en el exponencial incremento de los partos hospitalarios en particular en las comunidades rurales, dado que en las peri-urbanas hay una mayor la facilidad de acceso al hospital. De modo tal que los partos que solían ser en su mayoría domiciliarios hace unas tres décadas atrás, en la actualidad se realizan en el hospital: el 90% de los partos son hospitalarios, y el 90% de las mujeres se han

hecho al menos dos controles prenatales atendidas por un ginecólogo del hospital zonal (HIRSCH, 2010). Las razones que explican el hecho de que algunos partos no hayan sido hospitalarios pueden ser tanto que la ambulancia no llegó a tiempo, como que la mujer no pudo desplazarse al hospital.

Este alto porcentaje de hospitalización del parto evidencia la influencia de las acciones de los programas de salud materno-infantil y de la presencia de los agentes de salud pública en las comunidades. El parto hospitalario se tornó la norma establecida para dar a luz de la forma más aceptable y correcta pues, como indica Foucault (1990), la biomedicina crea una concepción de la persona que se centra en el individuo y que incorpora el dispositivo hospitalario como forma de medicalización. Pero también opera aquí la información que circula entre las mujeres.

Varias jóvenes indicaron que dar a luz les “da miedo”, temen que le ocurra algo al bebé o sufrir dolor por lo tanto prefieren ir al hospital para ser atendidas por un equipo médico. Esta noción del dolor y del temor en el parto constituye una nueva forma de percibir el parto, pero pone de manifiesto también la injerencia del sistema de salud público en las prácticas reproductivas de las mujeres.

En entrevistas realizadas a los médicos ginecólogos que trabajan en la zona, uno de ellos manifestó lo siguiente:

Las mujeres están cumpliendo con el control pre-natal, no le digo los cinco controles básicos pero aunque sea dos tienen y hay otras que se destacan porque tienen sus siete controles, pero tratan por todos los medios, son muy pocos los que vienen sin control, pero la mayoría aunque sea un control tienen. (Médico ginecólogo, Hospital de Tartagal, 2009).

El siguiente testimonio de un ginecólogo ejemplifica los cambios en las actitudes y prácticas de las pacientes adolescentes:

Se nota que el aborigen está mucho más informado, se da un poco más con los médicos, con la gente de salud pero a pesar de estar más informados como que no les interesa digamos lo que es la anti-concepción. A partir de los 12-13 años que ya se han desarrollado, ellas ya están dispuestas a ser madres, en cualquier momento, no les preocupa, las ves contentas de que tiene su embarazo es totalmente distinto a lo que es la población criolla que un embarazo en una adolescente es algo no deseado. (Médico ginecólogo, Hospital J. D. Perón, Tartagal, 2009).

En esta línea, el Dr. B también observó que:

Apenas tienen su menarca ya están dispuestas a tener relaciones, inmediatamente, o sea, en a cultura de ellos la mujer desde que tiene su menarca se convierte en mujer directamente, no en adolescente, como en la cultura nuestra, ella a partir de ahí puede ser madre, esa es la cultura de ella. (Médico ginecólogo, Hospital J. D. Perón, Tartagal, 2010).

Estos dos testimonios ponen de manifiesto un mayor acercamiento a la salud pública por parte de las mujeres y también que los médicos reconocen en las mujeres indígenas una valoración cultural del embarazo y la maternidad. Al mismo tiempo, los médicos coinciden en calificar de perjudicial la intervención de parteras tradicionales en la atención de las mujeres embarazadas, indicando que a través de los masajes y la “manteada”⁷ que le realizan a la embarazada – con el objetivo de acomodar él bebe y de aliviar dolores – pueden poner en peligro la vida del feto.

Apenas yo llegue acá, la embarazada me decía: “acomoda al chico”, entonces uno le hablaba y le explicaba que eso era peligroso porque llegan muchos fetos muertos, por circular de cordón porque estaba de colita y lo obligaban a darse vuelta y en realidad está de cola porque tenía un circular que le impedía que se dé vuelta, con una cesárea hubiera evitado eso pero ellos obligan al chico a dar vuelta y todo eso y aparentemente se cuentan entre ellos, ellos no te cuentan me lo hice acomodar digamos, pero te preguntan ¿me lo podés acomodar? (Médico ginecólogo, Hospital J. D. Perón, Tartagal, 2009).

Otro médico ginecólogo coincidió con la observación arriba citada:

A veces vemos casos con las circulares de cordón, entonces alguna vez tenemos muerte por eso porque al acomodar al chico le das vuelta entonces el cordón se te va envolviendo. Lo llaman aquí “mantiar”, a veces en la comunidad los quieren tener ahí en su casa, pero siempre van al control.

⁷ Los masajes consisten en friccionar el vientre de las madres y la cintura cuando sienten dolores durante el embarazo. La “manteada” se refiere a la manipulación del feto para acomodarlo en el vientre materno.

Los médicos reconocen la paulatina aceptación de las prácticas médicas y también su propia incidencia en descalificar las prácticas de las parteras empíricas que ellos estiman negativas para la salud del neonato y la embarazada. Ahora bien, si APS, los efectores de salud pública y la educación han tenido un rol preponderante en el proceso de aceptación de la medicina moderna, esto no necesariamente implica que las mujeres incorporen nociones de medicina preventiva y que acudan a los profesionales de la salud cuando tienen síntomas anormales para ellas como la amenorrea, sangrado vaginal u otros trastornos. Estos son considerados como menores, pasajeros, y constituyen parte de una esfera muy privada e íntima, y solamente consultan a un profesional, cuando los síntomas se tornan dolorosos o preocupantes o manifiestan cambios abruptos.

Las mujeres desconocen que pueden acceder a exámenes de control ginecológico, o consideran que no lo necesitan y que además el acceso a estos exámenes se torna dificultoso (por ejemplo solicitar un turno en el hospital, la espera, el traslado al hospital). Es decir que la prevención es un concepto que aún no se ha instalado en las prácticas de la salud de las mujeres indígenas, con excepción de los controles prenatales, en los cuales el sistema de salud público ha tenido una profunda influencia.

En cuanto al parto, emerge lo que Jordan (1993) denomina como “saberes autorizados”: el parto debe ser hospitalario porque de lo contrario la mujer siente que pone en peligro su vida y la de su hijo, porque esto fue lo que le indicó el agente sanitario y el médico. En este ámbito, el espacio doméstico y la transmisión intergeneracional de saberes se limitan a la práctica de dar consejos a la hora de dar a luz.

Prácticas persistentes y prácticas cambiantes

Se observa que las mujeres guaraníes mantienen prácticas y creencias en torno al embarazo, el parto y el post-parto que les transmitieron sus madres y abuelas. Por ejemplo, durante el embarazo las mujeres siguen una serie de restricciones alimenticias y de actividades indicadas por sus madres y abuelas, y lo mismo ocurre con el post-parto, período que según la generación mayor es de mucho cuidado para no causar malestar, enfermedades tanto a la madre, el padre y el recién nacido (HIRSCH; AMADOR OSPINA, 2011). En este sentido se podría decir que las indicaciones de madres y abuelas constituyen medidas preventivas, que cumplen la función de proteger la salud del

recién nacido, como así también integran el rol del padre en el desarrollo del niño. Por ejemplo, las mujeres guaraníes indican que después del parto se debe respetar el período de entre 2 y 6 meses sin relaciones sexuales, y que el hombre no debe realizar determinadas tareas (cazar, hachar, estar cerca del fuego), para no afectar la salud del recién nacido. Asimismo, estas jóvenes mujeres son quienes llevarán a sus hijos a los controles post-natales, y serán visitadas por los agentes sanitarios para monitorear el crecimiento y bienestar del niño.

Algunas mujeres continúan consultando a las parteras empíricas, en caso de dolores, pero con menor frecuencia que hace dos y tres décadas atrás, y no recurren a ellas para la atención del parto. En una entrevista realizada a la partera empírica de una comunidad, esta indicó que décadas atrás ella atendía la mayor parte de los partos de la comunidad, y que actualmente sólo la consultan por dolores y molestias durante el embarazo y enfermedades de la infancia.

Asimismo, se ha desprestigiado el rol de la partera tradicional; y ha sido reemplazada por los efectores de salud pública. En este sentido, no se observaron diferencias en las comunidades rurales y peri-urbanas: en ambos casos hay pocas mujeres que recurren a las parteras empíricas. Sin embargo, se considera que la partera no posee la formación adecuada para atender a la mujer. El hospital en este sentido representa el saber autorizado, legitimado, bajo el cual la vida de la mujer y su hijo van a estar debidamente atendidos y cuidados. Esto se diferencia de otros contextos en el país donde se dio una capacitación a parteras empíricas para atender partos domiciliarios con medidas de higiene y prevención (FONTÁN, 1999).

La red conformada por el sistema biomédico convive, negocia y entra en tensión con prácticas en torno a la salud y la enfermedad que provienen de las mujeres guaraníes y que, si bien tienden a ser desprestigiadas y criticadas por los agentes de salud pública, continúan persistiendo. Las madres, abuelas y otros miembros de la familia juegan un rol importante en las decisiones en torno a la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, produciendo la convivencia de diversos saberes y prácticas. Es decir que las jóvenes embarazadas siguen las prescripciones de la generación mayor, a veces acuden a la partera tradicional, pero también realizan los controles prenatales y el parto hospitalario. Las madres y abuelas de algunas jóvenes les recomiendan e incluso acompañan a visitar a la partera empírica, pero también aconsejan a sus hijas que vayan a realizarse los controles prenatales en los centros de salud, y también sus hermanas y amigas inciden en esta decisión.

En sus prácticas del cuidado de sus hijos, las mujeres indígenas también han incorporado las prescripciones de la salud pública en relación a lo que constituye una buena maternidad, aquella que se valoriza si la madre acude al centro de salud cuando sus hijos se enferman, que acepta los medicamentos recetados, y realiza los cuidados indicados por los efectores de salud pública. Por lo cual se construye una maternidad mediada fuertemente por la salud pública.

Las mujeres indígenas jóvenes están desarrollando una capacidad de agencia en cuanto a las decisiones sobre sus propios cuerpos y sus prácticas reproductivas. Con frecuencia los objetivos del sistema de salud público y de las propias comunidades no son los mismos porque los pueblos originarios consideran que sus pautas o prácticas culturales son denigradas o porque no comprenden las de la biomedicina. El acceso a la salud brindó a las mujeres jóvenes la posibilidad de conocer métodos anticonceptivos, el uso de medicamentos farmacéuticos y de transitar entre diversos saberes y prácticas. En el caso aquí descrito se producen acercamientos entre la biomedicina y las prácticas de la salud de las mujeres guaraníes, si bien las mujeres niegan o no comunican a los médicos sus propias prácticas bajo temor de ser criticadas o regañadas por haber recurrido a parteras tradicionales o a plantas medicinales.

Los conocimientos y prácticas guaraníes en torno a la reproducción atraviesan diferentes procesos: por un lado se incorporan las recomendaciones del sistema de salud pública y se ponen bajo los cuidados y dispositivos de los agentes sanitarios, enfermeros y ginecólogos, por el otro, un repliegue hacia el espacio doméstico en el cual algunas prácticas y conocimientos permanecen resguardadas y no intervenidas. En este contexto se produce una intermedicalidad, un espacio en el cual interactúan diferentes sistemas y prácticas de la salud, con tensiones, imposiciones, intervenciones pero donde también se producen algunos diálogos e intercambios (FOLLÉR, 2004).

Las mujeres guaraníes han aceptado abiertamente la biomedicina, en particular en cuanto a la atención materno-infantil, y como indican autores como Langdon y Follér (2012), no se debe solamente a la eficacia terapéutica sino que inciden factores políticos e ideológicos, en los cuales la salud pública representa un modelo de dominación que niega la presencia de otros conocimientos terapéuticos.

Las mujeres guaraníes han estado familiarizadas con la salud pública por varias décadas y reconocen los beneficios de esta, pero también reconocen la situación de asimetría que se produce frente al profesional de la salud. Las dificultades de acercamiento a la

biomedicina de las mujeres mayores se debe en gran parte a un problema comunicativo y de fricción interétnica – muchas de estas mujeres no tienen competencia lingüística en español y además sienten una gran brecha en su relación con los miembros de la sociedad nacional. Esta brecha se ha disminuido para la generación más joven, y si bien las relaciones con los miembros de la sociedad nacional no siempre son fluidas, existe una mejoría en la comunicación y el acercamiento, la cual se evidencia en una aceptación de las prácticas de prevención y cuidado del embarazo y un alto índice de parto hospitalario. En este sentido cabe destacar que no se encuentran notables diferencias entre las comunidades peri-urbanas y las rurales, en ambos casos hay un elevado índice de parto hospitalario, control pre-natal, y una disminución en la consulta a las parteras empíricas. Es decir, que en ambos contextos ha sido sustancial la presencia y el accionar de los programas de salud pública.

Conclusiones

Uno de los problemas más destacados en cuanto a la salud indígena en la Argentina es que si bien a grandes rasgos se sabe que en esta población hay mayores índices de desnutrición, tuberculosis, presencia de enfermedades tales como el Chagas, y otras, no se tienen suficientes datos epidemiológicos desagregados según la variable étnica y las enfermedades específicas (CUYUL; ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Por lo tanto, esta es un área de investigación que se encuentra en una fase inicial, y para la cual se precisa un mayor número de investigaciones que puedan conjugar un enfoque antropológico y epidemiológico. Asimismo, en términos generales los pueblos indígenas no son consultados en relación a las políticas de salud, y su incorporación a estos es aún lenta. Como indica Follér (2004), los no indígenas que interactúan con los pueblos originarios constituyen un grupo heterogéneo, del mismo modo que los indígenas también son heterogéneos en su forma de pensar y en sus motivaciones, esta diversidad de situaciones y actores debe problematizarse a la hora de implementar programas de salud pública. En este aspecto las mujeres guaraníes también constituyen un grupo heterogéneo, algunas de ellas sienten que el sistema de salud impone prácticas con las cuales ellas están en desacuerdo y que no contemplan sus propias creencias y modos de entender el embarazo y el parto, pero otras, en particular las más jóvenes

sienten plena confianza y seguridad en ser atendidas por los efectores de salud y dar a luz en hospitales o clínicas. Las prácticas y discursos autorizados del sistema de salud público intervienen en el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, desvalorizando y dominando sus propias nociones y formas de tratar su cuerpo y su embarazo.

Algunos programas puntuales de salud han incluido la participación de organizaciones comunitarias o de médicos comprometidos con la situación de la salud indígena y estos han podido desarrollar un adecuado y eficiente equipo de trabajo con agentes sanitarios y otros efectores de salud pertenecientes a las comunidades.

En conclusión se pueden observar en la Argentina, tres modelos de atención a la salud indígena: 1) sanitarista: con control epidemiológico, preventivo, atención materno-infantil, derivación al hospital, entre otros aspectos; 2) de emergencia: que opera en casos de brotes y epidemias, catástrofes climáticas, desnutrición; y 3) programas, proyectos o iniciativas puntuales de médicos o equipos de salud abocados a la investigación y mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. Coincido con Cardoso (2004, p. 206) que indica que desde la perspectiva indígena el problema consiste en el acceso a la atención de la salud y a la calidad del servicio no solamente para enfrentar las dolencias de los blancos, pero también para administrar los recursos disponibles para la provisión local de la salud. Se trata de una demanda que no es solo de índole médico pero que es política porque apela a las condiciones de inserción de las comunidades en el escenario nacional y las diferentes situaciones sociopolíticas y territoriales que demandan servicios de salud diferenciados en relación a las estructuras de sus organizaciones.

En cuanto a la provisión de salud de los pueblos indígenas emergen nuevos actores y agentes como ser las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación y prevención, y los agentes sanitarios, enfermeros y dirigentes indígenas que reclaman un mayor protagonismo en cuanto a las políticas de salud. Las políticas de salud pública hacia los pueblos indígenas basadas en una perspectiva intercultural se encuentran en una fase incipiente, aún así queda mucho por dialogar, consensuar y construir.

Referencias

ACUÑA, C.; CHUDNOVSKY, M. *Salud*: análisis de la dinámica político-institucional y organizacional del área materno infantil (con énfasis en el programa materno infantil y nutrición-PROMIN). Documento 61. 2012.

Disponible en: <<http://faculty.udes.a.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt61.pdf>>.

Consultado en: 6 mar. 2012.

ASE, I.; BURIJOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, v. 5, n. 1, ene./abr. 2009.

BIALET MASSE, J. *Informe sobre el Estado de la clase obrera*. Buenos Aires: Hypamerica, 1986. Tomo 1.

CARDOSO, M. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso de Alto-Xingu. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004. p. 195-216.

CUYUL, A.; ROVETTO, M.; SPECOGNA, M. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, v. 2, n. 7, p. 12-18, 2011.

DIEHL, E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da Antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004. p. 149-170.

DROVETTA, R. Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna jujeña, Argentina. *Barbaroi*, n. 31, p. 139-154, 2009.

FOLLÉR, M-L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004. p. 129-145.

FONTÁN, M. *De comadronas y de médicos... las cosas del nacer*: trabajos interculturales en salud en el impenetrable Chaqueño. Buenos Aires: Unicef Argentina, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI, 1990.

GORDILLO, G.; HIRSCH, S. La presencia ausente: invisibilizaciones, políticas estatales y emergencias indígenas en la Argentina. In: GORDILLO, G.; HIRSCH, S. (Comp.). *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en la Argentina*: historias de invisibilización y re-emergencia. Buenos Aires: La Crujía, 2010.

HIRSCH, S.; AMADOR OSPINA, M. La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino: encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad. In: FELITTI, K. (Coord.). *Madre no hay una sola*: experiencias de maternidad en la Argentina. Buenos Aires: Ciccus, 2011. p. 155-178.

HIRSCH, S. *Salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes y jóvenes de la provincia de Salta*: análisis de representaciones y prácticas y su relación con el sistema de salud público. Informe Académico Final. Beca Ramón Carrillo-

Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010.

IDIART, A. Capacidades institucionales e implementación de programas sociales: las transformaciones de los programas materno infantiles en Argentina en la última década. *Revista Chilena de Administración Pública*, n. 10, p. 27-54, 2007.

INFORME FINAL. *Diseño y realización de la encuesta de condiciones de salud materno infantil de los pueblos originarios*. Proyecto de inversión en salud materno infantil provincial. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Nacer Argentina, 2007.

JORDAN, B. *Birth in four culture: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland, 1993.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004. p. 32-52.

LANGDON, E. J.; FOLLÉR, M-L. Anthropology of health in Brazil: a border discourse. *Medical Anthropology*, v. 31, n. 1, p. 4-28, 2012.

LORENZETTI, M. Del “capital social” a la “culturalización de la pobreza”: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. In: JORNADAS DE JÓVENES INVESTIGADORES, 4., 2007. Buenos Aires. *Anales...* Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2007.

LORENZETTI, M. Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas. 2010. Tesis (Doctorado en Filosofía y Letras) – Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

MACEIRA, D. *Cómo fortalecer las redes de servicios*: el caso de Salta. Documento de Políticas Públicas, Recomendación n. 84, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Programa de Salud, Área de Desarrollo Social. Disponible en: <<http://www.danielmaceira.com.ar/pdfs/84%20DPP%20R%20Salud%20Como%20fortalecer%20las%20redes%20de%20servicios%20de%20salud%20Maceira%202010.pdf>>. Consultado en: 21 mar. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *47 Consejo Directivo Regional OPS/OMS*. Washington, sep. 2006.

SWEENEY, E.; DOMINGUEZ BENAVIDES, A. *Robustiano Patron Costas*: una leyenda argentina. Buenos Aires: Emecé, 1998.

TORRES ALIAGA, T.; TORRES SECCHI, A. *Porqué callan si nacen gritando?*: poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud, Iruya 1978-2008. Formosa: Ideas, 2010.

Parte II

DISCURSOS DE ESTADO E DISCURSOS INDÍGENAS: SOBRE A NOÇÃO DE “SAÚDE INTERCULTURAL” E PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NA AMÉRICA LATINA

Capítulo 7

La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización

Guillaume Boccara

Introducción

Desde la vuelta a la democracia, y bajo los distintos gobiernos de la Concertación (1989-2010), se ha iniciado en Chile un proceso de redefinición de la relación del Estado con los pueblos indígenas del país. Los debates públicos con respecto a la deuda histórica de Chile para con “sus etnias originarias”,¹ la promulgación de una nueva legislación que reconoce y promueve la diversidad cultural y la creación de nuevas instancias de mediación entre el Estado y los pueblos indígenas, conducen a muchos observadores a sostener que el país ha dejado definitivamente atrás la vieja y obsoleta política asimilacionista de los siglos anteriores. El discurso político oficial repite *ad nauseam* que Chile ha entrado en el tercer milenio dotado de una política de reconocimiento que le permite redefinirse como nación, ya no en base a la tradicional matriz blanca-europea, sino como entidad pluricultural y multiétnica. A través de la implementación de un innovador y multimillonario programa de etnodesarrollo,² del fomento de la participación comunitaria indígena

¹ Las poblaciones indígenas no están reconocidas en Chile en tanto que “pueblos”. Solo se le reconoce el estatus de “etnias originarias” en la Ley Indígena 19.253 de 1993.

² Orígenes o Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas se empezó

y de la instalación de políticas interculturales en salud y educación, se busca conseguir la verdadera “integración” de las poblaciones originarias y caminar hacia la formación de una ciudadanía cultural. Definiendo en una sola palabra de aparente sencillez este nuevo marco social, ideológico, legal e institucional, el multiculturalismo se ha instalado con fuerza en la arena pública. Los problemas sociales se declinan desde ahora en clave étnica. Nuevos rituales públicos contribuyen a fabricar la imagen de un Chile plural pero unido. El país parece haber iniciado el tercer milenio animado de un impetuoso deseo por re-imaginar su cuerpo político como nación, dispuesto a reparar el daño histórico infligido a sus poblaciones originarias y a otorgarles a sus hijos nativos un lugar digno en el seno de la comunidad nacional.

En este ensayo, desarrollamos una reflexión con respecto de la naturaleza de este nuevo proyecto cultural nacional y nacionalizador llamado multiculturalismo a través de la constitución y estructuración de lo que denominamos *el campo etnoburocrático intercultural*. Planteamos algunas hipótesis sobre la manera como se está implementando este nuevo orden de la cosa pública vía la redefinición de las figuras de la alteridad y el uso de nuevas tecnologías de saber-poder para la resolución del llamado “problema indígena”. Pues si bien numerosos trabajos tratan del tema de la interculturalidad, observamos que la mayoría padecen de lo que llamaríamos una patología en la construcción del objeto de estudio. Pues en lugar de adoptar una perspectiva relacional, tienden a considerar a la interculturalidad como categoría analítica o a aprehenderla como un método y no como nuevo espacio social de luchas de clasificaciones del que conviene dar cuenta.

Es dable notar, además, que se ha tendido a abordar el multiculturalismo como un hecho social ya dado o como un programa político coherente y predefinido, cuando en realidad nos parece que hay que aprehenderlo en tanto que proyecto político-cultural en construcción, tensionado, contingente y lleno de contradicciones, que se va desplegando a través de nuevas luchas de poder y de clasificaciones entre los nuevos

a implementar en Chile en el año 2001. Es un Programa de 133 millones de dólares que tiene como objetivo contribuir al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos aymara, atacameño y mapuche del sector rural. Está financiado en parte a través de un préstamo de 80 millones de dólares del Banco Inter-Americano de Desarrollo. El ejecutor principal del Estado de Chile durante la primera fase de Orígenes (2001-2005) fue el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). A contar del año 2007, y al iniciarse la segunda fase del programa, Orígenes fue incorporado administrativamente a la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI).

agentes sociales estatales o para-estatales. Y es precisamente en estos nuevos espacios de la interculturalidad en construcción que los agentes circulan en forma no aleatoria, intentando legitimarse y acumular un capital específico al nuevo campo etnoburocrático. En la primera parte de este ensayo, nos focalizaremos sobre la manera como el potencial crítico inicial de la interculturalidad ha tendido a ser diluido en el nuevo contexto de la política neo-indigenista de Estado. Nos concentraremos en un segundo momento sobre los mecanismos de funcionamiento de este nuevo campo intercultural, un campo que ha tendido a definirse paulatinamente como el único espacio legítimo y legal de discusión de las demandas indígenas. Plantearemos para concluir que el análisis del campo de la interculturalidad nos ofrece la oportunidad de examinar los mecanismos mediante los cuales se produce y reproduce esta impostura legítima llamada Estado.

Interculturalidad: la colonización de un concepto crítico

En las dos últimas décadas, la interculturalidad se ha transformado en la nueva palabra a la moda del discurso político y cultural dominante en Chile. La pertinencia de los programas públicos dirigidos hacia los pueblos indígenas se determina en función de su grado de interculturalidad. Se exige de los funcionarios públicos que sean sensibles a la diferencia cultural, que sean “más interculturales” y se les capacita para ello. Escasas son las universidades que no hayan incorporado a sus mallas curriculares algo relativo a la interculturalidad. Los diplomas y diplomados en interculturalidad se han multiplicados *ad infinitum*. Lejos de limitarse al ámbito originario de la educación, la interculturalidad se aplica desde algunos años a los dominios de la salud, de la gestión cultural y patrimonial, del derecho, de la economía, etc.

Ahora bien, si las palabras “intercultural” e “interculturalidad” son hoy en día de uso común y ocupan un lugar central en la nueva retórica neo-indigenista de Estado, cabe observar que no era el caso hace poco menos de veinte años atrás cuando Chile aún no se imaginaba como nación multicultural y pluriétnica. Lejos de emplearse en el ámbito de las políticas públicas o de ser una noción del sentido común, la interculturalidad era un concepto usado por las organizaciones indígenas conectadas a las franjas progresistas del mundo de la investigación-acción de base. En efecto, a mitad de los años 1990, la

interculturalidad remitía más bien a un accionar y a un pensamiento político anti-sistémico que ponía en tela de juicio el etnocentrismo de la sociedad chilena dominante y el sesgo cultural imperante en los distintos aparatos de Estado (escuela y salud pública).

En aquellos años, los líderes y dirigentes indígenas afirman que, a diferencia de los criollos o chilenos no-indígenas, ellos son interculturales o biculturales, pues además de ser bilingües, han desarrollado la capacidad de manejarse social y culturalmente entre y en dos mundos. Ante la política paternalista de asimilación del Estado, los indígenas y los militantes de la causa indígena reclaman el derecho a una mayor autonomía en la educación de sus niños y exigen que se tome en cuenta la diversidad cultural existente en las zonas del país de alta densidad de población nativa. Asimismo la interculturalidad representa tanto una característica de la condición sociohistórica del individuo indígena como un reclamo de las bases movilizadas de la población nativa que rechazan la política homogeneizadora de la institucionalidad dominante. Como en otros países del continente,³ la noción de interculturalidad es manejada por unos militantes y profesionales autóctonos que la vinculan a los ámbitos de la autogestión y de la educación bilingüe y la usan para revalidar los conocimientos y de las culturas indígenas.

En resumidas cuentas, si la interculturalidad se hace presente en la esfera pública es porque los indígenas (y los militantes sociales de base que se formaron en la lucha contra la dictadura) consideran su implementación como un acto político decisivo hacia el reconocimiento de la especificidad cultural nativa y la visibilización de su experiencia histórica de adaptación/resistencia al orden sociopolítico dominante. En otras palabras, la interculturalidad remite a una praxis que tiene por objeto contrarrestar la opresión política a la vez que permite imaginar la post-colonialidad. Es definida y operacionalizada en los márgenes del Estado

³ Con respecto de los usos de la noción de interculturalidad por las organizaciones indígenas en Ecuador, Catherine Walsh (2007, p. 47-62) señala lo siguiente: “La interculturalidad – como principio clave del proyecto político del movimiento indígena – está directamente orientada a sacudir el poder de la colonialidad y del imperialismo” (WALSH, 2007, p. 49). Y de añadir más adelante: “[...] la interculturalidad no está entendida como un simple nuevo concepto o término para referir al contacto y al conflicto entre el Occidente y otras civilizaciones [...]. Tampoco sugiere una nueva política [...] que, originada en una práctica emancipadora, deriva de una responsabilidad hacia el Otro. Representa, en cambio, una configuración conceptual, una ruptura epistémica que tiene como base el pasado y el presente, vividos como realidades de dominación, explotación y marginación” (WALSH, 2007, p. 51).

por unos agentes sociales subalternos que buscan acabar con el proceso de invisibilización cultural al que fueron y siguen siendo sometidos. Pertenece al ámbito de las luchas y reivindicaciones sociales en contra de un Estado que no ha cesado de imponer una representación de la nación chilena como criolla y de una patria sin indios (BOCCARA; SEGUEL, 1999). La interculturalidad representa “una forma otra de pensamiento relacionado con y contra la modernidad/colonialidad, y un paradigma otro que es pensado a través de la praxis política” (WALSH, 2007, p. 47).

Ahora bien, pocos años después, a fines de los años 1990, el panorama empieza a cambiar. El término de “interculturalidad” se encuentra gradualmente vaciado de la carga crítica que tenía en los años anteriores. Es cada vez menos un concepto que permite pensar la descolonización material y simbólica de los indígenas. Paulatinamente colonizado o captado por la formación discursiva estatal, es el objeto de un profundo proceso de resemantización. En un contexto de reconfiguración del Estado y de redefinición de las relaciones entre agencias estatales, para-estatales, sociedad civil y actores privados, la interculturalidad se encuentra “operacionalizada” en los ámbitos oficiales, dominantes y formales de las administraciones estatales, de las ONGs, de las consultoras, de las grandes empresas privadas y de las agencias de desarrollo. Llega a representar una herramienta conceptual central de las estrategias neo-indigenistas de Estado y refleja “un esfuerzo por incorporar las demandas y el discurso subalterno dentro del aparato estatal” (WALSH, 2007, p. 55). Como bien lo señalara el médico chileno Jaime Ibacache⁴ en 1999 – es decir en un momento en

⁴ Médico chileno que, desde principios de los años 1980, ejerce su profesión en las comunidades mapuche y huilliche de la octava, novena y décima regiones de Chile. A través de su trabajo con asociaciones de salud y sanadores indígenas, ha sido uno de los precursores de la implementación de una perspectiva complementaria y comunitaria en salud rural. Después de haber creado y dirigido el Programa Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur durante los años 1990, se traslada (a principios de los años 2000) al Archipiélago de Chiloé donde implementa un programa de salud participativa complementaria y comunitaria con los habitantes de las islas. Es autor de numerosos artículos y videos sobre los temas de la salud complementaria y la epidemiología sociocultural. Es considerado una de las máximas autoridades en tema de políticas de Estado hacia los pueblos indígenas y rurales en Chile. Se ha destacado sobre todo por el carácter creativo y participativo de su trabajo en salud comunitaria tanto en el hospital mapuche de Makewe (novena región) como en el centro de salud de Kompu del Consejo General de Caciques Williche de Chiloé (décima región) y en el Servicio de Salud Llanquihue (Llanquihue-Chiloé-Palena). A pesar de tener un cargo de funcionario público del Ministerio de Salud, ha sido uno de los críticos más radicales de la instrumentalización de la interculturalidad en salud y de la culturalización de los problemas de salud.

que la interculturalidad se estaba constituyendo en el método y marco representacional privilegiado de tratamiento de la diferencia cultural particularmente en el ámbito de la salud – “la interculturalidad es un tema que le interesa más bien al Estado de cómo poder hacer que los pueblos originarios se comporten como el Estado quiere” (BOCCARA; IBACACHE; ÑANCO, 2001, p. 99-102).

La noción de interculturalidad no sólo pasa a ser parte del bagaje conceptual elemental de toda persona con protagonismo en el ámbito de las políticas públicas, sino que se inserta en la cotidianidad del ciudadano chileno común. Llega a ser de uso tan frecuente que los más variados agentes sociales la manejan como si su significado fuera evidente, fijo en el tiempo y compartido por todos. Hace parte desde ahora del sentido común del ciudadano-consumidor moderno, globalizado y abierto a la diversidad cultural. Todo el mundo es intercultural o pretende serlo tanto en espíritu como a través de sus prácticas. El ciudadano y las empresas deben mostrarse sensibles a la diversidad cultural, conocer y respetar al “Otro” e instaurar un terreno de entendimiento o una suerte de *middle ground* con sus compatriotas nativos. Pero hay más. Pues la interculturalidad no solo representa un fenómeno social existente o deseado. Es también un hecho jurídico. Establecida mediante la Ley Indígena de 1993, es ratificada a través de varios decretos de los Ministerios de Educación y de Salud. La interculturalidad se encuentra así extraída del campo de las luchas políticas anti-hegemónicas indígenas para ser importada en el ámbito de las políticas estatales y, progresivamente, incorporada al dispositivo retórico-conceptual de las consultoras y agencias de cooperación y desarrollo. Se transforma en la ideología y metodología dominante de tratamiento de la diferencia cultural. Delimita el marco legal a partir del cual las agencias de Estado y para-estatales deben desde ahora atender a las poblaciones nativas y encauzar al fenómeno de la pluriétnicidad.

Ahora bien, la captación, resemantización y refuncionalización del concepto por parte de los agentes estatales y para-estatales no se hizo sin tensiones ni contradicciones. La segunda mitad de los años 1990 representa el momento en que los defensores de la interculturalidad como categoría crítica de descolonización del saber y de las relaciones sociales se enfrentan a los nuevos expertos de la emergente tecnología intercultural de Estado. Se trata de unos años durante los cuales, paralelamente a la paulatina definición de una política estatal intercultural en salud y en educación, el movimiento indígena – especialmente mapuche en el sur del país y en las grandes ciudades –

no solo se visibiliza sino que toma fuerza. Las recuperaciones de tierras, los cortes de rutas, las protestas y la creación de organizaciones indígenas de distintas índoles se multiplican para contrarrestar el poder de las grandes empresas forestales y la instrumentalización de la indigeneidad por parte de los agentes de Estado.

Es así como, por ejemplo, en 1999, durante un masivo encuentro nacional de salud y pueblos indígenas en Villarrica, varios invitados mapuche manifiestan abiertamente su disconformidad con la manera como los agentes de Estado definen o pretenden usar la interculturalidad.⁵ Afirman que la nueva tesis oficial de un “espacio de encuentro entre dos culturas” tiende a desvincular los problemas culturales de los procesos socio-históricos de dominación social, explotación económica y sujeción política. Un *machi* (chaman) plantea que los problemas de salud de los mapuche no se resolverán mediante la construcción de invernaderos para plantas medicinales financiados por programas interculturales en salud, sino que por la devolución de las tierras usurpadas a las comunidades indígenas y la lucha contra las grandes empresas forestales. Un comunero de la zona del Lago Budi, militante del Consejo de Todas las Tierras,⁶ señala que el mayor

⁵ Participé como ponencista de este encuentro de salud durante el cual los intercambios fueron muy a menudo tensos entre los dirigentes y sanadores mapuche y los agentes oficiales de la nueva salud intercultural de Estado. La encargada del programa de salud con pueblos indígenas del Ministerio de Salud que venía desde Santiago predispuesta a establecer un “diálogo intercultural” y ameno con los indígenas recibió las críticas con desconcierto. Ella me confió no entender porque había “tanto odio” cuando lo que ellos buscaban propiciar era “la participación, el diálogo y el empoderamiento”. Desde el punto de vista de los agentes de Estado, este encuentro representó un fracaso pues los principales dirigentes indígenas decidieron abandonar el término de salud intercultural (ya contaminado por la retórica estatal paternalista y falsamente respetuosa de la diferencia cultural) y adoptar en cambio las nociones de “salud complementaria” o *w kimün* (saber nuevo).

⁶ El *Aukiñ Wallmapu Ngulam* es una organización mapuche creada en 1990 que pretende redefinir la manera de hacer política desde lo mapuche, reactivando instituciones tradicionales y empoderando a las figuras autóctonas del poder (*longko* o jefe político, *machi* o chaman, *werken* o mensajero). Se ha caracterizado por su rol activo en las recuperaciones de tierras así como por su reivindicación del valor jurídico de los tratados (parlamentos) firmados entre los *wingka* (españoles y luego representantes del Estado chileno) y las unidades políticas mapuche durante el período colonial y republicano temprano. Esta organización insiste además sobre el hecho de que las fronteras actuales entre Chile y Argentina no tienen sentido para los mapuche pues hasta su derrota militar a fines del siglo XIX, el territorio indígena (*wallmapu*) se extendía por los dos lados de la cordillera de los Andes.

problema de salud que enfrentan las comunidades *lafkenche*⁷ es la construcción de la Carretera de la Costa que atraviesa el territorio nativo sin aportar ningún beneficio a los indígenas. El director del hospital indígena rural de Makewe⁸ recuerda a los funcionarios del Ministerio de Salud que los mapuche son interculturales desde hace siglos pues tuvieron que adaptarse para sobrevivir, antes de añadir que ahora son los *wingka* (*i.e.* los no mapuche) los que tienen que abrirse y aprender del Otro. Otra persona, conocida y respetada por los comuneros mapuches y primer facilitador intercultural del hospital regional de Temuco, se niega a presentar su ponencia en lo que él define como un “supuesto espacio de la interculturalidad”. Se queja de que se le haya impuesto un límite de tiempo para su alocución y afirma que eso remite fundamentalmente a una concepción *wingka* del debate. Explica que se platica mucho de interculturalidad pero no se practica y que una vez más se impone una norma exterior pues, a diferencia de los *wingka*, los mapuche debaten hasta que se haya llegado a un acuerdo sin que exista restricción de tiempo. Demuestra asimismo que concibe esta reunión como un espacio de negociación política entre los Mapuche y los agentes de Estado y no como un simple encuentro donde los indígenas reunidos deberían “firmarle un cheque en blanco al Estado” para que opere en las comunidades indígenas e implemente políticas de salud públicas “con pertinencia cultural”. Mientras los funcionarios presentes pretenden definir las características de la interculturalidad desde un punto de vista meramente formal-administrativo y desde los valores e intereses del Estado, los Mapuche, en su territorio, se reivindican como sujeto político autónomo dotado de capacidad de negociación y de una institucionalidad política propia.

La disyunción aparece de manera clara en este encuentro entre, por un lado, los dirigentes y líderes indígenas que conciben la interculturalidad como una praxis política que abre la posibilidad de pensar y actuar desde el saber propio (*kimün*), la buena vida (*küme mongen*) y la autonomía (*kizu ngunewael*) y, por otra parte, los agentes estatales, aún poco preparados o capacitados, que piensan la interculturalidad como un espacio neutro y casi encantado de la

⁷ Los mapuche-*lafkenche* (*lafken*: mar, *che*: gente) son los habitantes de las zonas costeras del centro-sur de Chile.

⁸ Hospital rural indígena gestionado por una organización mapuche desde 1999. Ubicado en las inmediaciones de la capital regional de la novena región (Temuco), este hospital era una antigua misión anglicana.

comunicación sin fronteras entre culturas. Mientras las autoridades indígenas ven la interculturalidad como un arma política central en el proceso de descolonización material y simbólica, los agentes de Estado la conciben como una herramienta para pensar la unicidad nacional en la diversidad cultural y como medio para incorporar “los indios” al proceso de modernización. Sintetizando con humor la opinión de muchos mapuche presentes en Villarrica y apuntando al paternalismo y a la nueva hegemonía que se esconden detrás de esta nueva palabra, un dirigente declara lo siguiente: “¡No le pedimos al Estado que nos dé una mano, le pedimos que nos la saque de encima!”.

Es así como en reiteradas oportunidades las críticas se manifiestan en contra del nuevo uso que los agentes del Estado hacen de la interculturalidad. Los dirigentes y profesionales de las asociaciones y organizaciones indígenas de base sienten que se les está despojando de una noción que, de alguna manera, habían hecho suya. Este desposeimiento se acompaña además de un proceso de resignificación que reduce la interculturalidad a un diálogo horizontal y a un espacio neutro de relaciones – pero siempre elaborado y conceptualizado desde el Estado – entre dos culturas, aunque la historia de las interacciones entre indígenas y no-indígenas se caracterice por la violencia, la imposición de un arbitrario cultural, la discriminación y la explotación. Notemos, por otra parte, que al definir la interculturalidad ya no solo como concepto sino que como espacio social orquestado desde arriba, los agentes del Estado tienden a inmiscuirse paulatinamente en los asuntos culturales de las comunidades.

Así es como lejos de ser percibida como un progreso o “una oportunidad”, la incipiente política intercultural de Estado es considerada por muchos indígenas como un nuevo dispositivo de desposeimiento material y simbólico, de despolitización y deshistorización de los problemas de dominación cultural y de imposición de una nueva hegemonía en ámbitos (salud u organización social) que, hasta ese entonces, habían quedado fuera del alcance de la política estatal. Varios indígenas presienten que con la institucionalización de la interculturalidad en salud, el Estado tendrá a ejercer un mayor control sobre ellos, sus terapeutas y comunidades. Lo que los dirigentes indígenas esperan del Estado no es mayor control sino que los apoye económicamente, mejore el acceso de los comuneros al sistema de salud formal y despenalice las prácticas curativas nativas. No desean que los agentes de Estado se entrometan en los asuntos intracomunitarios o intervengan en e investiguen las maneras indígenas de concebir la salud. Una mujer indígena que trabajaba en el

ámbito de la educación intercultural bilingüe me confió encontrar que el hecho de censar a las *machis* le parecía un acto de agresión hacia el pueblo mapuche. Los miembros de la Asociación Mapuche para la Salud del hospital rural de Makewe, que vinculaban directamente la salud intercultural con la autogestión y la autodeterminación, veían con mucho recelo que la política intercultural fuera definida desde el Estado y se sentían molestos por la soberbia de los agentes estatales que venían del Norte del país a ofrecerles participación a ellos, los verdaderos dueños de la tierra. Aprovechando una visita del Subsecretario de Salud al hospital de Makewe en 1999, el presidente de la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelales declaró con ironía que, estando en sus propios territorios, los Mapuche-Wenteche no tenían que pedirle participación al Estado, pero que dadas las aparentes buenas intenciones de los *wingka* y considerando la histórica disposición de los Mapuche a la negociación, estaban dispuestos a darle participación al Estado. Invertiendo la lógica que empezaba a perfilarse en el seno de las oficinas estatales, los dirigentes mapuches respondían desde una postura de soberanía, enfatizando la necesidad de ejercer el control cultural y político sobre sus territorios (BOCCARA, 2002, p. 283-304; BOCCARA; RAPIMAN; CASTRO, 2004).

Frente a la consolidación del discurso político mapuche marcado por las ideas de autodeterminación, autonomía comunitaria, descolonización del saber y control territorial y en razón a la persistencia de la movilización en contra de las empresas forestales, los gobiernos de la Concertación intensifican, complejizan y expanden su política indigenista. La colonización de la interculturalidad por parte de las agencias estatales y la constitución de un espacio intercultural bajo control del Estado se ven reforzadas por la implementación de un nuevo y potente programa de etnodesarrollo (Orígenes) en 2001 así como por toda una serie de innovaciones institucionales (Mesas de Diálogo, Diálogos Comunes, Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato). Poco a poco, se difunde un nuevo tipo de discurso dominante sobre el tratamiento de la diferencia cultural y se implementa una nueva forma de hacer política participativa vía la incorporación de toda una serie de nuevos intermediarios semi-privados o para-estatales (consultoras, ONGs) y la cooptación de varios líderes y dirigentes indígenas considerados como claves. Después de una “década perdida” en términos del control político e ideológico sobre los sujetos indígenas, el Estado parece retomar la iniciativa y intenta neutralizar al movimiento social cuyo dinamismo y creatividad habían dejado a todos atónitos.

Es así como entre los años 2000 y 2005, el proceso de institucionalización, apropiación estatal y formalización legal de la interculturalidad se acelera y afianza. Pues además de las políticas interculturales propiciadas desde los ministerios de salud y de educación, todas las administraciones públicas tienden a tener un barniz de interculturalidad. Se procede, dentro de este nuevo espacio social definido como intercultural, a una masiva reorganización del conocimiento relativo al indígena y de las prácticas sociopolíticas vinculadas a la gestión y representación de la diferencia cultural. El espacio visual se llena de los nuevos signos de la comunicación intercultural. En los servicios públicos (hospital, registro civil), la señalética (¿señal-étnica?) aparece desde ahora traducida a los idiomas nativos. Se despliega una nueva economía visual de lo intercultural donde lo indígena ocupa el polo de la tradición y lo criollo el horizonte de la modernidad. La interculturalidad se acompaña de la difusión de una “metodología” participativa que postula que los indígenas deben involucrarse en los nuevos programas de Estado e incorporarse a las agencias para-estatales. Pero hay más. Pues se circunscribe el reconocimiento de la legitimidad y representatividad de las reivindicaciones indígenas al nuevo ámbito participativo de la interculturalidad. Las críticas indígenas expresadas desde afuera del espacio social participativo de la interculturalidad y que ponen en tela de juicio el modelo estado-nacional de racialización de la diferencia o cuestionan el nuevo proceso de territorialización de la nación se encuentran reducidas a reclamos particulares, tildadas de poco representativas o radicales. El campo político de la interculturalidad llega a ser concebido por los agentes del Estado como el sólo y único ámbito legítimo y legalmente instituido en el que los indígenas están autorizados a formular sus demandas sociales, expresar su malestar y participar. La interculturalidad es desde ahora el conducto regular de todo tipo de reivindicación o reclamo autorizado. Los indígenas se encuentran atrapados o entrampados en estos nuevos lugares de la participación intercultural o de la interculturalidad participativa.

De hecho, ubicarse fuera de los lugares de diálogos interculturales definidos por el Estado implica marginarse, deslegitimarse e, incluso, colocarse al margen de la legalidad. Las luchas y reivindicaciones indígenas se encuentran así paulatinamente circunscritas al espacio intercultural en el que el universalismo político se piensa desde el estado-nación chileno y no desde la experiencia histórica o los conocimientos de los indígenas. La interculturalidad, tal como se encuentra pensada e

implementada desde el Estado, no se limita a indagar sobre y “minorizar”⁹ a la cultura indígena sin interrogarse sobre la cultura “criolla” considerada como universal y englobante, sino que desvincula las luchas simbólicas para el reconocimiento de los derechos de los indígenas de las luchas materiales con respecto de las desigualdades sociales, la explotación económica y el racismo ambiental. Para los agentes de Estado y los nuevos expertos de las consultoras todo se reduce a un problema de comunicación intercultural y la cultura llega a explicarlo todo: desde los desastrosos indicadores de salud de las poblaciones indígenas hasta la mala atención en los hospitales, desde la inestabilidad generada por la crisis ambiental en zonas de plantaciones forestales hasta la oposición a los mega-proyectos (represas, carreteras) que destruyen el hábitat de los comuneros lafkenche o pehuenche.¹⁰ Y si todo se puede explicar en función de un supuesto desfase o desencuentro cultural, basta con generar nuevos espacios y métodos de comunicación intercultural para resolver los problemas de las minorías étnicas dentro del marco universal de la nación y de la nacionalidad chilena. Los indígenas que rechazan la interculturalidad como nuevo campo político hegemónico son tildados de antisociales, terroristas o antipatriotas. Los militantes que declaran que la idea de soberanía nacional y de defensa de los intereses de las etnias originarias nacionalizadas es una ficción o farsa pues el capitalismo transnacional no conoce fronteras, son excluidos del diálogo, deslegitimados, invisibilizados, reprimidos y encarcelados.

La formación del campo político de la interculturalidad tiende así a encerrar progresivamente al indígena en su estatus de minoría étnica, reduciendo sus reivindicaciones a demandas culturales particulares sin alcance universal y desconectando estos mismos reclamos culturales del contexto material en el que se inscriben. Lo étnico se encuentra así nacionalizado y minorizado, dejando poco espacio para pensar lo nacional desde la experiencia histórica indígena y poco margen de maniobra para la instauración de alianzas transétnicas. En fin, o se juega el juego de la interculturalidad nacionalizadora o se expone al crimen

⁹ Tal como lo señala Appadurai (2006), una minoría étnica no existe como tal sino que es producida como minoría por un Estado mediante la implementación y movilización de toda una serie de técnicas y tecnologías de poder y de saber. Preocupado por asegurar y consolidar las fronteras materiales e simbólicas de la nación y reafirmar su soberanía, el Estado nacional ve siempre como una amenaza a los grupos o movimientos sociales que no se posicionan en términos nacionales o nacionalistas y que pretenden definir sus identidades sociales en términos propios.

¹⁰ Componente cordillerano del pueblo mapuche.

de *lesa nación*. Se empieza así a dibujar una nueva dicotomía: el “indio permitido” o “cliente exótico” *versus* el “indio terrorista antimoderno”. Este dispositivo de poder/saber que etnifica a los “indios pacificados” tiende, por otra parte, a barbarizar a los indios indómitos o rebeldes. Estos mecanismos de pacificación determinan así rápidamente una doble territorialidad dentro del mismo espacio nacional: por un lado, los territorios pacificados donde impera la ley de la democracia dialógica de libre mercado; por el otro, los territorios percibidos por los agentes del Estado como caóticos porque no sometidos al orden capitalista global y en los cuales se aplican las leyes antiterrorista y de seguridad interior del Estado. Se dibujan así paulatinamente las nuevas “fronteras salvajes” de las Américas actuales, fronteras o márgenes que corresponden al más allá del “capitalismo civilizador”. El papel de los nuevos misioneros de la interculturalidad será por consiguiente hacerles entender la Buena Nueva de la salvación por el mercado a estos indios rebeldes, verdaderos heréticos o paganos de los tiempos modernos.

Es así como a principios del siglo XXI, y mediante la implementación de un diagrama de poder/saber capitalista diferencialista, se observa la emergencia de una representación dicotómica del indio: el buen indio (el indio amigo de los turistas, de las empresas privadas, de las consultoras, de los médicos *wingka*) por un lado y el indio terrorista, “sin ley, sin fe, sin rey”, por el otro. Los primeros se encuentran exotizados, autenticados como verdaderos indios y reconocidos como legítimos representantes de su pueblo o auténticos y patentados médicos autóctonos. Los segundos son acusados de ejercicio ilegal e ilegítimo de la “indigeneidad” y de la medicina. Se cuestiona su identidad como indígena pues se les acusa de ser indios deculturados de las ciudades, hijos de uniones mestizas o chilenos sin sangre indígena que actuarían como agitadores. Lo anterior tiende a demostrar que la “raza” y el esencialismo siguen ocupando un lugar central en el edificio conceptual de la interculturalidad. Pues el indio es definido en términos tanto biológicos (o fenotípicos) como por una serie de rasgos culturales fijos y rígidos. La racialización y reificación de las culturas indígenas son funcionales al proceso de minorización de las etnias nativas y de descontextualización y dehistorización del proceso de producción de la diferencia sociocultural y, por lo tanto, de naturalización de las desigualdades socioeconómicas. El culturalismo y la despolitización constituyen desde ahora dos de los principios implícitos del pensamiento intercultural hegemónico.

En los años inmediatamente posteriores a la implementación del Programa de etnodesarrollo Orígenes (2001), el campo semántico

que abarca y el dominio de acción que define la interculturalidad tiende a ampliarse y a diversificarse. De la voluminosa cantidad de material publicado por las agencias estatales y paraestatales sobre el tema, se puede advertir que la interculturalidad se ha transformado en una categoría muy extensa que engloba una cantidad creciente de fenómenos de distintas índoles. Se refiere tanto a una acción que toma en cuenta la diferencia cultural como a una persona que es capaz de demostrar empatía. Alude tanto a un espacio concreto de encuentro entre dos culturas como al asentamiento de mecanismos sociales que buscan facilitar la comunicación entre grupos culturalmente diferentes. Remite a fenómenos de orden tanto simbólico como material. Es un hecho social observable a nivel individual pero también colectivo. Es a la vez algo que ya existe y el horizonte deseado de la “comunicación sin fronteras”. Aparece tanto como un producto lógico y espontáneo de la historia de las relaciones inter-étnicas como el resultado esperado de la política voluntarista del Estado.

A pesar de la pluralidad de significados y de la multiplicidad de ámbitos de acción a los que remite la interculturalidad, los expertos en interculturalidad se empeñan en presentarla como un simple método tendiente a mejorar las relaciones interétnicas. Se esmeran en buscar una definición precisa y consensuada de la palabra con el fin de mejorar el método de acción postulado previamente. Reduciendo así el problema a un tema de definición o de método, no perciben (por razones que expondremos más adelante) que la interculturalidad representa una institución sociopolítica central en la redefinición de lo étnico y del estatus de las minorías étnicas en el Chile neoliberal. Lejos de ser una simple noción o un mero método, la interculturalidad representa hoy en día tanto un nuevo campo social como una nueva configuración semántica que “minoriza” a los pueblos indígenas y participa de la producción de una nueva narrativa nacionalista pluriétnica. Complejizando la expresión del antropólogo crítico del desarrollo James Ferguson (1994), se podría decir que la interculturalidad funciona, desde ahora, como una máquina política antipolítica.

Génesis y estructuración del campo de la interculturalidad

Lejos de ser una mera noción que sirve para caracterizar o representar al espacio (concreto o simbólico) de las relaciones inter-

étnicas o de reducirse a un simple método de intervención pública con pertinencia cultural, la interculturalidad constituye un campo social en el que se desarrollan luchas para imponer como legítima y dominante una visión particular y arbitraria de lo que es la interculturalidad y de lo que es un método intercultural de intervención. En otras palabras, el campo de la interculturalidad es el espacio social en el que se define lo que es la interculturalidad como concepto y método. Pero no es solo eso. Pues es también un espacio social que involucra a una cantidad creciente de actores cuyas identidades y estatus sociales y étnicos se encuentran transformados, regulados, autorizados y fijados por sus posiciones y tomas de posiciones dentro de este nuevo campo burocrático. Es un campo social que se ha ido formando progresivamente vía la organización de talleres, mesas redondas, encuentros y *focus groups* pero también mediante la creación de nuevos programas, la consagración de expertos, la incorporación de nuevos agentes, la formación de nuevos discursos sobre la diferencia cultural y la nación, etc. Es un campo que se va estructurando tanto mediante los agentes, mecanismos, problemas y discursos que genera e incorpora como a partir de lo que excluye o desautoriza.

Como lo planteamos anteriormente, la interculturalidad se ha transformado en un nuevo espacio social al que una gran variedad de agentes se encuentran desde ahora adscriptos. La formación paulatina de este espacio se ha realizado, por un lado, mediante la creación de estructuras objetivas (oficinas ministeriales, programas especiales, carreras universitarias, capacitaciones, talleres, diplomados, etc.) o de una institucionalidad social y política definida como intercultural y, por otro lado, por la configuración de estructuras cognitivas que tienden a aprehender y representar la realidad social en términos interculturales. En otros términos, se ha generado un marco institucional llamado intercultural y se ha planteado el problema de la interculturalidad como problema digno de ser debatido. De suerte que paralelamente a la objetivación de la interculturalidad en nuevas instituciones de gobierno, ha emergido una nueva configuración semántica que problematiza la interculturalidad y contribuye a hacerla aparecer como un hecho social natural, neutro y evidente. Una nueva jerga ha surgido y nuevas controversias y debates se han desplegado con respecto de la definición legítima de lo que es la interculturalidad, haciendo de esta última un tema digno de ser debatido y dotado de una existencia social tan central como real. La interculturalidad se ha constituido así en un espacio de lucha de clasificaciones orquestado por los agentes hegemónicos estatales pero con la intervención de un número considerable de personas e instituciones:

científicos sociales *qua* expertos, dirigentes indígenas, empleados de las agencias multilaterales, consultores, personeros de ONGs, comuneros indígenas, etc. La retórica de la interculturalidad ha tendido a extenderse, nuevas instituciones han sido creadas, nuevos *enjeux* se han dibujados, nuevos agentes han emergido y, sobre todo, el lugar de las luchas sociales de los indígenas parece haberse desplazado de las organizaciones y de las comunidades a los nuevos lugares dialógicos de la interculturalidad.

La interculturalidad como política pública ha tendido así a crear lugares de encuentros (o desencuentros) entre personas que ocupaban hasta hace poco campos o espacios sociales distintos y separados. Esos nuevos lugares de la interculturalidad llegan a ser las esferas en las cuales se despliegan las luchas simbólicas y discursivas en torno a la definición legítima y autorizada de la o las culturas indígenas. Mientras las luchas concretas en contra de las forestales y de las mineras siguen en el centro-sur y norte del país, un nuevo espacio de luchas se está constituyendo en el que está en juego la definición de la cultura indígena legítima, auténtica y autorizada. Un nuevo espacio en el que está en juego la definición de que es “ser indio” y de quien estaría autorizado para decir que es “ser un indio”. Es cada más dentro de este campo, y ya no solamente desde las luchas y reivindicaciones indígenas extra-estatales o extra-burocráticas, que los discursos sobre la autoctonía y los derechos indígenas se encuentran validos o deslegitimados. Es mediante la puesta en marcha de mecanismos de legitimación y nominación desplegados en el campo intercultural que los dirigentes indígenas se encuentran “validados” e incorporados a la maquina estatal o excluidos de los nuevos espacios de negociación y de captación de recursos simbólicos y materiales. El espacio social de la interculturalidad ha llegado a tener tanto peso en el proceso de legitimación de las reivindicaciones indígenas y de definición de la cultura indígena legítima y autorizada, que los excluidos de este campo son muy a menudo clasificados como antisociales o indígenas inauténticos. La estructuración de este campo social participa por lo tanto de la integración al campo político de las luchas indígenas o de la burocratización de las reivindicaciones de los grupos nativos (CUYUL, 2008). Las actividades y tomas de posición de un número creciente de agentes sociales se encuentran determinadas por su pertenencia a este campo y existe un capital específico a este campo, un capital propiamente cultural o étnico, que puede convertirse en capital político.

Hace falta destacar que al aprehender a la interculturalidad como campo, vale decir como espacio de posiciones objetivas en el cual se despliegan luchas de clasificaciones con respecto de la definición de

la cultura indígena auténtica y como conjunto de lugares concretos en los cuales se implementan mecanismos de nominación y consagración de los representantes indígenas legítimos, adoptamos una perspectiva relacional. Por lo tanto evitamos los falsos problemas que consisten en preguntarse: ¿qué es la verdadera cultura indígena?, ¿Quién es el verdadero indígena? o ¿quién es el verdadero representante de los autóctonos? Es afirmar así que a la pregunta: ¿Qué es un indio? Esta perspectiva crítica (antiesencialista e histórica) conduce a interesarse por los mecanismos y las luchas que desembocan en la definición legítima y dominante, en un momento dado de la historia, de lo que es la cultura indígena, de la nominación de sus representantes y de la determinación de la identidad cultural indígena legítima. Parafraseando a Pierre Bourdieu (1997), diría que el mundo de la interculturalidad es un juego en el cual lo que está en juego es el problema de saber quien tiene el derecho de definirse como “autóctono” y, sobre todo, de decir lo que es un indígena y lo que es la cultura indígena. Observemos al pasar que en el seno del espacio intercultural, la cultura dominante o criolla no se encuentra nunca definida de manera positiva sino solamente a través de las diferencias que las distinguen de las culturas indígenas. La cultura no-indígena dominante es definida implícitamente como universal mientras que las culturas indígenas dominadas se encuentran reducidas al ámbito de lo particular.

Hablar de la interculturalidad como campo de luchas de clasificaciones y de clases en el que los individuos se encuentran en posiciones dominantes o dominadas en función del volumen y de la proporción de las distintas especies de capital que tienen, permite por otra parte ver a la burocracia de Estado como un espacio de luchas, de competencia, de connivencia y de colaboración entre unos agentes que ocupan diferentes posiciones en este espacio de relaciones objetivas constituido por el campo. Es dar cuenta de las relaciones de competencia que tienen los distintos grupos sociales en lucha para la participación al poder de Estado y para la redistribución de los beneficios que otorga el Estado. Es también percibir que la concentración de las luchas culturales en este espacio conduce por otra parte tanto a la transformación y reconfiguración del propio Estado como a la concentración de los medios de la violencia simbólica legítima en provecho del Estado.

Última precisión: si bien las personas que ocupan posiciones dentro del espacio social definido como intercultural tienen opiniones divergentes con respecto de la naturaleza de las políticas interculturales implementadas por el Estado, están non obstante de acuerdo sobre

lo esencial, a saber: la convicción de que la interculturalidad es un tema digno de ser tratado y debatido y del carácter fundamental de la “interculturalización” de las políticas públicas de Estado. Esta convicción no es menor pues es la manifestación de una adhesión compartida e inmediata a la necesidad del campo que Bourdieu llama *illusio*. Todos los agentes del campo de la interculturalidad comparten la creencia fundamental en el valor de lo que está en juego en las discusiones y debates alrededor del tema de la interculturalidad. Todos comparten los mismos presupuestos inscritos en el hecho mismo de conversar y debatir sobre el tema de la interculturalidad, de lo que realmente es o no es. Existen por lo tanto un conjunto de creencias no discutidas o de lo que Bourdieu llama las “adhesiones encantadas” del conjunto de los agentes sociales a las propiedades y a lo que está en juego en el campo, y eso, más allá de los conflictos que los oponen de manera a veces virulenta. Están, por ejemplo, de acuerdo sobre el hecho de que es necesario llegar a una definición fija y estandarizada de lo que son las culturas indígenas. También están convencidos de que hay que profesionalizar al saber indígena para que adquiera un valor objetivo y un cierto grado de reconocimiento general más allá de las comunidades locales.

Hablar de la interculturalidad como campo social permite por otra parte entender el fenómeno de transmutación de propiedades sociales (los *habitus*) en capital cultural y de la conversión de este último en capital político. De este punto de vista, y tomando prestado una idea desarrollado por Pierre Bourdieu, diremos que el campo hace el capital, convirtiendo así ciertas propiedades sociales en instrumentos de luchas y arrancándolas a la insignificancia, al anonimato o a la ineficiencia a la que estarían condenadas en otro campo. Es así como, por ejemplo, los conocimientos sobre la cultura indígena y las conceptualizaciones de la salud indígena llegan a ser competencias *monnayables* sobre el nuevo mercado de la salud intercultural y pueden convertirse en capital específico de este campo. Fuera de este campo, los conocimientos y saberes de los terapeutas llamados “tradicionales” no tienen el mismo valor, no son un capital cultural propiamente dicho. Fuera de este campo, las redes sociopolíticas en el centro de las cuales se ubican los dirigentes indígenas o los conocimientos que algunos comuneros manejan sobre la historia social de sus comunidades o los mecanismos políticos internos no constituyen un “capital social”.

Llegamos acá a otro punto crucial con respecto del uso acrítico y mistificador que los agentes del campo intercultural hacen de los conceptos de capital social y capital cultural. Del mismo modo que la interculturalidad,

estas nociones fueron colonizadas por las ciencias políticas y económicas dominantes para ser luego vaciadas de su contenido político y reinsertadas en el marco conceptual de la teoría del *rational choice* o en la grilla interpretativa conocida bajo el nombre de individualismo metodológico. No nos extenderemos sobre las críticas que pueden hacerse a estas teorías y al uso de las nociones antes mencionadas. Conviene sin embargo añadir que los ideólogos de las agencias multilaterales de desarrollo y los agentes sociales que participan del campo intercultural tienden a considerar el “capital social” y el “capital cultural” como algo dado o ya existente en las comunidades indígenas. En otras palabras, para ellos, las prácticas culturales indígenas son una forma de capital cultural. Del mismo modo, los lazos interpersonales, las redes de parentesco, los mecanismos de colaboración económicas son consideradas bajo el rótulo de capital social. Al postular la existencia de distintas especies de capital en el seno de las comunidades indígenas, los etnoburócratas ocultan los mecanismos que participan de la conversión de las prácticas y representaciones sociales y culturales de los grupos indígenas en los distintos tipos de capital del nuevo campo intercultural. Sin embargo, como lo hemos planteado anteriormente, es sólo al término de un largo proceso de recopilación, traducción, sistematización, estandarización, reificación y reinscripción en un nuevo espacio social que se les otorga la calidad de capital a los saberes, prácticas y conocimientos indígenas. Por consiguiente, hablar de capital social y cultural como algo existente al estado bruto, podríamos decir, en las comunidades indígenas, es invisibilizar el proceso de normalización y de colonización de la cultura indígena que está actualmente en marcha. Pues en realidad, las nociones de capital social y de capital cultural son la manifestación de la introducción de lógicas heterónomas en el seno de las comunidades indígenas. Es la constitución y la existencia del campo intercultural las que permiten la existencia de estas especies de capital consideradas como naturales por los agentes de este campo.

Conclusión

El cuestionamiento sociológico con respecto de la constitución del campo de la interculturalidad remite a un problema más general que consiste en saber que es el Estado. Pues la estructuración de este nuevo campo está directamente articulada a la extensión de los mecanismos de estatalización de las poblaciones indígenas rurales de Chile. Se trata en realidad de implementar nuevos mecanismos de normalización y de

estandarización en lugares sociales que escapaban, hasta hace poco tiempo, a la lógica heterónoma del Estado. En varios trabajos socio-etnográficos se ha mostrado que la implementación de programas de salud intercultural en territorios mapuche y atacameño tendió a desplazar los mecanismos de legitimación de los cultores tradicionales desde las comunidades hacia la etnoburocracia estatal (BOCCARA, 2007, p. 185-207; BOCCARA; BOLADOS, 2010, p. 347-384). Desde esta perspectiva, la estructuración del campo de la salud intercultural puede ser interpretada como un mecanismo mediante el cual el ejercicio de la violencia física y simbólica legítima del Estado (BOURDIEU, 2012, p. 14) tiende a desplegarse sobre un nuevo segmento del cuerpo de la nación. Pues es del Estado, que concentra el capital simbólico de reconocimiento y de legitimidad, que los nuevos agentes indígenas de la salud deben esperar su legitimación. Paulatinamente, se ha inculcado la idea de que, en última instancia, es del Estado que habrá que esperar la legitimación de la llamada medicina ancestral, vía la operación de unificación del mercado terapéutico y de homogeneización de las formas de comunicación (BOURDIEU, 1997, p. 105). Si bien los cultores gozan de un estatus y ejercen un poder de una naturaleza diferente a la del biomédico y obtienen su legitimidad a través de mecanismos sociales e ideológicos específicos (FASSIN, 1996), tendrán sin embargo que acomodarse al principio de visión y división del mundo social y a las formas de clasificaciones estatales. Es así como de manera muy concreta, a través de micro-actos y prácticas localizadas y de generación de nuevos agentes sociales que se desenvuelven en el seno de nuevos espacios sociales interculturales, el Estado se constituye como “una instancia central de nombramiento” (BOURDIEU, 1997, p. 111) en ámbitos cada vez más extendidos de la sociedad. Parafraseando a Pierre Bourdieu, podríamos decir que el capital simbólico del terapeuta indígena que se basa en una estima social y en un conocimiento y reconocimiento de su poder inestable de curar en un espacio social local o regional bien circunscrito debe, en el nuevo contexto de la salud intercultural, alcanzar algún nivel de objetivación burocrática para llegar a tener una validez universal y permanente. En resumidas cuentas, las luchas por el reconocimiento pasan cada vez más por el hecho de reconocer al Estado el poder de nombrar y de autorizar a una categoría de agentes (los cultores) “a ser oficialmente, es decir pública y universalmente, lo que por el momento son por sí misma” (BOURDIEU, 1997, p. 115). El punto de vista particular de la sociedad dominante sobre lo que es la medicina se impone así, en razón a la posición de dominado y de marginación que ocupan los indígenas en la sociedad chilena contemporánea, como el punto de

vista universal. En el marco de la interculturalidad, el reconocimiento de la “medicina ancestral” en tanto que “medicina” involucra la emergencia de una identidad social de “médico ancestral” socialmente garantizada y subordinada. Y es en el marco jurídico-institucional objetivo de la interculturalidad que esos nuevos agentes sociales legítimos podrán ejercer su oficio de manera legítima.

Por consiguiente, lo que me parece importante destacar aquí es que los estudiosos que se dedican a buscar una definición correcta o precisa de lo que sería o debería ser intercultural son en realidad parte del juego social que pretenden explicar. Tienden a reproducir los mecanismos mediante los cuales el Estado, en tanto que entidad teológica que existe a través de la creencia (BOURDIEU, 2012, p. 25) y que produce actos de categorización, se impone como ortodoxia. Tienden a participar de la producción y canonización de las categorías producidas por el Estado en lugar de tomarlas como objetos de estudio. En cambio, emprender el análisis de la interculturalidad en tanto que campo social burocrático es mostrar que es en este espacio que tienden a definirse los principios dominantes y legítimos de visión y de división del mundo social. Es a través de la implementación de la interculturalidad que se tiende no sólo a gobernar a los pueblos indígenas sino que a producirlos en tanto que pueblos indígenas. Los censos, talleres y programas interculturales, la literatura administrativa sobre las culturas indígenas, la nominación de especialistas en interculturalidad, los diagnósticos socioculturales o la capacitación de funcionarios públicos no sólo sirven para medir y conocer a los gobernados sino que producen las categorías legítimas de la nueva sociedad multicultural y pluriétnica del Chilena neoliberal. Estas categorías deben ser universalmente reconocidas y llegar a constituir un nuevo sentido común, nuevas evidencias que no se discuten, la nueva *doxa* del multiculturalismo neoliberal o del neoliberalismo multicultural (BOLADOS, 2010). La perspectiva que hemos adoptado en este trabajo consiste por lo tanto en desnaturalizar y develar los mecanismos mediante los cuales se produce esta impostura legítima llamada Estado pluricultural.

Referencias

- APPADURAI, A. *Fear of small numbers: an essay on the geography of anger*. Durham: Duke University Press, 2006.
- BOCCARA, G. The Mapuche people in post-dictatorship Chile. *Études Rurales*, n. 163-164, p. 283-304, 2002.

BOCCARA, G. Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara – Revista Chilena de Antropología*, v. 39, n. 2, p. 185-207, 2007.

BOCCARA, G.; BOLADOS, P. La nueva cuestión étnica: el multiculturalismo neoliberal en el Chile de la posdictadura. *Revista de Indias*, v. 70, n. 250, p. 347-384, 2010.

BOCCARA, G.; IBACACHE, J.; ÑANCO, J. Modelo de lógica intercultural o modelo de salud de lógica indígena: algunas reflexiones sobre la noción de interculturalidad. In: JELVES, I. (Comp.). ENCUESTRO NACIONAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS, 3., 1999. Villarrica. *Anales...* Temuco: Servicio de Salud Araucanía Sur, 2001.

BOCCARA, G.; RAPIMAN, E.; CASTRO, M. *Salud complementaria, territorio y estado en tierra Lafkenche*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2004.

BOCCARA, G.; SEGUÉL, I. Políticas indígenas en Chile (siglos XIX-XX). *Revista de Indias*, n. 217, p. 741-774, 1999.

BOLADOS, P. *Neoliberalismo multicultural en el Chile democrático: gubernamentalizando la salud atacameña a través de la participación y el etnodesarrollo*. 2010. Tesis (Doctorado en Antropología) – UCN-UTA, San Pedro de Atacama, 2010.

BOURDIEU, P. *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama, 1997.

BOURDIEU, P. *Sur l'Etat: cours au Collège de France 1989-1992*. Paris: Editions du Seuil, 2012.

CUYUL, A. *La burocratización de la salud intercultural: del neo-asistencialismo al autogobierno mapuche en salud*. 2008. Disponible en: <http://www.mapuexpress.net/images/publications/13_5_2008_17_18_49_1.pdf>. Consultado en: 12 jul. 2010.

FASSIN, D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.

FERGUSON, J. *The anti-politics machine: "development", depoliticization, and bureaucratic power in Lesotho*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1994.

WALSH, C. Interculturalidad y colonialidad del poder: un pensamiento y posicionamiento 'otro' desde la diferencia colonial. In: CASTRO, S.; GROSGUÉL, R. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo de Hombres, 2007.

Capítulo 8

Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras

Luciane Ouriques Ferreira

O caráter multicultural da nação brasileira veio a ser oficialmente reconhecido com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Organizados em mais de 230 etnias falantes de 180 línguas distintas, com uma população de 896.917 mil pessoas, os povos indígenas trazem uma importante contribuição para o incremento da diversidade sociocultural do país.¹ A Carta Magna, ao superar a tutela sobre a pessoa indígena e reconhecê-la como cidadã brasileira, garantiu aos povos indígenas o direito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, bem como sobre as terras que tradicionalmente ocupam. A partir de então, a retórica do Estado passou a operar com as ideias de diversidade cultural, interculturalidade e protagonismo indígena.

A Constituição de 1988, portanto, instaurou as bases para a criação de políticas públicas voltadas para a efetivação dos direitos diferenciados dos povos indígenas. Para concretizar o direito à saúde, foi criado, por meio da Lei nº 9.836, de 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como forma de organização de serviços em espaços etnoculturais delimitados

¹ Dados disponíveis em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/linguas/introducao>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

(MS, 2002, p. 13). Nesse mesmo ano, o Decreto nº 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), delegando à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade por gerir e executá-la.² Em 2010, por sua vez, o Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, transferiu a responsabilidade pela gestão do Subsistema para a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), criada nesse mesmo ano no âmbito do Ministério da Saúde.

A PNASPI é “resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos postos em movimento desde a década de 1980” (LANGDON, 2004, p. 34). Além da Constituição Federal e dos direitos internacionais,³ a emergência do movimento indígena e do movimento da reforma sanitária – que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) –, também contribuiu para a reconfiguração dos serviços de saúde prestados aos povos indígenas (LANGDON, 2004).

De qualquer forma, ainda hoje os modelos de gestão e de atenção à saúde indígena se encontram em construção. Nesse processo de permanente negociação entre os diferentes agentes socialmente posicionados no campo da saúde indígena, não há consensos sobre os sentidos que informam alguns dos princípios instituídos pela PNASPI. Esse é o caso, por exemplo, da noção de atenção diferenciada à saúde indígena, da estratégia de articulação dos serviços aos sistemas tradicionais indígenas de saúde e também da ideia de interculturalidade veiculada por essa política.

PNASPI: Atenção diferenciada e interculturalidade

A PNASPI, aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro 2002, foi criada para compatibilizar a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) com a Constituição Federal de 1988. O objetivo da PNASPI é “garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (MS, 2002, p. 13).

² Até a criação do Subsistema, a atenção à saúde indígena foi prestada pelos órgãos governamentais indigenistas: primeiro pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) criado em 1910 e, a partir de 1967, pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Antes disso, a assistência era dada, em grande parte, pelas agências missionárias.

³ Principalmente os previstos pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (1989), ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 143, de 25 de julho de 2002.

A primeira diretriz da PNASPI estabelece os DSEIs como modelo de organização de serviços de atenção primária à saúde em territórios etnoculturais dinâmicos. A metodologia da “distritalização diferenciada” para a delimitação das regiões de atenção à saúde dos povos indígenas pautou-se no conceito de “territórios tradicionalmente ocupados” (GARNELO, 2004). Já, no que se refere à rede de média e alta complexidade, a PNASPI também recomenda que se considerem questões relacionadas às restrições/prescrições alimentares, ao acompanhamento do paciente indígena por parentes e/ou intérpretes, à visita de terapeutas tradicionais, à instalação de redes em ambientes hospitalares, entre outras determinações (MS, 2002, p. 15).

Assim, além de propor um modelo complementar e distinto de organização dos serviços, essa Política reconhece o direito dos povos indígenas de terem acesso a uma atenção diferenciada à saúde, adaptada às suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais. Segundo a PNASPI, até o momento de sua criação,

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e busca de tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação da saúde. (MS, 2002, p. 8).

Apesar de a PNASPI não explicitar com qual noção de interculturalidade está operando, esta emerge no texto oficial, particularmente, em duas diretrizes:⁴ a que postula a necessidade e preparação de recursos humanos para atuação nos contextos interculturais da saúde indígena e a que estabelece a articulação dos serviços aos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

Na diretriz que trata da preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, a ênfase recai sobre a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como estratégia “que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos

⁴ Outras diretrizes que dialogam com a questão da interculturalidade são a da promoção do uso adequado e racional de medicamentos, que prevê a valorização das práticas farmacológicas indígenas e a sua integração às ações de assistência farmacêutica; e a do controle social, que prevê a participação indígena nos serviços de saúde (MS, 2002).

da medicina ocidental” (MS, 2002, p. 15). Essa medida não objetivaria substituir as práticas indígenas pelas ocidentais, mas incrementar o acervo indígena de terapias e cuidados com a saúde. Para formar os AIs, a PNASPI recomenda que os cursos de capacitação adotem metodologias participativas propícias à comunicação intercultural, além de mencionar a necessidade de capacitar os demais profissionais de saúde não índios para atuar de forma culturalmente adequada junto aos povos indígenas (MS, 2002).

A diretriz que recomenda aos serviços atuarem de forma articulada às medicinas tradicionais indígenas, por sua vez, imagina esses sistemas sociomédicos operando com uma concepção holística de saúde. A PNASPI reconhece, por sua vez, que as práticas indígenas de cura respondem à lógica interna de cada comunidade e são produto de sua relação particular com o cosmos. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da Organização Mundial de Saúde (MS, 2002, p. 16-17).

Apesar de não aderir abertamente à perspectiva integracionista e definir a relação entre as medicinas indígenas e os serviços de saúde em termos de articulação de sistemas sociomédicos, a PNASPI não esclarece sobre os meios através dos quais essa articulação pode ser efetivada. Nem tampouco deixa claro o que entende pelo princípio de atenção diferenciada e com qual definição de interculturalidade está operando. Assim, tanto abre margem para que essas recomendações sejam apreendidas pelos agentes que atuam no campo da saúde indígena pelo viés ideológico da integração – dispositivo tutelar historicamente empregado pelo Estado na relação estabelecida com os povos indígenas –, quanto não contribui para a efetivação do direito dos povos indígenas de terem acesso à atenção diferenciada à sua saúde, conforme indicam alguns estudos antropológicos realizados no campo da saúde indígena.

Atenção diferenciada em análise – as reflexões antropológicas

Se a política de saúde indígena é orientada pelos mesmos princípios doutrinários que regem o SUS – universalidade, equidade e integralidade –, o que lhe confere especificidade é o princípio da atenção diferenciada. Entre antropólogos da saúde indígena impera o consenso de que o conceito de atenção diferenciada ainda precisa

ser operacionalizado nas diferentes instâncias do SUS e do próprio Subsistema (GARNELO, 2004; LANGDON, 2004; NOVO, 2010).

Apesar de esse princípio ser parte da PNASPI, não se conseguiu desenvolver diretivas que orientem efetivamente as equipes de saúde. Esforços para oferecer atenção diferenciada são isolados e há uma tendência à “essencialização” das noções de cultura e tradição, que se tornou centro da luta por poder entre comunidades e as equipes de saúde. (LANGDON, 2007, p. 9).

Para Langdon (2007, p. 9), “a atenção diferenciada supõe que profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar as práticas de saúde tradicionais”. Nesse caso, mais do que incorporadas ao sistema oficial de saúde, as práticas indígenas de autoatenção deveriam ser articuladas às rotinas dos serviços de saúde. Para tanto, os profissionais precisariam compreender que os sistemas médicos, inclusive a biomedicina, constituem construções socioculturais historicamente situadas. Essa consciência contribuiria para habilitá-los a (re)conhecer e refletir sobre os modos de vida das comunidades onde atuam e a levar a sério “as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços” (LANGDON, 2004, p. 44).

Todavia, apesar de a PNASPI prever a necessidade de recursos humanos com competência intercultural para atuar na saúde indígena, o Subsistema ainda possui limitações quanto à quantidade e qualidade dos seus profissionais (GARNELO, 2004, p. 11). Se houve avanços na ampliação da cobertura dos serviços e do financiamento à saúde indígena (ATHIAS; MACHADO, 2001; GARNELO; WRIGHT, 2001; GARNELO; SAMPAYO, 2005; LANGDON, 2004), a qualidade da atenção ainda é precária.

Em termos de qualidade dos serviços prestados, os DSEI vêm se mostrando pouco [...] sensíveis às formas próprias de cosmovisão e de organização política das etnias atendidas. [...] Os documentos normativos do subsistema de saúde indígena são pródigos na repetição de princípios genéricos de ação (como preconizar, por exemplo, a articulação e fortalecimento dos sistemas de medicina tradicional) que não se traduzem em atividades concretas nem nas programações anuais de atividades dos DSEI, nem nas práticas sanitárias das equipes. (GARNELO, 2004, p. 13).

A percepção de que as culturas indígenas constituem um obstáculo ao fazer da saúde nos contextos comunitários ainda é vigente entre profissionais e gestores da saúde indígena. Essa percepção está alinhada à ideia de que o paradigma biomédico é o único válido, verdadeiro e universal. A hegemonia da biomedicina, nesse caso, instaura “contradições quando se trata do respeito aos saberes tradicionais”, como preconizado pela própria PNASPI (LANGDON, 2004, p. 45).

Contudo, se os profissionais de saúde não estão aptos para atuar nos contextos comunitários indígenas culturalmente diferenciados, os AISs tampouco têm conseguido mediar a relação entre os conhecimentos biomédicos, com os quais operam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), e os saberes indígenas localmente situados. Por outro lado, poucas têm sido as reflexões sobre a contribuição dos AISs na efetivação do princípio da atenção diferenciada à saúde indígena, apesar de esse papel ter sido criado justamente com o intuito de qualificar “os serviços em um contexto intercultural” (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 22).

O que se verifica é que a formação e atuação dos AISs estão orientadas para capacitá-los a difundir noções de higiene para a sua comunidade e ajudar a EMSI a vencer as resistências comunitárias para com as “condutas sanitárias requeridas e adequadas para cada situação” (VARGAS, 1992, p. 138). Em consonância com a avaliação realizada por Vargas (1992), Novo (2010) identifica que os conteúdos dos cursos de formação dos AISs do Alto Xingu, ainda hoje, estão focados na prevenção de doenças por meio da transformação dos hábitos de higiene e dos cuidados pessoais. Com isso, esses AISs são transformados pelos cursos em “transmissores de conceitos biomédicos às aldeias onde atuam” (NOVO, 2010, p. 19), cabendo a eles a tarefa de “traduzir em linguagem nativa os conhecimentos da medicina ocidental” (NOVO, 2010, p. 77).

Há uma desvalorização evidente [por parte dos profissionais não indígenas] do papel do AIS enquanto mediador de saberes, tornando-se apenas um transmissor de conhecimentos biomédicos às comunidades a que pertencem. E esta questão fica clara quando se observam os conteúdos transmitidos nesses cursos e a valorização de um projeto pedagógico que coloca o AIS no papel de multiplicadores, devendo atuar como “promotores da informação e da educação em saúde”. (NOVO, 2010, p. 116).

Nesse caso, em vez de contribuir para efetivar o direito indígena à atenção diferenciada, atuando como mediadores entre saberes distintos em contextos interculturais particulares, os AISs tendem a atuar como

representantes da biomedicina que reproduzem em sua prática o poder-saber da medicina hegemônica.

De qualquer forma, apesar de a análise antropológica tecer uma crítica à imprecisão com a qual opera a PNASPI acerca do princípio da atenção diferenciada e aos seus efeitos no que tange à qualidade dos serviços de saúde prestados aos povos indígenas, os estudos aqui mencionados também não desenvolvem uma reflexão teórica sobre o conceito de interculturalidade que estão utilizando. Nesse caso, parece conveniente revisitarmos algumas das definições atribuídas ao conceito de interculturalidade, de modo a nos auxiliar a compreender os significados que informam essa categoria discursiva vigente no campo da saúde indígena.

Sobre os usos da interculturalidade

No campo da saúde indígena, a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, as relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes – a indígena e a ocidental. No entanto, as definições atribuídas a essa noção, em geral, são múltiplas e conceitualmente imprecisas, conformando-a como uma categoria discursiva polissêmica. Mesmo assim, convém ressaltar que o sentido que informa essa noção está intimamente associado ao conceito de cultura com a qual os agentes que a acessam estão operando.

A partir do exposto, poderíamos defender que a interculturalidade no âmbito das políticas de saúde indígena, apesar de os discursos oficiais não apresentarem uma definição explícita para o termo, também seria imaginada como equivalente à noção de atenção diferenciada e ao princípio de articulação entre sistemas sociomédicos distintos. Mas, como veremos, a questão da interculturalidade remete a um problema mais amplo e complexo do que a proposição acima apresentada.

Multiculturalismo e interculturalidade funcional

Para vários estudiosos (CANEVACCI, 2009; GROSFUGUEL, 2007; CANDAU, 2008; BRAND, 2002; WALSH, 2007), a interculturalidade constitui um desdobramento do multiculturalismo que, por sua vez, está a serviço do modelo neoliberal de gerenciamento das diferenças levado a efeito pelo Estado Nacional. Ao “resolver a coexistência dos traços

culturais diversos”, o Estado valoriza a cultura hegemônica, ao mesmo tempo que subalterniza e marginaliza “todas as outras, mais ou menos exotizadas, em mútua competição para serem reconhecidas e convidadas a se sentarem na última fila do teatro social” (CANEVACCI, 2009, p. 137).

Em sua face neoliberal, o multiculturalismo permite que cada grupo discriminado tenha seu espaço e celebre sua identidade/cultura sempre que não questionar as hierarquias etno-raciais do poder da supremacia branca e que deixe o *status quo* intacto. Assim privilegiam-se algumas elites dos grupos inferiorizados outorgando-lhes um espaço de modo a dar uma maquiagem multicultural ao poder branco, enquanto a maioria dessas populações vítimas do racismo crescente vive a colonialidade do poder cotidianamente. (GROSFUGUEL, 2007, p. 34).

No Brasil, é a partir do advento da Constituição de 1988 que o Estado passa a reconhecer a diversidade cultural da nação. Esse processo culmina no desenvolvimento de um multiculturalismo neoliberal que não questiona e nem transforma as relações assimétricas de poder historicamente instituídas entre Estado-Nação e povos indígenas (BRAND, 2002). Nesse contexto, a interculturalidade se torna “um prontuário funcionalista” para enfrentar os problemas de comunicação e gerenciar as diferenças étnicas: “O vetor intercultural parece tornar-se um treinamento para gerir e resolver os riscos de incompreensões linguísticas e, obviamente, culturais entre os diferentes” (CANEVACCI, 2009, p. 138).

Portanto, a interculturalidade funcional, apesar de promover o diálogo e a tolerância entre as diferenças, não trata das assimetrias sociais e nem tampouco reflete sobre os dispositivos do poder que perpetuam essas desigualdades. O reconhecimento e o respeito à diversidade cultural, assim, “se convertem em uma nova estratégia de dominação que ofusca e mantém a diferença colonial através da retórica do multiculturalismo e da ferramenta conceitual da interculturalidade ‘funcional’ com caráter integracionista” (WALSH, 2007, p. 4).

Nesse debate, Candau (2008) identifica dois tipos de abordagens sobre o multiculturalismo que podem contribuir para a compreensão dos usos discursivos que têm sido dados à noção de interculturalidade: uma abordagem descritiva e a outra prescritiva. A abordagem descritiva, ao perceber o multiculturalismo como constitutivo das sociedades contemporâneas, é usada para caracterizar contextos, relações e processos comunicativos, enfatizando a descrição e a compreensão das configurações interculturais em cada contexto particular.

Já o viés prescritivo concebe a interculturalidade (CANDAU, 2008; WALSH, 2007; BRAND, 2002) como um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e no respeito à diferença. Essa perspectiva ganha maior ênfase no campo da educação intercultural, a quem caberia criar condições para que o reconhecimento do outro e o diálogo entre diferentes propiciasse a construção de objetivos comuns e vivências partilhadas. Aqui, a interculturalidade se apresenta enquanto um projeto de sociedade plural, uma meta a ser alcançada, um sonho a ser construído – enfim, uma utopia.

Se considerarmos o discurso veiculado pela PNASPI, veremos que aí vigoram as duas abordagens: a descritiva, que caracteriza os contextos da saúde indígena como interculturais; e a prescritiva que estabelece o princípio da atenção diferenciada e a articulação entre os serviços de saúde e as medicinas tradicionais indígenas como forma de garantir a integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas. Se na política, aparentemente, é a dimensão prescritiva da interculturalidade que ganha destaque, no âmbito dos estudos antropológicos em saúde indígena anteriormente considerados, por sua vez, parece prevalecer justamente a dimensão descritiva da interculturalidade.

Mas antes de passar a refletir sobre a emergência da interculturalidade no campo da saúde indígena propriamente dito, convém considerarmos rapidamente os usos que vêm sendo dados a esse conceito no âmbito dos estudos etnológicos brasileiros, para, logo em seguida, problematizar a sua capacidade de contribuir, enquanto constructo teórico, para a compreensão das relações estabelecidas na zona de contato colonial da saúde indígena entre diferentes tradições sociomédicas.

A interculturalidade enquanto conceito antropológico

A maioria dos artigos sobre saúde indígena no Brasil que mencionam a interculturalidade o faz para qualificar determinados contextos ou tipos de interações e processos comunicativos sem, todavia, desenvolver uma definição explícita sobre o tema. Às vezes, percebemos que a noção de interculturalidade é tomada como sinônimo de interetnicidade, o que, se considerarmos as teorias brasileiras do contato interétnico, constitui um equívoco. De fato, no Brasil, o conceito de interculturalidade não obteve o mesmo rendimento teórico que o de

relações interétnicas (BARTH, 1998; VIVEIROS DE CASTRO, 1999; OLIVEIRA, 1976; OLIVEIRA FILHO, 1988; RAMOS, 2010).

Para Montero (2006), os estudos de aculturação desenvolvidos por Darcy Ribeiro até a década de 1970 constituíram uma primeira abordagem do fenômeno da interculturalidade. O conceito de cultura que informa as teorias de aculturação define os grupos sociais como um conglomerado de traços culturais que, ao entrarem em interação, passam a ser “dicotomizados e rapidamente absorvidos à oposição de tradicional X moderno” (OLIVEIRA FILHO, 1988, p. 29-30). Muitos dos sentidos que hoje informam a noção de interculturalidade no campo da saúde indígena estão alinhados a essa concepção de cultura e às teorias de aculturação.

Para fazer frente aos estudos de aculturação vigentes na primeira metade do século XX, que escamotearam as relações de dominação constitutivas das trocas culturais, Cardoso de Oliveira desenvolveu o conceito de fricção interétnica. Ao focar nos componentes estruturais do contato – o conflito e a interação continuada –, o autor chamou a atenção para as relações sociais instituídas no âmbito das situações interétnicas. Alinhado às reflexões realizadas por Barth (1969), Cardoso de Oliveira deslocou a ênfase dos grupos étnicos enquanto “unidades portadoras de cultura” para a sua existência como tipos organizacionais (OLIVEIRA FILHO, 1988).

Nesse caso, o conceito de interculturalidade se tornaria inadequado justamente por estar alinhado às teorias da aculturação que, além de não considerarem a dimensão de poder que configuram as trocas culturais, operam com uma noção essencializada de cultura. Aqui a interculturalidade surge como “uma mistura genérica de coisas diversas, indeterminada, muitas vezes descrita como uma resultante de ganhos e perdas entre sistemas culturais em conjunção” (OLIVEIRA, 1976, p. 21).

Da mediação cultural à indigenização da biomedicina

Atualmente, a interculturalidade enquanto conceito antropológico vem sendo redimensionada. Estudos antropológicos recentes sobre as interações sociais e simbólicas entre índios e missionários compilados por Paula Montero (2006), desenvolveram o conceito de interculturalidade enquanto uma forma de mediação cultural. Nesse caso, o conceito é aplicado para refletir sobre os processos de articulações simbólicas e de conexões de sentido produzidas pelas contínuas interações estabelecidas entre indígenas e missionários (MONTERO, 2006, p. 50).

Ainda que os encontros que engendram sentidos compartilhados, comumente, sejam marcados pela violência, pelas desigualdades de força e assimetrias de poder, eles tendem a instituir configurações interculturais particulares a partir das negociações de significados estabelecidas entre os distintos agentes sociais em interação. Os códigos compartilhados forjados nessa interação assumem um caráter mediador, ao permitir que a comunicação intercultural aconteça e que a produção de acordos circunstanciais sobre a ordem do mundo seja efetivada.

Da mesma forma que as missões, a atividade da saúde não deixa de instaurar um processo de produção simbólica particular que, ao forjar códigos compartilhados, permite que a comunicação intercultural aconteça. No entanto, devido à história do conceito vinculada às teorias de aculturação, aos múltiplos usos discursivos da interculturalidade e pelo fato de essa noção estar comprometida com o multiculturalismo neoliberal, considero mais adequado, em consonância com Langdon (2004) e Follér (2004), caracterizar o campo da saúde indígena como zona de contato⁵ onde ocorre o encontro intermédico e são instituídas relações de poder assimétricas.

O conceito de intermedicalidade, ao enfatizar a agência dos povos indígenas no processo de construção de distintas realidades sociomédicas, remete “aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações e à produção de medicinas híbridas” (LANGDON, 2004, p. 48). Nessa perspectiva, os sistemas sociomédicos constituem, portanto, um conjunto criativo de saberes e práticas e devem ser compreendidos de forma dinâmica e agencial (JACKSON apud FOLLÉR, 2004, p. 304). O conceito de intermedicalidade reconhece os povos indígenas como agentes de mudanças justamente por serem eles a articular sentidos e práticas de saúde oriundos de distintos horizontes socioculturais de modo a recriar os seus próprios sistemas sociomédicos.

O campo intermédico da saúde indígena possibilita aos povos indígenas se apropriarem de aspectos do sistema oficial de saúde com o qual eles interagem, atribuindo a eles novos sentidos e funções, ao incorporá-los de forma controlada aos seus próprios universos

⁵ “As zonas de contato se constituem em espaços dos encontros coloniais, onde são estabelecidas relações que geralmente envolvem condições de coação, desigualdade e conflito. É nesse espaço que se efetivam as relações entre colonizadores e colonizados, suas interações, entendimentos e práticas, que ocorrem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas” (PRATT apud FOLLÉR, 2004).

socioculturais (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004; LANGDON, 2004; FERREIRA, 2010). Desse modo, a indigenização da biomedicina implica tanto aceitação quanto resistência indígena perante o poder e a ideologia difundida pelo modelo médico hegemônico: “Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório” (FOLLÉR, 2004, p. 144).

Ao articularem, por meio das práticas de autoatenção, os recursos provenientes de diferentes sistemas sociomédicos, os povos indígenas tornam o campo da saúde um lugar de emergência de formas híbridas de atenção. Aqui, o que deve ser focado são as articulações entre sentidos e práticas que os distintos grupos sociais fazem dos diferentes modelos de atenção disponíveis em seu campo de ação. É justamente na zona de contato que as medicinas tradicionais indígenas assumem o caráter de códigos mediadores híbridos, também utilizados para facilitar a comunicação entre os povos indígenas e os serviços de saúde. A intermedicalidade, assim, constitui a forma assumida pela interculturalidade no campo da saúde indígena.

O fenômeno de emergência da parteira tradicional que tem lugar no contexto das aldeias indígenas do Alto Juruá, no Estado do Acre, constitui um exemplo do processo de emergência de formas intermédicas de cuidado com a saúde. Todavia, a perspectiva funcional e prescritiva da interculturalidade ainda é hegemônica no campo da saúde indígena. O que parece ser comum a ambas as abordagens é justamente o fato de as mesmas elegerem as medicinas tradicionais indígenas como o “outro” do diálogo intercultural: a primeira considera as medicinas indígenas em sua agência criativa; a segunda as instrumentaliza. Os próximos tópicos deste capítulo apresentarão de forma sucinta casos exemplares que ilustram os dois tipos de abordagem.

Medicinas tradicionais indígenas – o outro do diálogo intercultural

Os organismos internacionais exercem grande influência sobre o Estado brasileiro no que se refere à possibilidade de integração das medicinas tradicionais aos sistemas sanitários nacionais. Em 1978, por exemplo, a “Declaração de Alma-Ata” reconheceu que os praticantes das medicinas tradicionais poderiam colaborar nos cuidados primários de saúde desde que treinados para trabalhar e responder às necessidades

das comunidades.⁶ No entanto, foi somente em 2002 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu as diretrizes para a integração da medicina tradicional aos sistemas nacionais de saúde, ao publicar o documento *Estratégias da OMS sobre a Medicina Tradicional – 2002-2005*.

No Brasil, a publicação desse documento exerceu influência direta no desenvolvimento de políticas públicas específicas sobre o tema. Uma delas foi a criação, em 2003, da Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena no âmbito do Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus II).⁷ Paralelamente às ações desenvolvidas pelo Projeto Vigisus II, todavia, a FUNASA também apoiou projetos pontuais e dispersos realizados pelos DSEISs que tratavam de temas relativos às medicinas indígenas, tais como: incentivos à criação de hortas de plantas medicinais, encontros de pajés e capacitações de parteiras tradicionais.

O objetivo da Área de Medicina Tradicional Indígena era produzir conhecimentos, por meio de projetos participativos de pesquisa-ação, para subsidiar o processo de criação de estratégias de articulação entre as medicinas indígenas e o sistema oficial de saúde. Para tanto, ela adotou o conceito de intermedicalidade para informar as suas ações, justamente pelo fato de ele possibilitar o reconhecimento da agência criativa exercida pelos povos indígenas na produção das suas próprias realidades sociomédicas. Um caso exemplar das ações promovidas pela Área foram as reuniões entre parteiras, pajés e AISs dos povos indígenas que habitam a região do Alto Juruá no decorrer de 2006, para trocarem experiências sobre os conhecimentos e práticas de cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto.⁸

Já as demais iniciativas desenvolvidas pela FUNASA tenderam a integrar e instrumentalizar as práticas e os praticantes indígenas, subordinando-os aos saberes técnico-científicos que informam o modelo médico hegemônico (LANGDON, 2007). Os cursos de capacitação de parteiras tradicionais indígenas realizados em diferentes regiões do país desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são exemplos dessa perspectiva. Tais cursos objetivaram qualificar a atuação das parteiras

⁶ Declaração de Alta-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, 1978.

⁷ O Projeto Vigisus II foi viabilizado via Acordo de Empréstimo nº 7.227, de 1999, firmado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial.

⁸ Para maiores informações sobre os objetivos, métodos e projetos viabilizados pela Área de Medicina Tradicional Indígena, ver Ferreira e Osório (2007) e Ferreira (2010).

tradicionais tendo em vista garantir a segurança dos partos domiciliares por elas assistidos. De acordo com o Projeto de Lei nº 2.145/2007 (BRASIL, 2007), participar dos cursos de capacitação seria condição para regulamentar e reconhecer o ofício da parteira tradicional, de modo a integrá-la nos serviços de atenção primária de forma subordinada e sob a supervisão dos demais profissionais de saúde que integram as equipes.

Esse processo de instrumentalização das práticas indígenas de autoatenção se perpetuou por meio da gestão do Subsistema realizada pela recém-criada SESAI, como será mostrado, por meio da apresentação de discursos dos gestores dessa Secretaria, amplamente divulgados em matérias jornalísticas publicadas pelo setor na internet.⁹ Todavia, antes de passarmos a esses discursos oficiais, deter-nos-emos sobre alguns dos resultados reflexivos produzidos pelas reuniões de parteiras, pajés e AIs do Alto Jurá, desenvolvidas pela Área de Medicina Tradicional Indígena.

Sobre cursos, partos e parteiras tradicionais

Entre os projetos realizados pela Área de Medicina Tradicional Indígena estão os que abordavam, por exemplo, as possibilidades de articulação entre os sistemas indígenas de parto e os serviços de atenção à saúde da mulher. As três reuniões de parteiras, pajés e AIs que aconteceram no decorrer de 2006, no Estado do Acre, por exemplo, constituem ações alinhadas a esse objetivo.

Conforme já discutido anteriormente por mim (FERREIRA, 2010), essas reuniões congregaram parteiras, pajés e AIs de diferentes povos que habitam a região do Alto Juruá: Arara, Yaminawa, Yaminawa-Arara, Katukina, Kaxinawa, Yawanawa, Shanenawa, Nukini, Nawa, Ashaninka e Kulina.¹⁰ Ao contrário dos convencionais cursos de capacitação de parteiras tradicionais, a promoção desses encontros visou, por um lado, contribuir para a valorização dos saberes e das práticas indígenas acessados nos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, por meio da troca de experiências entre os seus participantes; por outro lado, produzir conhecimentos sobre a situação dos sistemas indígenas de parto

⁹ Reportagens disponíveis no Portal da Saúde do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708).

¹⁰ A maioria dos participantes pertencia aos povos Pano e, entre estes, os Kaxinawa estavam em maior número.

da região do Alto Juruá e sua interação com as políticas públicas de saúde da mulher indígena (FERREIRA; OSÓRIO, 2007).

O primeiro assunto pautado pelos participantes dessas reuniões foi a avaliação dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas que aconteceram entre os anos de 2000 e 2004 na região do Alto Juruá.¹¹ No geral, essas capacitações de parteiras foram bem avaliadas, tanto pelos conhecimentos de higiene apreendidos, quanto pelos *kits*-parteira distribuídos para aquelas que deles participaram.¹² No entanto, os discursos proferidos durante as reuniões revelaram o quanto esses cursos assumiram valores e significado diferentes dos veiculados pelas políticas públicas, ao serem apropriados e indigenizados pelas comunidades indígenas do Alto Juruá com base nos seus próprios universos socioculturais.

Para os participantes desses eventos, os cursos de parteiras instauraram mudanças na forma como a prática do “pegar menino” era feita antigamente. Apesar de os discursos revelarem que as mulheres não deixaram de operar com os saberes e as práticas indígenas de partejar, a incorporação dos materiais do *kit* foi um dos fatores que contribuíram para transformar o “parto tradicional” nos múltiplos contextos étnicos e comunitários do Alto Juruá.

Esse kit foi bom mesmo [...] porque agora a gente tá fazendo higiene e não é mais qualquer um que chega pra pegar filho da gente. Agora tem aquela parteira própria, que fez o curso. (Mulher Kaxinawa).

Nesse caso, ao que tudo indica, a transformação mais radical instaurada por esses cursos foi o surgimento da figura da parteira como alguém habilitado para acompanhar as gestações e assistir os partos nas comunidades.

¹¹ Esses cursos foram articulados por lideranças vinculadas ao movimento de mulheres indígenas do Acre, sendo financiados tanto com recursos governamentais, quanto por organizações internacionais. Tais ações integravam o “Programa Trabalhando com as Parteiras Tradicionais”, do Ministério da Saúde. De certa forma, os conteúdos divulgados nessas capacitações foram semelhantes aos repassados na formação dos AÍSS, na medida em que focam noções básicas de anatomia, higiene e prevenção aos agravos durante a gestação e o parto (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006). Para maiores informações, ver Ferreira (2010).

¹² O *kit*-parteira é constituído por tesoura, fita métrica, algodão, gaze, álcool, guarda-chuva, lanterna, etc.

Segundo dados etnográficos que descrevem as sociedades indígenas num passado recente, o parto era um evento que não necessariamente implicava a intervenção de um especialista. A ajuda, quando necessária, provinha do meio familiar mais próximo. Em muitos casos, a mulher dava à luz sozinha na floresta ou, simplesmente, contava com a ajuda de alguma parenta mais velha e de mais experiência, como a mãe ou a avó. (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006, p. 50-71).

No entanto, o processo de emergência da parteira tradicional não ocorre da mesma forma entre todos os povos indígenas do Alto Juruá. Na verdade, a noção de parteira, que aparece nos discursos como uma figura genérica e universal, encobre uma realidade extremamente diversa e dinâmica no que diz respeito tanto aos processos de surgimento dessa personagem no âmbito das comunidades, quanto às formas que a organização da assistência ao parto assume nesses contextos.

No decorrer das reuniões, os Katukina relataram que antes dos cursos de parteiras “qualquer pessoa pegava criança”. Quando ocorriam complicações durante a gestação ou no parto, o pajé é que era chamado para intervir. Com o advento dos cursos, as lideranças e comunidades Katukina passaram a indicar algumas mulheres para assumirem o cargo recém-criado de “parteira própria”.

Antigamente não existia parteira! Porque na nossa cultura, era assim: a filha ganhava neném, a mãe pegava; se for a irmã, o irmão dela mesmo pegava o neném. Não tem própria parteira! Antigamente, como se diz, qualquer um pegava o neném dos parentes. Hoje não! Hoje vocês começaram a estudar as leis do nawa [brancos] e já começam a falar de parteira. Antigamente não existia parteira própria pra pegar o neném! Quem trabalhava com a mulherada era o pajé! [...] Antigamente não existia isso. (Pajé Katukina).¹³

Entre os Kaxinawa também encontramos uma situação semelhante: tradicionalmente o “evento do parto acontecia no âmbito familiar e a assistência era fornecida pelas mulheres mais próximas em termos de parentesco” (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006, p. 55). Muitos dos kaxinawa que participaram dos eventos do Alto Juruá

¹³ Ao se referir às leis e aos negócios dos *nawa* (brancos), o pajé Katukina está se referindo aos conteúdos apreendidos pelas mulheres Katukina que participaram dos cursos de capacitação de parteiras.

também afirmaram que até pouco tempo atrás não existiam parteiras em suas comunidades. Um AIS conta que há seis anos o cargo de parteira havia sido criado em sua aldeia e que antes disso “qualquer um pegava menino”.

Anteriormente, como já falaram aqui, qualquer uma era parteira. As parteiras eram de qualquer jeito. Atuavam na necessidade de atender algum parto na aldeia. Hoje mudou muito através do conhecimento dos nawa [brancos]. [...] Eu tenho um exemplo na minha comunidade. Há seis anos atrás, a parteira era qualquer uma. Depois que as parteiras foram reconhecidas, que pegaram um treinamento e receberam o kit com material, foi que a comunidade indígena passou a respeitá-las. A partir de então ela pode acompanhar todas as grávidas, juntamente com o agente de saúde. (AIS kaxinawa).

Uma parteira da mesma comunidade desse AIS ainda explica que hoje em dia, na sua aldeia, as mulheres com experiência prática de “pegar menino”, mas não capacitadas, podem assistir os partos somente quando a “parteira treinada” não estiver disponível.

Agora não tem mais isso não! Quem pode acompanhar ou cuidar da mulher grávida é aquela que tem o curso. É só quando a parteira que fez o curso não está, que a pessoa que entende pode fazer o parto. (Parteira kaxinawa).

Esses depoimentos indicam que a emergência da parteira em algumas comunidades, decorrente dos cursos de formação oferecidos, instaurou um processo de reorganização dos cuidados prestados à gestação e ao parto ao redefinir papéis e interferir sobre as relações estabelecidas entre os parentes concernidos no processo de produção de uma nova pessoa indígena. Ao instituir as parteiras capacitadas como aptas a acompanhar as gestantes e a assistir os partos, os cursos contribuíram para desautorizar outras pessoas com experiência prática em “pegar menino”.

Contudo, o surgimento recente da parteira como alguém próprio para acompanhar as gestantes e realizar os partos não é unanimidade entre os povos do Alto Juruá. Os participantes Yaminawa-Arara, Nukini, Nawa, Yawanawa e Shanenawa mencionaram a existência de mulheres que se destacavam dentro das suas comunidades por terem experiência em “pegar menino”. Portanto, se entre alguns povos do Alto Juruá a

figura da parteira emerge com os cursos, em outros, a sua atuação é transformada pelas capacitações. Todavia, o que parece ser comum em todos esses casos é o fato de a parteira emergir como cargo.

Não devemos perder de vista a esse respeito que o papel oficial de parteira traz ganhos importantes em termos de prestígio dentro do grupo, já que a pessoa passa a ter uma relação privilegiada [...] com as instituições governamentais. Existindo a perspectiva de que, em algum momento, se crie uma política pública destinada à contratação de parteiras. A esse respeito, a eleição de uma determinada mulher para ser parteira não está isenta de considerações de caráter político. (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006, p. 95).

Portanto, ao contribuir para criar o cargo de parteira, esses cursos deslocaram do âmbito familiar uma parte dos cuidados com a gestação e o parto, concentrando na parteira o exercício de “uma prática que, tradicionalmente, estava difundida entre a população” (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006, p. 95). Nesse caso, emerge também uma nova forma de entender os cuidados com a gestação e o parto, enquanto os papéis sociais desempenhados pelos cuidadores das grávidas e parturientes são redefinidos.

Os efeitos e as consequências de oferecer cursos de capacitação para “parteiras” indígenas não se limitam a uma “melhoria” das condições sanitárias do parto indígena; acarretam também mudanças sociais, já que o atendimento do parto passa a ser prerrogativa de pessoas especializadas. Esse processo aponta para uma medicalização do parto, na medida em que se trata de suplantiar as práticas tradicionais pelas biomédicas. (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006, p. 98).

Todavia, os enunciados proferidos durante as reuniões do Alto Juruá também indicam que, apesar dos cursos de capacitação, as mulheres não deixaram de operar com as práticas indígenas de cuidado com a gravidez e o parto. Os participantes desses eventos se referiram a um amplo e complexo conjunto de práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009) conformadas por condutas, técnicas e recursos usados no cuidado com a gestação, o parto e o pós-parto: dietas alimentares; o uso de animais, folhas e remédios da mata; o emprego de cantos e rezas. Tais práticas são importantes não só por garantirem a segurança da gestação e do parto, mas também por fazerem parte dos

processos socioculturais de produção de corpos e pessoas indígenas entre os povos do Alto Juruá.

Portanto, apropriar-se dos conhecimentos e das coisas advindos do mundo do branco não significa substituir aqueles com os quais se vinha operando, mas acumular diferentes saberes e recursos para transformá-los, ao atribuir-lhes novos papéis e significados nos contextos socioculturais dos quais agora eles fazem parte. Nesse caso, ao irromperem no local e serem apropriadas e colocadas a serviço dos interesses de *developman*¹⁴ desses povos indígenas, os cursos de capacitação de parteiras propiciaram a emergência de sistemas intermédicos de atenção ao parto no Alto Juruá.

Seguindo um viés distinto daquele adotado pela Área de Medicina Tradicional Indígena que orientou a realização das reuniões de parteiras, pajés e AISs no Alto Juruá, os gestores atuais da saúde indígena tendem a reproduzir em seus discursos sobre as medicinais tradicionais indígenas a perspectiva integracionista, prescritiva e instrumental que informa a noção de interculturalidade funcional.

As medicinais indígenas no ponto de vista da SESAI

A SESAI, apesar de estabelecer como missão “implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinais tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais”, nem aderiu às definições adotadas pela PNASPI, nem tampouco considerou os conhecimentos e lições apreendidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Funasa. Como pode ser verificado nas matérias jornalísticas amplamente divulgadas pelo setor, a SESAI desenvolveu um entendimento próprio sobre o assunto.¹⁵

Para “observar as práticas de saúde e as medicinais tradicionais” no processo de formação de recursos humanos para a saúde indígena, a SESAI criou a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para

¹⁴ Com a noção de *developman*, Sahlins se refere aos processos de apropriação dos objetos ocidentais e a sua reversão para o fortalecimento das noções indígenas de boa vida. “Os povos indígenas locais experimentaram um *developman* de sua cultura tradicional desde e através de sua articulação com o sistema mundial moderno” (GREGORY apud SAHLINS, 1997, p. 16).

¹⁵ Reportagens disponíveis no Portal da Saúde do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708).

Atuação em Contexto Intercultural (CODEPACI). No entanto, os discursos veiculados por essa Secretaria expressam o desconhecimento e a incompreensão dos gestores acerca das diversas realidades sociomédicas dos povos indígenas. Consequentemente, tais discursos difundem uma visão estereotipada sobre as medicinas tradicionais e os seus praticantes.

Em vez de aderir ao conceito de sistemas tradicionais indígenas de saúde como preconizado pela PNASPI, a SESAI define a medicina tradicional como equivalente à pajelança, ou seja, “aquilo que os pajés fazem”. Dessa forma, os sistemas sociomédicos indígenas são reduzidos ao *status* de manifestação religiosa e de um conjunto de crenças milenares.

Para os primeiros habitantes do Brasil, os índios, o tratamento e a cura de doenças são feitos por meio da “pajelança”, que é um termo genérico aplicado às diversas manifestações religiosas dos mais de 220 povos indígenas brasileiros. O termo refere-se aos rituais nos quais um pajé ou xamã entra em contato com entidades (espíritos, animais, forças da natureza, entre outros), para resolver problemas que acometem pessoas ou coletividades. Segundo a crença dos indígenas, esses poderes podem ser usados para curar doenças como também para provocá-las, razão pela qual é comum atribuir a origem de doenças aos feitiços.¹⁶

Em novembro de 2011, a SESAI realizou a oficina nacional “Construindo as Linhas de Cuidado Integral na Rede de Saúde Indígena”, quando reuniu pajés e parteiras de diferentes regiões do país para debater sobre como articular os cuidados e as práticas tradicionais aos serviços de saúde. Os títulos das matérias jornalísticas sobre o evento contribuem para a compreensão de como essa noção vem sendo operacionalizada pelo órgão hoje responsável pela saúde indígena: “Avanço: práticas indígenas aliadas à medicina do SUS melhoram atendimento ao índio”; “Tradição: encontro discute crenças e saúde com lideranças indígenas”; “Medicina tradicional pode ser aplicada em todo o SUS, afirma Secretário da SESAI”; “Oficina nacional qualifica mais de 200 agentes de saúde para incorporar a prática da medicina tradicional”.

De acordo com matéria publicada em 10 de novembro de 2010, o objetivo dessa Oficina seria sensibilizar os profissionais de saúde

¹⁶ Reportagem disponibilizada em 4 de novembro de 2011 por meio do sítio eletrônico da SESAI. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso em: 12 ago. 2012.

em relação às medicinas tradicionais indígenas. A integração entre medicina alopática e os tratamentos tradicionais foi apresentada como a grande aposta da Secretaria para garantir a qualidade no atendimento aos indígenas. Para tanto, os gestores pretendem integrar a medicina tradicional ao SUS. “Para o Secretário Especial de Saúde Indígena, o evento é uma oportunidade de unir as práticas do cuidado tradicional – como o tratamento com plantas medicinais feito pelo pajé – em integração com os profissionais que compõem as equipes de saúde”.¹⁷

Ora, diferentemente da estratégia de articulação dos serviços de saúde às práticas de autoatenção indígenas que busca conhecer as realidades sociomédicas indígenas para então estabelecer um processo dialógico, participativo e situado de construção de rotinas articuladas de cuidados com a saúde, a perspectiva integracionista está pautada na necessidade de validação científica dos saberes e das práticas das medicinas indígenas, bem como de qualificação dos praticantes tradicionais. Fato que, por não ser explicitamente mencionado pelos gestores da saúde indígena, não deixa de existir e nem de pautar os processos de integração das medicinas tradicionais aos sistemas de saúde nacionais (OMS, 2002). Portanto, ao não reconhecer o valor intrínseco dos sistemas sociomédicos indígenas, o discurso oficial tende a reduzir tais saberes ao *status* de crenças religiosas, subordinando-os à lógica técnico-científica sobre a qual se sustenta o modelo médico hegemônico.

A perspectiva integracionista assumida pela SESAI é corroborada por meio da reportagem sobre capacitação de parteiras tradicionais indígenas realizada pelo Distrito Leste de Roraima, que aconteceu em abril de 2012. Mais uma vez, estamos diante do processo de instrumentalização e subordinação das parteiras tradicionais – praticantes das medicinas indígenas – aos serviços de saúde, na medida em que, para reconhecê-las, é preciso capacitá-las; o que, inevitavelmente, as reduz ao papel de auxiliares das equipes de saúde no pré-natal e no parto desde que devidamente qualificadas.

A capacitação também faz parte da estratégia da SESAI de promover atenção integral à saúde por meio da integração entre a medicina tradicional indígena com as práticas da medicina ocidental. As parteiras são profissionais importantes na atenção

¹⁷ Reportagem disponibilizada em 4 de novembro de 2011 por meio do sítio eletrônico da SESAI. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso em: 12 ago. 2012.

à saúde indígena no que se refere ao auxílio às equipes de saúde no pré-natal e também no parto, principalmente em aldeias de difícil acesso. De acordo com o último levantamento do Distrito, atualmente existem cadastradas no DSEI 78 parteiras, sendo que 95% delas também são Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Cabe destacar que antes de serem AIS, as indígenas já eram parteiras.¹⁸

Os gestores do MS compreendem os pajés e as parteiras indígenas como detentores de conhecimentos provenientes de “culturas milenares” transmitidos ao longo das gerações.

São os pajés e as parteiras que têm a cultura milenar adquirida há milhares de anos, que mais podem contribuir para a junção de que é próprio da cultura e muito efetivo, ao que é muito importante para produzir saúde pra vocês. (Secretário da Atenção a Saúde/SAS/MS).¹⁹

Desse modo, a multiplicidade de formas de organização sociocultural de cuidados com a saúde, que corresponde à diversidade sociocultural dos povos indígenas no Brasil, é subsumida em uma imagem estereotipada acerca dos praticantes das medicinas indígenas. Além de reduzir os sistemas sociomédicos indígenas à atuação de seus especialistas, desconsiderando as práticas de autoatenção realizada no âmbito familiar, o discurso dos gestores toma como universal a existência de pajés e parteiras nas diversas sociedades indígenas do país.

Ora, se cada povo indígena possui os seus diferentes especialistas, então esse discurso está operando com uma ideia estereotipada sobre as medicinas indígenas, que compromete tanto a possibilidade de criação de estratégias de articulação dos serviços às práticas indígenas de saúde quanto a efetivação do direito à atenção diferenciada à saúde desses povos nos múltiplos contextos intermédicos da saúde indígena. Assim, o discurso gestor cria, a partir de uma imagem fantasmática de civilidade, a medicina tradicional indígena com quem irá dialogar, reproduzindo no campo da saúde indígena a perspectiva da interculturalidade funcional com a qual o Estado moderno opera.

¹⁸ Reportagem disponibilizada em 23 de abril de 2011 por meio do sítio eletrônico da SESAI. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=39942>. Acesso em: 12 ago. 2012.

¹⁹ Reportagem disponibilizada em 7 de abril de 2011 por meio do sítio eletrônico da SESAI. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=39942>. Acesso em: 12 ago. 2012.

Discursos oficiais em análise

No campo da saúde, as medicinas indígenas são o “outro” com quem os agentes do sistema oficial de saúde pretendem estabelecer um diálogo intercultural. Contudo, as definições que os agentes das políticas públicas dão às medicinas tradicionais não são criadas pelos povos indígenas, mas sim forçadas nos

centros de poder e, ainda que negociadas e re-significadas localmente, elas contêm em seu núcleo as premissas da essencialização cultural. [...] Em consequência, essa essencialização obriga a grupos [...] a silenciar-se, mimetizando e tomando as características “desejáveis” que impõem o imaginário nostálgico dos benfeitores da cultura neocolonial. (AYORA DIAZ, 2007, p. 139).

Dessa forma, ao definirem e fixarem o sentido das medicinas tradicionais indígenas, as políticas públicas desconsideram as definições que os próprios povos indígenas possam vir a dar aos seus sistemas sociomédicos. Se os pontos de vista indígenas não são considerados e nem dialogicamente construídos, então tais políticas estão operando com noções estereotipadas acerca das medicinas tradicionais e dialogando com as fantasias coloniais da civilidade sobre o outro indígena.

O que os gestores do MS não esclarecem por meio de seus discursos, intencionalmente ou por desconhecer as dinâmicas do campo, é o fato de que, para incorporar práticas e praticantes indígenas aos sistemas nacionais de saúde é necessário criar mecanismos de regulamentação do seu exercício, de modo a garantir a segurança, a qualidade, a eficácia e o uso racional das medicinas tradicionais. Para tanto, os sistemas oficiais de saúde precisam validar cientificamente as medicinas tradicionais indígenas. De acordo com a OMS (2002), à pesquisa científica cabe o papel de depurar os aspectos culturais que desqualificam essas medicinas e apresentar evidências quanto aos resultados de saúde a ser por elas alcançados de modo a validá-las e universalizá-las.

A ciência enquanto forma ocidental de produção de conhecimento é a instância legítima pela qual “todos os demais saberes devem passar para estabelecer seu próprio valor” (AYORA DIAZ, 2007, p. 135). É dela o poder de estabelecer uma hierarquia entre saberes e suprimir ou silenciar todos aqueles que não considerar

válidos. Ao perpetuar-se enquanto saber hegemônico respaldado pelo Estado, a ciência instaura um processo de neocolonização cultural do saber, subordinando conhecimentos e práticas dos povos indígenas à racionalidade instrumental biomédica, tal como acontece com os cursos de capacitação de parteiras, conforme discurso da SESAI.

Como podemos ver, os discursos dos gestores dessa Secretaria reproduzem a mesma dicotomia entre o tradicional e o moderno que historicamente vem sendo difundida pelos Estados Nacionais e organismos internacionais e que sustenta a grande narrativa da modernidade. A ideia de colaboração entre o SUS e as medicinas tradicionais remete à ressurgência da oposição entre progresso cultural representado pela ciência, pelos Estados desenvolvidos e pela cultura ocidental, em oposição às sociedades estáticas, representadas pela tradição e pelas culturas indígenas.

Ideias de desenvolvimento sobre a integração das etnomedicinas estão imersas em um pântano de construções ocidentais que apagam a agência social dos povos indígenas via a manutenção de sua ideologia que define o estático como a contraparte negativa do progresso. [...] Embora a etnomedicina esteja, em certa medida, legitimada como um recurso médico útil e alternativo, isso é somente na extensão que ela é manipulada pelo governo, pela economia da pesquisa biomédica científica ocidental e pela comunidade política de saúde. A etnomedicina é útil ao desenvolvimento somente na medida em que ela é cientificizada por intermédio de meios biomedicamente validados. (GREENE, 1998).

O discurso dos gestores da saúde indígena, conforme vimos, opera com uma noção fixa, simplificada e estereotipada acerca das medicinas tradicionais indígenas (BHABHA, 2005). No caso das medicinas tradicionais, essa fixidez está associada à ideia de que seus saberes e suas práticas provêm de tempos imemoriais, mantendo-se imutáveis, portanto, fixos e estáticos, no seu processo de transmissão por sucessivas gerações. Enquanto “manifestações religiosas” fundamentadas em “crenças”, as medicinas indígenas seriam consideradas atrasadas e supersticiosas, precisando ser aperfeiçoadas pela ciência para que se tornem um recurso eficaz de atenção à saúde.

O atual discurso oficial sobre as medicinas indígenas de fato opera com noções construídas a partir da fantasia da diferença colonial, que ao mesmo tempo reforça e subordina os povos indígenas, obrigando-os a

imitar aquelas imagens fantasmáticas da civilidade ou da cidadania. Ao operarem com estereótipos, tais discursos expõem os povos indígenas à opinião preconceituosa ainda vigente no imaginário da sociedade nacional acerca do que seja o índio no Brasil. Esse discurso também está informado pelo dispositivo de poder da mimese colonial, que tem a virtude de instaurar um processo de imitação e repetição da forma de ser e de fazer do colonizador (BHABHA, 2005). Esse é o mecanismo que informa, por exemplo, os cursos de capacitação de parteiras. Desse modo, os povos indígenas respondem ao desejo do colonizador de vê-los “reformados, reconhecíveis como sujeito de uma diferença que é quase a mesma, mas não exatamente” (BHABHA, 2005, p. 127).

Portanto, reconhecer oficialmente as medicinas tradicionais significa validá-las cientificamente, torná-las seguras e eficazes, transformá-las em universais. Somente dessa forma é possível, no caso brasileiro, integrá-las ao SUS. Nos discursos dos gestores da saúde indígena, esse processo de instrumentalização e colonização dos saberes e das práticas indígenas de saúde não é mencionado. Pelo contrário, ele mantém-se velado em função do uso de dispositivos discursivos com os quais o poder colonial opera: a visão estereotipada pela qual se apreendem as medicinas indígenas e os seus praticantes e a mimese colonial.

Por outro lado, os povos e comunidades indígenas tendem a se adaptar de forma estratégica às versões sobre as medicinas tradicionais impostas pelos agentes governamentais, tendo em vista acessar bens e benefícios econômicos e sociais advindos dessas relações. Ao irromperem nos contextos locais, os discursos oficiais das políticas públicas possuem a virtude de reordenar as relações sociais, conectando-as a uma ordem mundial mais abrangente, a exemplo do impacto que os cursos de capacitação de parteiras tiveram sobre os sistemas indígenas de atenção ao parto no Alto Juruá. Sabemos que os discursos, categorias, conhecimentos e bens disponibilizados pelas políticas públicas são apropriados pelos povos indígenas e submetidos a um processo de indigenização. Nesse processo, os discursos oficiais também são transformados de modo a atender aos próprios interesses indígenas de *developman* (SAHLINS, 1997) e de reprodução sociocultural. Portanto, no nível local, esses discursos passam a veicular outros sentidos, diferentes daqueles que originalmente possuíam.

Considerações finais

Seja ao adotar o viés descritivo da interculturalidade que caracteriza os contextos da atenção à saúde, bem como as relações e os processos comunicativos que ocorrem nessa zona do contato, seja em sua dimensão prescritiva, ao focar a questão da atenção diferenciada e da articulação das medicinas indígenas ao sistema oficial de saúde, as políticas da saúde indígena estão operando com o conceito funcional de interculturalidade. Nesse caso, a interculturalidade surge como um meio de adaptar e adequar as mensagens sanitárias aos contextos comunitários de modo a permitir que elas sejam apreendidas pelos povos indígenas. Assim, a “verdade” sobre os processos de saúde-enfermidade-atenção ainda continuaria sendo de domínio exclusivo da biomedicina.

Ao não desenvolver conceitualmente a noção de interculturalidade, a PNASPI a transforma em um adjetivo que qualifica de maneira irrefletida o campo da saúde indígena, sem atentar para as relações assimétricas de poder constitutivas dessa zona de contato. Essa imprecisão conceitual contribui para a emergência de uma multiplicidade de entendimentos sobre o tema – entendimentos esses, muitas vezes, pautados em imagens estereotipadas acerca dos povos indígenas e de suas respectivas culturas.

Essas imagens estereotipadas, por sua vez, estão pautadas em uma noção essencializada da cultura, pensada enquanto conjunto de traços culturais – a mesma utilizada pelas teorias de aculturação desenvolvidas no início do século XX: “As noções de cultura e medicina tradicional tendem a ser conceituadas no molde ‘museológico’, procurando traços culturais, homogeneidade e integridade que não existem” (LANGDON, 2007, p. 9). É essa noção de cultura que subjaz aos usos discursivos da interculturalidade. Orientado por essa noção, o contato entre diferentes culturas, constitutivo do fenômeno da interculturalidade, normalmente se daria então entre duas entidades discretas claramente delimitadas.

No entanto, o fato de o campo da saúde indígena ser um espaço intermédico faz com que as relações estabelecidas entre agentes inscritos em horizontes culturais distintos – indígenas e não indígenas – não possam ser reduzidas apenas à interação entre “duas culturas diferentes, identificáveis como entidades autolimitadas e bem definidas, separadas no tempo e no espaço” (FRANKENBERG apud LANGDON, 2004, p. 44). Configurada por relações de poder, a comunicação intercultural não se restringiria às culturas dos índios e dos profissionais que os

assistem (LANGDON, 2004, p. 46), mas remete também à interação entre as diversas tradições médicas que a perpassa.

Como podemos perceber no discurso dos gestores da SESAI, sob a retórica da articulação entre serviços de saúde e medicinas tradicionais indígenas, é a perspectiva integracionista que continua a instrumentalizar e colonizar os saberes e práticas indígenas a partir do viés biomédico. Esse processo de instrumentalização contribuiu para simplificar, reificar e reduzir as medicinas indígenas à condição de manifestações religiosas sustentadas sobre crenças. Dessa forma, o sistema oficial de saúde nega o direito de esses sistemas sociomédicos serem reconhecidos pelo seu valor intrínseco, enquanto sistemas de saberes e práticas. Assim, a instrumentalização via estereotipagem das medicinas indígenas e de seus praticantes por meio da retórica da interculturalidade torna-se um caminho eficaz para a colonização dos povos indígenas.

Os projetos voltados para delinear e implantar um modelo de saúde intercultural pautados no fortalecimento das medicinas indígenas e na sensibilização dos profissionais de saúde como forma de superar as “barreiras culturais”, portanto, emergem como uma forma de colonização dos saberes, práticas e praticantes indígenas. No Brasil, a saúde intercultural atua como um dispositivo de controle do Estado sobre os povos indígenas, constituindo “um novo espaço social de lutas materiais e simbólicas na qual se define o exercício de um biopoder diferencialista” (BOCCARA, 2005, p. 2). No processo de “culturalização da saúde”, a política intercultural tende a essencializar o étnico e culturalizar as relações sociais. Enquanto campo de lutas simbólicas, a saúde intercultural constitui uma forma estratégica de intervenção do Estado neoliberal para realizar a gestão das diferenças étnicas e culturais.

Em uma interessante reflexão proposta por Baniwa (2010), o antropólogo indígena chama a atenção para o fato de as comunidades indígenas terem dificuldades em compreender os conceitos de interculturalidade e de diálogo intercultural, justamente pelo fato de essas ideias terem sido originadas no “mundo dos brancos” e, logo, serem estrangeiras. Para ele, no caso da educação indígena, a retórica sobre a interculturalidade constitui um instrumento político empregado pelo Estado para convencimento dos povos indígenas: “Afim de contas, quem criou tais conceitos e com que propósito? Certamente não foram os povos indígenas” (BANIWA, 2010, p. 13-14).

Referências

- ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.
- AYORA DIAZ, S. I. Translocalidad y antropología de los procesos globales: saber y poder en Chiapas y Yucatan. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, v. 12, n. 1, p. 134-163, 2007.
- BANIWA, G. Os saberes indígenas e a escola: é possível e desejável uma escola indígena diferenciada e intercultural? In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICAS DE ENSINO (ENDIPE), 15., 2010. Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2010. Disponível em: <www.cinep.org.br/uploads/580272e6a30f763675251a3e394524baef26de85.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012.
- BARTH, F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, P.; STREIFF-FENART, J. *Teorias da etnicidade*. São Paulo: Editora da Unesp, 1998.
- BHABHA, H. *O local da cultura*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.
- BOCCARA, G. *Com esto quisiera dejar sentado el conflicto!*: la salud intercultural como espacio de etnización y de lucha de clasificaciones. In: REUNIÓN DE ANTROPOLOGÍA DEL MERCOSUL, 1., 2005. Montevideo. *Anales...* Montevideo: RAM, 2005.
- BRAND, A. Os desafios da interculturalidade e a educação infantil. In: CRUZ, H. M. (Org.). *Rumbo a la interculturalidad em educación*. México: Universidad Pedagógica Nacional; Casa Abierta al Tempo, 2002.
- BRASIL. *Projeto de Lei n. 2.145/2007*, da deputada federal Janete Capiberibe. Regulamenta a profissão das parteiras tradicionais no Brasil, 2007. Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=509402&filename=PL+2145/2007>. Acesso em: 12 ago. 2012.
- CANDAU, V. M. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Revista Brasileira de Educação*, v. 13, n. 37, p. 45-56, 2008.
- CANEVACCI, M. Transculturalidade, interculturalidade e sincretismo. *Concinnitas*, v. 10, n. 14, p. 137-141, 2009.
- FERREIRA, L. O. *Entre discursos oficiais e vozes indígenas*: a emergência dialógica das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. (Org.). Medicina tradicional indígena em contextos. In: REUNIÃO DE MONITORAMENTO, 1., 2007. Brasília. *Anais...* Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007.

FOLLÉR, M. A. J. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

GARNELO, L. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004*. Rondônia, UNIR/ENSP, 2004.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.

GARNELO, L.; WRIGH, P. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Bania. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.

GROSFUGUEL, R. Dilemas dos estudos étnicos norte-americanos, multiculturalismo identitário, colonização disciplinar e epistemologias descoloniais. *Ciência e Cultura*, v. 5, n. 2, p. 32-35, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO ETNOGRÁFICA – OHAR ETNOGRÁFICO. *Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Partos Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas: relatório etnográfico parcial (2º produto): fevereiro a abril de 2006*. Brasília: Olhar Etnográfico, 2006.

LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 7-12, 2007.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

MENÉNDEZ, E. Modelo de atenção de padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. (Org.). *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 17-70.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). FUNASA. *Política nacional de atenção à*

saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MONTERO, P. (Org.). *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006.

NOVO, Marina Pereira. *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA; Paralelo 15, 2010.

OLIVEIRA, R. C. de. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Pioneira, 1976.

OLIVEIRA FILHO, J. P. *O nosso governo: os Tikuna e o regime tutelar*. São Paulo: Marco Zero, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.

RAMOS, A. Revisitando a etnologia à brasileira. In: MARTINS, C. B. C.; DUARTE, L. F. D. (Org.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 25-49.

SAHLINS, M. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um objeto em via de extinção (parte 1). *Mana*, v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997.

VARGAS, I. V. D. Indigenismo sanitário?: instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Campo*, v. 2, n. 2, p. 132-142, 1992.

VIVEIROS DE CASTRO, E. de. Etnologia brasileira. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré; ANPOCS; Brasília: CAPES, 1999.

WALSH, C. Interculturalidad crítica y pedagogia de-colonial: apuestas (dés) de El in-surgir, re-existir e re-vivir In: MEMÓRIAS DEL SEMINÁRIO INTERNACIONAL “DIVERSIDAD, INTERCULTURALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDAD”, 2007. *Anales...* Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, 2007.

Capítulo 9

Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográfica¹

Carolina Remorini
María Laura Palermo

Introducción

El abordaje etnográfico de las condiciones que afectan la salud de diferentes pueblos y las variables que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención en contextos particulares no puede dejar de lado la consideración de las políticas públicas de salud y la acción de los agentes del Estado.

Si bien la escala de los estudios etnográficos nos sitúa en el micro nivel, atendiendo a las particularidades de procesos de salud-enfermedad-atención en enclaves específicos, deben considerarse factores y procesos del macro nivel que afectan trayectorias, decisiones

¹ Este trabajo se encuadra en la investigación “Estudio etnográfico y transcultural de las prácticas de crianza y su impacto en el desarrollo y salud infantil en poblaciones rurales e indígenas de Argentina”. Estas investigaciones ha sido posibles gracias al apoyo financiero del CONICET y la UNLP. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los integrantes de las comunidades Mbya Guaraní y a los pobladores, autoridades y personal sanitario de Molinos por su permanente colaboración y hospitalidad.

y prácticas cotidianas de los sujetos en cada contexto ecológico (BRONFENBRENNER, 1987).

En las últimas décadas se multiplicaron los estudios sobre la salud de los pueblos indígenas en América Latina, trascendiendo clásicos enfoques sobre etnomedicina, para dar cuenta de variables y procesos que afectan su situación sanitaria y su accesibilidad a servicios de calidad acordes a sus demandas y expectativas. Estos estudios también dan cuenta de los procesos actuales de transformación cultural, ecológica y política de los que participan las familias indígenas. Ello nos sitúa en un escenario complejo en el que coexiste una mayor visibilidad de estos grupos dentro de las sociedades multiculturales, lo que se traduce en el reconocimiento de derechos específicos y acciones orientadas a ellos, junto con la persistencia de situaciones de desigualdad en el acceso a prestaciones de salud adecuadas, la cronicidad de ciertas patologías y los efectos dispares de procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la salud de los pueblos indígenas debe ser analizada desde perspectivas que integren los conocimientos de diferentes disciplinas, atendiendo a sus respectivas escalas de análisis. Asimismo, es preciso superar la oposición entre saberes “populares” o “tradicionales” y “biomédicos”, insuficientes para dar cuenta de la complejidad y articulación de los diferentes saberes y prácticas médicas en los contextos locales y la multiplicidad de intervenciones desde los servicios de salud y/o programas del Estado que los modifican, cuestionan o legitiman (FLEISCHER; TORNQUIST; MEDEIROS, 2009; REMORINI, 2009).

En este punto, la convergencia entre el conocimiento científico creciente y las modificaciones en la salud de las poblaciones indígenas convoca a examinar las respuestas de las políticas públicas a sus demandas. La metodología etnográfica permite situar esta relación en el marco de un modo de vida particular, que da sentido a prácticas y experiencias cotidianas de los actores sociales.

En este sentido, nuestras investigaciones etnográficas sobre crianza y procesos de salud-enfermedad-atención en dos enclaves de Argentina, nos permiten identificar, por un lado, los diversos factores que afectan la salud de los niños, tanto desde la perspectiva científica como desde la perspectiva local. Ello ha sido posible gracias a investigaciones conjuntas con profesionales de diferentes disciplinas y al intercambio con agentes de las instituciones locales de salud (CRIVOS et al., 2006, 2012; REMORINI, 2010; SY; REMORINI, 2009; NAVONE et al., 2006). Por otro lado, hacen posible caracterizar estrategias cotidianas de las

familias en torno al cuidado de la salud infantil, a partir del abordaje a microescala de las rutinas cotidianas, de las trayectorias de los individuos y su participación en diferentes contextos. Como resultado, es posible dar cuenta de la heterogeneidad en cada enclave y la particularidad que adquieren las relaciones con otros sectores de la sociedad nacional, incluidas las políticas y servicios públicos de salud.

De este modo, desde el punto de vista teórico-metodológico, nos acercamos a perspectivas que enfatizan la necesidad de un abordaje ecológico de la salud y el desarrollo humano (BRONFENBRENNER, 1987; SUPER; HARKNESS, 1986; WEISNER, 1996; ROGOFF et al., 2007).

En línea con esta perspectiva, Super y Harkness (1986) propusieron conceptos como “nicho de desarrollo”. El interjuego entre el individuo y tales “nichos” da lugar a diferentes trayectorias de desarrollo. En este contexto, la investigación etnográfica hace posible identificar factores relevantes a la salud y desarrollo de los niños en estos “nichos”, analizando las prácticas de cuidado de la salud en su articulación con otras actividades de subsistencia a escala doméstica (REMORINI, 2009), donde tienen lugar los procesos de toma de decisiones sobre las alternativas disponibles para el cuidado y atención de la salud (CRIVOS, 2004; REMORINI, 2009) y donde es posible reconocer el rol de los individuos en la evaluación y selección de tales alternativas, no como “receptores pasivos” de los servicios y prácticas sino con capacidad de agencia, incluso en situaciones de inequidad y desigualdad (SUPER; HARKNESS, 1986). Tal como señalan Super y Harkness (1986, p. 217):

As captured in the phrase “the household production of health”, there is growing recognition that the preservation of health and the healing of illness are active and complex endeavours. In this context, the image of the health service users as passive “consumers” is misleading both for the understanding of health producing behavior and for the organization of health care interventions.

Es así que nuestro estudio etnográfico de los factores y procesos ecológicos que afectan el desarrollo y salud de los niños en comunidades indígenas Mbya Guaraní de la provincia de Misiones (noreste de Argentina) y en comunidades rurales de la provincia de Salta (noroeste de Argentina) se basa en la observación de las rutinas diarias y en la indagación de saberes, experiencias y valores que orientan y justifican las acciones y decisiones cotidianas en torno a la crianza y el cuidado de la salud de los niños.

Si bien nuestro foco inicial está en las actividades de la Unidad Doméstica (UD), resultó necesario desde el inicio prestar atención a las intervenciones del Estado que, a través de sus agentes, “irrumpe” en la vida cotidiana de las familias mediante la apelación a saberes especializados y produciendo ciertas modificaciones en las prácticas familiares, y de este modo, en las relaciones entre lo privado y lo público como objeto de intervención.

Teniendo en cuenta estas consideraciones nos proponemos caracterizar de modo general la situación actual de los pueblos indígenas de Argentina en relación con las políticas del Estado para luego enfocar en los enclaves objeto de nuestras investigaciones, enfatizando en la conformación étnica y en factores que han intervenido históricamente en la adscripción identitaria de la población, y en la situación sanitaria y organización de servicios de salud en cada región. A partir de esta caracterización, mostrar los modos de articulación presentes en las estrategias cotidianas en relación al cuidado de la salud, desarrolladas por las familias en cada contexto. Al respecto, nos interesa destacar tensiones entre las políticas y servicios de salud y sus “destinatarios” o “beneficiarios” tanto en las interacciones durante los procesos de atención, como a nivel de los enfoques y metodologías de los programas de salud pública. Por último, reflexionar sobre el valor de la metodología etnográfica en el abordaje de los efectos de las políticas públicas sobre las poblaciones indígenas.

Los pueblos indígenas en Argentina y la atención de la salud en contextos pluriculturales

En Argentina, según datos oficiales (ECPI 2004-2005) el porcentaje de la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente en primera generación de diferentes pueblos indígenas alcanzaría entre el 4 y el 5% de la población, esto es, unas 600.329 personas.

Los orígenes indígenas comienzan a reaparecer recientemente en el imaginario colectivo, a partir de la militancia de organizaciones integradas por líderes de distintos pueblos indígenas (INADI, 2005). En la década de los 1990, la ratificación de tratados internacionales y la reforma de la Constitución Nacional en la cual se incorporó el reconocimiento de los “Pueblos Indígenas”, significó un paso importante para los propios pueblos, pero sobre todo para un país como el nuestro que tendió a exterminarlos de sus narrativas, su cartografía

y sus prácticas políticas. Paralelo al reconocimiento de derechos colectivos particularizados, se desplegaron procesos de re-clasificación social y re-valorización de las culturas “originarias” multiplicando (auto)identificaciones públicas, forjando movimientos organizativos-reivindicativos y generando una revitalización de “pueblos indígenas” dados por “extintos” (SABIO COLLADO, 2011).

En este contexto internacional, en las últimas décadas se proponen políticas sanitarias orientadas a estos pueblos y se debate acerca de sus implicancias a diferentes niveles (LORENZETTI, 2006; PEREZ GIL, 2007; SY; REMORINI, 2009; NOVO, 2010; RAMÍREZ HITA, 2010).

No obstante la proliferación de programas de pretendido enfoque “intercultural”, existen aún numerosas dificultades que van desde las características de organización del sistema de salud argentino – fragmentación, descentralización, superposición – hasta la diversidad histórica, lingüística y cultural que caracteriza a la población que se reconoce indígena junto con las diferencias en cuanto a la localización geográfica en un extenso territorio. Ello resulta en situaciones de inequidad y barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando el derecho a la salud de estos pueblos, especialmente a prestaciones de mayor nivel de complejidad.

Si bien en la actualidad muchas familias indígenas viven en las ciudades, la amplia mayoría continúa viviendo en zonas rurales, en territorios donde pueden dar continuidad a sus estrategias de vida, aisladas – permanentemente o estacionalmente – por razones climáticas o de infraestructura dificultando la atención de la salud.

La observación de situaciones específicas de atención de la salud junto con la revisión de los programas del Estado orientados a brindar cobertura a la población aborígen, permiten visualizar algunas situaciones problemáticas: la homogenización de la población objetivo, la utilización de estrategias que no resultan culturalmente adecuadas, la falta de participación indígena en el diseño de las políticas, la escasa formación del personal sanitario para trabajar con población indígena, las dificultades para la comunicación y mutua comprensión, entre otros (SY; REMORINI, 2009).

Debido a los procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional (POPKIN, 1998) que afectan a las poblaciones indígenas (aunque no exclusivamente), diversas organizaciones internacionales consideran a los pueblos indígenas como grupos vulnerables, que merecen una atención especial en cuanto a salud, nutrición y desarrollo, planteando la necesidad de políticas focalizadas (CEPAL, 2007). Suele afirmarse que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente

al de otros sectores de la población justificando “acciones diferenciales”. No obstante, en el caso de nuestro país, es difícil conocer el perfil de cada etnia, ya que no existen a nivel nacional ni provincial estadísticas desagregadas por origen étnico, salvo algunos esfuerzos puntuales (CUYUL; ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Si bien las estadísticas de salud permiten visualizar que donde habitan la mayoría de los pueblos indígenas persisten patologías infecciosas severas (tuberculosis, parasitosis, Chagas) sumadas a desnutrición crónica, retardo en el crecimiento, anemia y sobrepeso, éstas afectan no sólo a los indígenas.

Entre las razones que explican estas dificultades, se mencionan cuestiones metodológicas en el diseño de instrumentos de registro de información y en la implementación. Al respecto, desde organismos públicos sanitarios de distintas provincias (Salta, Formosa, Chaco, Misiones, Jujuy y Neuquén) se plantea la necesidad de integrar la variable

Referencias

- 1 – Arroyo Nuevo
- 2 – El Doradito
- 3 – Paraje Mandarin
- 4 – Y-Aka Pora
- 5 – I gua Pora
- 6 – Caramelito
- 7 – Marangatu
- 8 – Virgen Maria
- 9 – Yta Poty
- 10 – Tekoa Guarani
- 11 – Takuapi
- 12 – Ñamandu
- 13 – Y Ovy
- 14 – Ka'aguy Poty
- 15 – Yvy Pytã
- 17 – Kaa Kupe-Tajy Poty
- 18 – Sapukay
- 19 – Ñu Pora-Katupyry
- 20 – Yacutinga
- 21 – Chapai-El Chapa

sanitario que contemple características ambientales y culturales, permitiendo visualizar factores que afectan a estas comunidades y los servicios públicos de salud (ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Otra de las dificultades es que las instituciones públicas de eventos de morbi-mortalidad no hasta hace algunos años se debía también a la falta de un censo nacional de identidad.

Estas cuestiones generan dificultades para establecer el diseño de políticas y servicios – eje del enfoque de atención – y evaluar los servicios de salud destinados a las generaciones. Por lo tanto, es necesario desarrollar políticas y programas de salud para pueblos indígenas, la ejecución de estas políticas no cuenta con una buena coordinación resultando en la superposición de acciones y prestaciones.

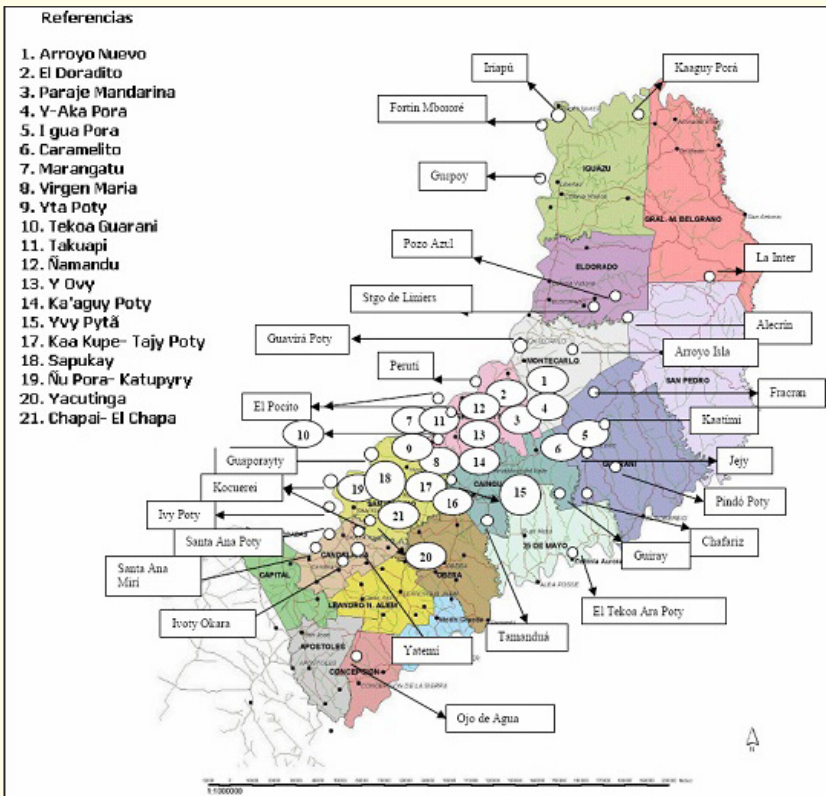
De este modo, si bien en muchos países de América Latina las políticas y modelos de atención de salud han sido redefinidas, las condiciones de salud de las poblaciones destinatarias no han sido mejoradas en la misma medida. Almeida (1992) plantea que esto se debe a la inadecuada base conceptual en el diseño, planificación, organización y administración de los servicios de salud que se valen casi exclusivamente de una perspectiva epidemiológica convencional, sin considerar la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud (SY, 2008).

Comunidades Mbya Guarani (Provincia de Misiones)

Caracterización general

Las comunidades Mbya en las que hemos desarrollado esta investigación son Ka'aguy Poty, Yvy Pytã y Peruti. Las dos primeras se asientan en tierras declaradas Reserva "Valle del Arroyo Kuña-Pirú" de la Universidad Nacional de La Plata en el centro de la provincia de Misiones, entre los Departamento Cainguas y Libertador General San Martín. Peruti se encuentra localizada también en este departamento, cercano a la localidad de El Alcazar.

Figura 9.1 – Comunidades Mbya Guarani de la Provincia de Misiones (Argentina)



Fuente: Dirección Nacional de Catastro. Gobierno de la Provincia de Misiones

En la actualidad los Mbya, junto con los Kayova y los Ñandeva son las etnias que representan la mayor población Guaraní de América del Sur. Según Assis y Garlet (2004), el número total de personas que reúnen estas tres parcialidades en Brasil, Paraguay y Argentina ascendería a 65.000, de los cuales 19.200 es la población estimada para los Mbya. Por otra parte, Grumberg et al. (2008) plantean que los guaraníes suman más de 100.000 en la región (aproximadamente 6.500 en Argentina). No obstante, de acuerdo con fuentes oficiales de Argentina, existen en la Provincia de Misiones 3.975 personas que se reconocen Mbya (ECPI 2004-2005).

La presencia Mbya en el territorio de Misiones data de fines del siglo XIX y principios del XX, cuando iniciaron su expansión desde el centro-sur de lo que hoy es el territorio de Paraguay, hacia Argentina y Brasil, presionados por la expansión de frentes extractivistas y ganaderos y por la Guerra de la Triple Alianza (GARLET, 1997; REMORINI, 2001). Si bien el contacto con los españoles – a través de las misiones religiosas y encomiendas – comienza en el siglo XVI, los Mbya han tratado de eludir la influencia colonizadora a través de las “fugas” hacia el monte, si bien en ocasiones aceptaron vivir temporalmente en las misiones jesuíticas. No obstante, desde fines de siglo XIX la presión sobre los territorios indígenas aumenta y en el último siglo los contactos entre los Mbya y diversos sectores de la sociedad nacional se intensifican, por razones económicas y políticas. A ello se suma la presencia estable de muchas iglesias y organizaciones religiosas (católicas y evangélicas) en las comunidades y del Estado a través de escuelas, planes sociales y campañas sanitarias.

En la actualidad, las comunidades Mbya se encuentran asentadas en la Selva Paranaense, uno de los sistemas naturales de mayor diversidad biológica de Sudamérica. Como resultado de una serie de factores, se han desplazado a través de este ecosistema desde tiempos prehispánicos, ampliando su territorio en la búsqueda de espacios que proveyeran las condiciones materiales y simbólicas que hacen posible su subsistencia de acuerdo al *Mbya reko* (modo de ser Mbya) (REMORINI, 2001). Desde fines del siglo XIX, la actividad agrícola-ganadera y la explotación forestal han ido ganando los espacios necesarios a la vida de estas comunidades. La movilidad espacial fue una estrategia importante para mantener su autonomía, permitiendo la recuperación de terrenos de cultivo, evitando la concentración de población en espacios reducidos y ofreciendo una solución frente al surgimiento de conflictos internos. Desde fines del siglo XX, políticas estatales y eclesiásticas promovieron

la sedentarización de los núcleos de población Mbya (planes de vivienda estatales y de organizaciones religiosas católicas), el reemplazo de las actividades “tradicionales” por otras basadas en la relación con colonos, empresarios y diversos agentes estatales y la implementación de planes basados en la entrega de alimentos y dinero. Ello condujo a importantes cambios en la dieta, afectando su salud y estado nutricional.

Estas transformaciones coadyuvaron a la cronicidad y recrudecimiento de enfermedades infecciosas y nutricionales de alto impacto en la población infantil, entre ellas las infecciones respiratorias agudas, patologías gastrointestinales, parasitosis, anemia por deficiencia de hierro, desnutrición crónica y retraso lineal del crecimiento (NAVONE et al., 2006; SY; REMORINI, 2009; ZONTA et al., 2010)² lo que contribuye a un proceso de transición epidemiológica y nutricional de envergadura, aspecto que no es considerado por el Estado argentino en sus políticas públicas orientadas al Pueblo Guaraní.

La atención de la salud: actores, recursos e instituciones

En las comunidades Mbya existen diversos actores sociales que intervienen ante un episodio de enfermedad. Una amplia gama de padecimientos que afectan a los niños pueden ser diagnosticados y curados en el ámbito doméstico, por su madre, padre o abuelos. La intervención de uno u otro en el diagnóstico, búsqueda y administración de los remedios depende del tipo de enfermedad que padece el niño y de la trayectoria y experiencia previa del adulto, tanto en relación a sus conocimientos sobre las enfermedades, como en el manejo de los “yuyos” u otros recursos terapéuticos (REMORINI, 2009). Si bien muchos padres jóvenes minimizan sus conocimientos y habilidades terapéuticas afirmando frecuentemente “*ahora vamos todos al hospital*”, nuestras observaciones dan cuenta de su intervención en la atención de la salud de los hijos en forma frecuente.

Cuando estas intervenciones no resultan efectivas se decide consultar a “expertos” de la comunidad, llamados *Karai* o *Kuña Karai* (hombres y mujeres respectivamente). Estas personas, generalmente ancianas, gozan

² Investigaciones sobre la relación entre parasitosis y estado nutricional en comunidades Mbya realizadas por un equipo de la Universidad Nacional de La Plata, del que participa la autora de este trabajo, ponen de manifiesto su relevancia sanitaria, por las consecuencias en el crecimiento y desarrollo infantil. Del total de individuos desnutridos, 87% estaban parasitados (NAVONE et al., 2006).

de prestigio y reconocimiento, en virtud de conocimientos que incluyen el manejo de recursos medicinales (*poã*) y de las oraciones y cantos que acompañan algunos tratamientos. Algunos *Karai*, son designados *poro poãno vaè*, expresión que alude a su habilidad para curar “con remedio de yuyo”, es decir, recursos terapéuticos vegetales. Otros *Karai* llegan a ser reconocidos como líderes religiosos, esto es, como Pai u *Opyguã*, cuyo dominio de acción excede el terapéutico. Se recurre a ellos cuando se padece una enfermedad considerada “grave”, que requiere para su diagnóstico y curación del saber y poder de estos especialistas.

Si bien muchas enfermedades suelen resolverse en el ámbito comunitario, cuando se trata de dolencias y síntomas que requieren rápida resolución (diarreas, deshidratación, fiebre prolongada) o bien “enfermedades de los *jurua* (blancos)” o en caso de accidentes, se recurre a los recursos y servicios de la biomedicina. Asimismo, suele preferirse la medicina científica cuando está disponible y supone una más efectiva y rápida recuperación del enfermo, aunque la enfermedad pueda tratarse con recursos medicinales “tradicionales”. Al respecto, en varios testimonios se plantea que si bien los recursos y especialistas locales son efectivos y preferibles en numerosas circunstancias, el acceso a prestaciones médicas de diversa complejidad permite evitar enfermedades y muertes que eran inevitables en el pasado. De este modo, en lugar de oposición, se observa una preferencia por diferentes alternativas terapéuticas, apelando de manera combinada y/o complementaria a diversos recursos.

El acceso a prestaciones de salud pública depende en gran medida del acceso a centros de salud, muchas veces distantes, lo que supone disponer de tiempo y dinero para afrontar los costos del transporte y gastos derivados. Si bien algunas comunidades Mbya tienen acceso relativamente fácil a los centros de salud, esto no es generalizable a toda la Provincia.

Algunas comunidades cuentan con una sala de primeros auxilios que es visitada semanalmente por personal médico y de enfermería, quedando a cargo el resto del tiempo, de promotores o agentes sanitarios aborígenes, cuyas funciones son bastante limitadas. Las salas suelen estar equipadas con instrumental y medicamentos, algunos de los cuales los agentes sanitarios están habilitados para administrar. La mayoría de estas salas fueron construidas por gestión del Obispado de la provincia o de ONGs religiosas. En una de las comunidades estudiadas (Ka'aguy Poty), hasta el año 2000 funcionaba un puesto sanitario que contaba con una enfermera y un agente sanitario aborígen y recibía la visita

semanal de un médico que realizaba Atención Primaria de la Salud (APS). En esta Unidad Sanitaria, se atendía también a la población de otras comunidades cercanas. Los registros más antiguos de tal actividad corresponden al año 1993 y llegan hasta el 2000, cuando el puesto de salud deja de funcionar debido a conflictos entre los indígenas y los administradores de la sala, pertenecientes a una congregación religiosa.

En el caso de la comunidad de Peruti existe un puesto sanitario, denominado localmente *Techai roga* (casa de salud), que es atendido por un agente sanitario y enfermero aborígen y es visitado dos veces por semana por personal del hospital de la localidad más cercana. En lo que concierne a los agentes sanitarios indígenas, éstos han sido designados por el Ministerio de Salud de la provincia de Misiones (ver más adelante). Sus tareas básicas como *facilitador intercultural* (según se expresa en el Programa ANAHI 2000-2004) incluyen la distribución de medicamentos bajo supervisión médica, el registro y distribución de leche en polvo a mujeres embarazadas y niños menores de dos años. En estos casos, deben realizar control de peso y estado de salud del niño y la mujer. Si bien estos agentes fueron formados con el fin de actuar como intermediarios entre biomédicos y la comunidad, su actuación resulta afectada por la inestabilidad de las políticas y programas de salud en los cuales se inscribe su labor.

En las comunidades en las que trabajamos, el agente sanitario (AS) dependía formalmente (en función de la división en áreas programáticas) del centro de salud más distante a las comunidades,³ y si bien como parte de su tarea conseguía turnos allí para consultas, la población solía asistir al hospital más cercano, debido a los costos y tiempo requerido. Esta situación claramente incidía en las posibilidades concretas de atención, ya que no siempre en el centro cercano había turnos disponibles.

Situaciones como las descriptas, hacen que el rol de los AS sea muchas veces cuestionado y no sea entre los pobladores un referente al momento de tomar decisiones sobre su salud (SY; REMORINI, 2009). En relación a la atención de la salud materno-infantil, en los últimos años aumentó la consulta de mujeres jóvenes para control del embarazo y

³ El centro de salud al que recurre la población de las comunidades de Kuña Piru con mayor frecuencia es la Unidad Sanitaria Aristóbulo del Valle, distante a 12 km de las comunidades, que cuenta con plantel médico, odontológico y bioquímico y servicio de internación. Se recurre menos frecuentemente al Hospital de Jardín América (40 km), con servicios de mayor complejidad. Otras alternativas son los hospitales de Oberá y Posadas, localizados a 58 y 147 km respectivamente.

atención durante el parto. Según la información obtenida en los últimos trabajos de campo, en ambas comunidades el 90% de los niños han nacido en hospitales. Por el contrario, la mayoría de sus madres han nacido en la comunidad con la ayuda de parteras tradicionales, lo que da cuenta de una diferencia generacional en la utilización de servicios de salud.

Al respecto, las personas más ancianas de la comunidad suelen afirmar “*yo nunca me enfermé, nunca fui a hospital*”. Ello no implica que nunca hayan enfermado, sino que se utiliza este argumento para remarcar la diferencia generacional en las condiciones de salud (“*antes había menos enfermedad*”) y en las decisiones que toman los jóvenes (“*ahora van todos a hospital*”). Asimismo, a pesar de la preferencia por el parto hospitalario, algunas mujeres optan por el parto en la comunidad, pues la compañía de la partera y otras mujeres de la familia les brinda seguridad. Al respecto, priorizan la contención emocional y la posibilidad de realizar rituales que protegen a la mujer y al recién nacido, imposibles de practicar en el ámbito hospitalario. Otras mujeres, en cambio, se expresan a favor del parto institucionalizado, aludiendo que es más seguro para la mujer frente a la posibilidad de complicaciones severas, su recuperación y retorno a tareas habituales es más rápida, además se realiza control de peso/talla y se administran las vacunas obligatorias al niño. Asimismo, se justifica su elección señalando que hay pocas ancianas en la comunidad que intervengan como parteras. Es necesario tener en cuenta que en estas comunidades no existen vehículos particulares, por lo tanto, si una mujer comienza a sentir dolores de parto durante la madrugada, lo más probable es que de a luz allí. A diferencia de ellas, en ningún caso los hombres adultos y ancianos se expresaron a favor del parto institucionalizado, en cambio, algunos hombres de entre 20 y 30 años consideran que es la mujer la que debe decidir dónde atenderse. Quienes mantienen esta posición generalmente han estudiado para agentes sanitarios y/o enfermeros o auxiliares docentes.

Aún registrando en la actualidad un mayor uso de los servicios biomédicos, cuando los aborígenes acuden a centros de salud se enfrentan con dificultades vinculadas a la interacción con el personal, desde los administrativos – con quienes tienen el primer contacto – hasta los profesionales. El desconocimiento de los procedimientos necesarios para obtener turno, la indiferencia del personal y las dificultades de algunos Mbya para hablar español y para leer indicaciones escritas, hacen que tal vez pasen todo el día en la institución “esperando” sin ser atendidos. Por las mismas razones es frecuente que asistan cuando ya no se otorgan más turnos o cuando el profesional ya se ha retirado (SY; REMORINI, 2009).

Asimismo, la percepción sobre la atención que reciben en los hospitales y su interacción con el médico se asocia con un conjunto de expectativas respecto de la atención biomédica. Señalan que raramente el médico “*te revisa*” y se guían fundamentalmente por las respuestas del paciente. Ellos atribuyen el no ser examinados a la evitación del médico de contacto físico con el enfermo y a sus prejuicios sobre los indígenas. Cuando no existe un examen clínico y/o no se hacen análisis complementario (Rx o pruebas bioquímicas) la consulta médica se considera sin valor, confirmando el diagnóstico inicial realizado por el paciente. En este sentido, entre las expectativas de la población indígena figura la importancia del uso de tecnología inexistente en las comunidades, así como procedimientos diagnósticos propios de la biomedicina.

Las políticas de salud para el pueblo Mbya

Si bien las políticas específicas para población indígena son relativamente recientes, el sector fue alcanzado de forma dispar por distintos planes tanto nacionales como provinciales, destinados a la población en general. Entre ellos figuran subsidios por discapacidad, por madre de siete hijos, las prestaciones del Plan Nacer y más recientemente, la asignación universal por hijo.

Si bien existe un ente centralizado de las temáticas indígenas a nivel nacional – el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) –, éste no se encarga de todas las políticas para estas poblaciones. Su injerencia está limitada a la asistencia en Proyectos de Educación Intercultural, a Proyectos de Desarrollo Comunitario, tramitaciones de Personería Jurídica y Programa de Fortalecimiento Comunitario y Acceso a la Justicia. También a nivel provincial existe la Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes que no es un órgano destinado al diseño de políticas públicas, aunque interviene en algunas etapas de su implementación. La relación entre sus dirigentes y algunos líderes Mbya suele ser problemática, lo que no siempre garantiza el acuerdo y participación de todas las comunidades. De esta Dirección y del gobierno provincial dependió durante algún tiempo acotado⁴ la asistencia

⁴ Durante nuestro trabajo de campo estas actividades no eran sistemáticas. La mayoría solían darse en el marco de campañas de vacunación, por gestión del cacique o del agente sanitario o en momentos próximos a campañas electorales. Al respecto, durante abril de 2003 fallecieron cuatro niños por desnutrición en otras comunidades de la provincia. Esta

semanal a comunidades Mbya a cargo de un médico clínico, que junto al agente sanitario local realizaban control de peso y talla de los niños y atendían consultas. Era notorio el elevado número de consultas que se realizaban aprovechando la presencia del profesional, dando cuenta de la relevancia de la accesibilidad física como criterio para recurrir a la atención biomédica (SY; REMORINI, 2009).

Las políticas de salud han tendido durante largo tiempo a cubrir las necesidades de salud de la población indígena a través de la entrega – de manera asistemática – de medicamentos y alimentos (bolsones de comida, leche a embarazadas y niños menores de 2 años que registran bajo peso) y/o dinero para su obtención y aportes a los comedores comunitarios o escolares.⁵ Es decir que, al igual que ocurre con otros sectores de la población, las políticas se orientan principalmente al refuerzo alimentario, la provisión de medicamentos a los centros de salud, la formación de agentes sanitarios indígenas y el seguimiento y control de embarazadas y menores de dos años. Es decir se trata de programas de tipo “universalista”, aunque algunos hayan incluido a las poblaciones indígenas como un componente específico (Plan Nacer, Programa Nacional Primeros Años, Programa Nacional de Seguridad Alimentaria, Sub programa “Familias y Nutrición”, entre otros). Por ejemplo, *Plan Nacer* (Ministerio de Salud de la Nación, 2009), financiado por el Banco Mundial, se orienta a brindar cobertura a la población materno-infantil, también menciona entre sus metas incluir poblaciones indígenas, aunque no establece qué tipo de acciones se llevaran a cabo y cuál será la metodología de trabajo. En cambio, hay otros programas orientados a población indígena (ANAHI, Médicos Comunitarios para pueblos originarios, Techaí Mbya) que describiremos sintéticamente a continuación.

El Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI) del Ministerio de Salud de la Nación

situación llegó a los medios de prensa, que además publicaron otra noticia en la que se afirmaba que otros diez niños se encontraban internados en grado 3, y veinte familias estaban en riesgo con desnutrición en grado 1 y 2. La difusión masiva de estos hechos, coincidiendo con momentos electorales, dio origen a una gran movilización de recursos asistenciales hacia las comunidades Mbya para controlar y entregar comida a familias en las que se detectaba niños de bajo peso (SY; REMORINI, 2009).

⁵ Coincidimos con Díaz (2005) que si bien los programas alimentarios tienen como objetivo superior prevenir, reducir o eliminar la desnutrición, al mismo tiempo promueven una dieta en la que predominan los alimentos de aporte calórico, reforzando el perfil nutricional que buscan modificar.

(2000-2005) tuvo como objetivo central capacitar agentes sanitarios indígenas para que actuaran como “facilitadores interculturales”. Esto ayudaría a superar los obstáculos derivados de las “diferencias lingüísticas, culturales y comunicacionales [...] que dificultan el éxito de una buena prestación” (MINISTERIO DE SALUD, 2005).

Previo a ello, el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas se había planteado el problema del “abordaje integral del problema de salud de las comunidades” cuyas principales acciones fueron la atención médica de la población, la contratación de 250 agentes sanitarios indígenas mediante convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación y la articulación con la Dirección de Salud Materno-Infantil.

Posteriormente (2005-2006) el programa ANAHI ha intentado ampliar su radio de acción planteándose una co-coordinación con el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Luego, el ANAHI se transformó en el Programa Nacional Salud de los Pueblos Indígenas, cuyo objetivo fue “desarrollar la estrategia de APS incluyendo los valores, definidos por la OPS, de equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integralidad”. Su propósito es desarrollar acciones que promuevan el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas y disminuir la brecha entre sus indicadores de salud y los del resto de la población, “el respeto a su identidad cultural así como la atención y apoyo a los aborígenes y comunidades indígenas en la preservación de sus pautas culturales para la protección de la salud de sus integrantes” (Ley Nacional n° 23.302 – Art. 1, Decreto n° 155/89). Para el logro de sus objetivos específicos se realizan transferencias de fondos a las provincias bajo programa (Salta, Jujuy, Tucumán, Chaco, Formosa y Misiones) para la contratación de 171 Agentes Sanitarios Aborígenes y para el desarrollo de Proyectos Locales en Salud. Al respecto, no existe información oficial actualizada sobre los logros específicos de estos programas por referencia a a cada uno de los objetivos planteados, que van desde garantizar la seguridad alimentaria y la educación en salud a la promoción de la atención intercultural.

Por último, el Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones puso en marcha el Programa *Techaî Mbya* (Salud Indígena) cuya meta consistió en “garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud intercultural comunitario”. Las acciones que se describen en la página *web* son visitas domiciliarias a las comunidades Mbya para realizar atención primaria de la salud y la conformación de una red sanitaria que integre a los Agentes Sanitarios Interculturales Indígenas, Médicos,

Caciques, Opyguãs o Chamanes. No se dispone de datos publicados que permitan hacer una evaluación del impacto sanitario de este programa ni otros similares. En general el único indicador que se menciona es la población a la que asiste el programa o el número de consultas, indicadores que por si solos no alcanzan para medir el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Si bien no se trata de iniciativas gubernamentales, las comunidades Mbya de la provincia reciben aunque de manera dispar apoyo económico de entidades como Encuentro Nacional de Pastoral Aborigen (ENDEPA) y del Obispado de Misiones para la construcción de centros de salud y escuelas y ONGs privadas de diferentes cultos religiosos realizan donaciones en el marco de “ayuda humanitaria”, las cuales cuentan generalmente con financiación exterior.

Comunidades rurales de los Valles Calchquies (Provincia de Salta)

Caracterización general

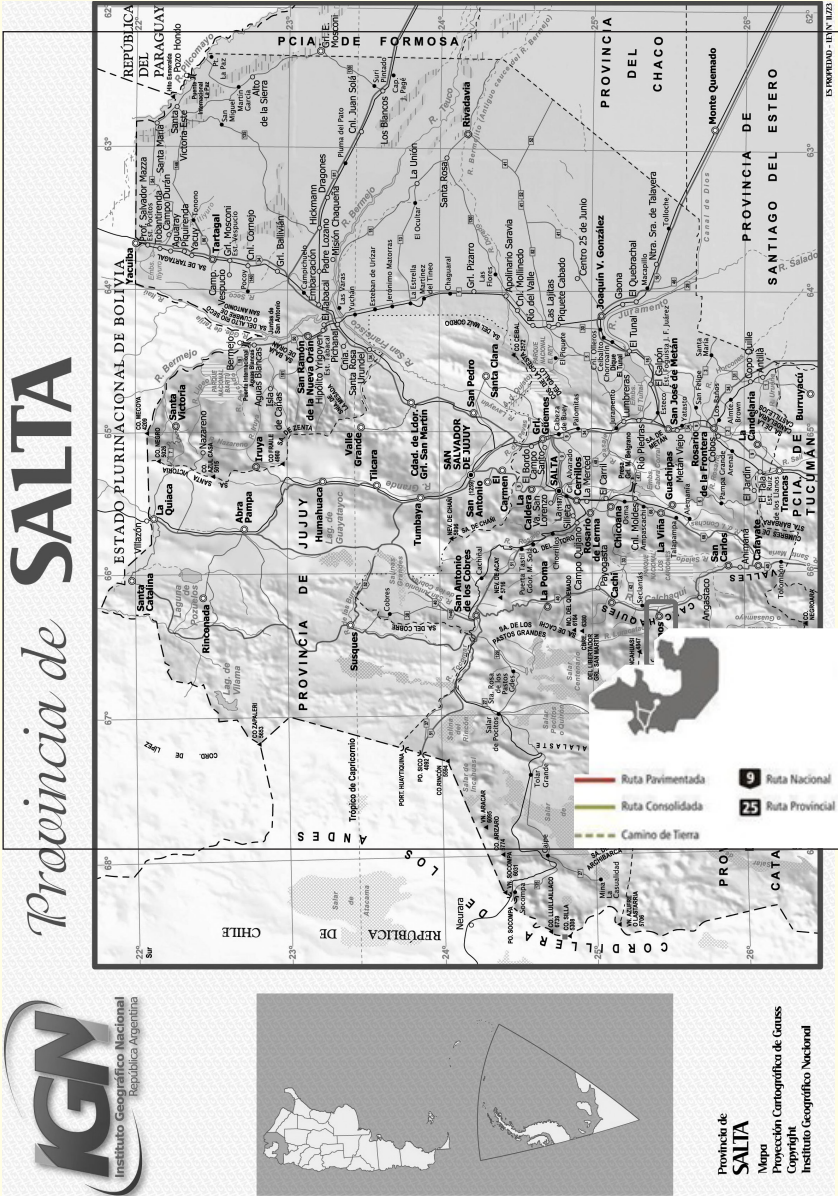
Molinos es una localidad ubicada a 2.020 m.s.n.m. en los Valles Calchaquíes Septentrionales del Noroeste argentino y su fundación data de mediados del siglo XVII. Esta localidad es la cabecera del Departamento de Molinos (Provincia de Salta) que cuenta según el último Censo Nacional 2010⁶ con una población de 5.652 habitantes.

Los Valles Calchaquíes registran un poblamiento humano continuo a lo largo de 2.500 años, donde diversas culturas andinas preincaicas se instalaron a través del tiempo. El rótulo “Diaguita”, con que se designa a los antiguos pobladores del área, es una denominación genérica que aglutina a parcialidades⁷ que poseían una unidad lingüística: el *kakan*. Con la ocupación Inca a partir de 1.471, la lengua quechua se extendió por el actual territorio argentino. Probablemente el carácter de los grupos calchaquíes no facilitó las relaciones con el imperio Inca, documentándose posteriores alzamientos y resistencias en la zona. Con la llegada de los españoles, se vuelve a imponer la lengua quechua, que sirvió para transmitir la doctrina católica.

⁶ Los resultados pueden consultarse en: <<http://www.censo2010.indec.gov.ar/>>.

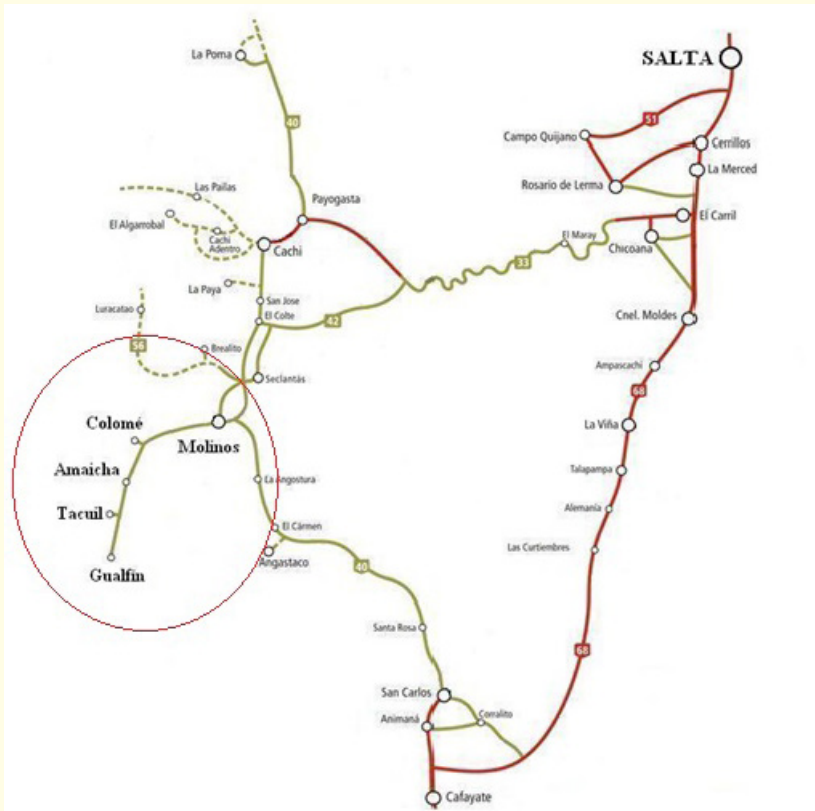
⁷ Los cronistas designaban genéricamente con este término a distintas parcialidades: los pulares, cafayates, famatina, aconquija, tolombones, quilmes y hualfines (TEVES, 2011).

Figura 9.2 – Mapa: Provincia de Salta (Argentina)



Fuente: Instituto Geográfico Militar (República Argentina)

Figura 9.3 – Mapa: Valles Calchaquíes (Provincia de Salta). Localidades del Departamento de Molinos



Fuente: Sitio *web* del Ministerio de Cultura y Turismo de Salta
 (Modificado): <http://turismo.salta.gov.ar/>

Durante el conflictivo período Hispano-Indígena (1543-1660) esta área padece una “sangría” demográfica como consecuencia de los extrañamientos, encomiendas y trabajo en minas, así como de la tenaz resistencia de los indígenas al avance de los conquistadores. Hacia finales del siglo XVI, la composición de la población del noroeste argentino toma una configuración social producto del mestizaje entre grupos de yanaconas, indígenas autóctonos, españoles y criollos. En este sentido, se afirma que la población actual es producto del mestizaje que combina elementos indígenas e hispánicos (CRIVOS, 2004).

La presencia sistemática de la acción colonizadora y evangelizadora a lo largo de los últimos cinco siglos condujo a una negación del

componente indígena en los procesos de autoidentificación. No obstante, en la última década y acompañando el proceso de revalorización de la identidad de los pueblos originarios, comienza a hacerse visible la presencia del pueblo Diaguita o Diaguita/Calchaquí en los censos, documentos oficiales y diferentes medios y movilizaciones sociales.

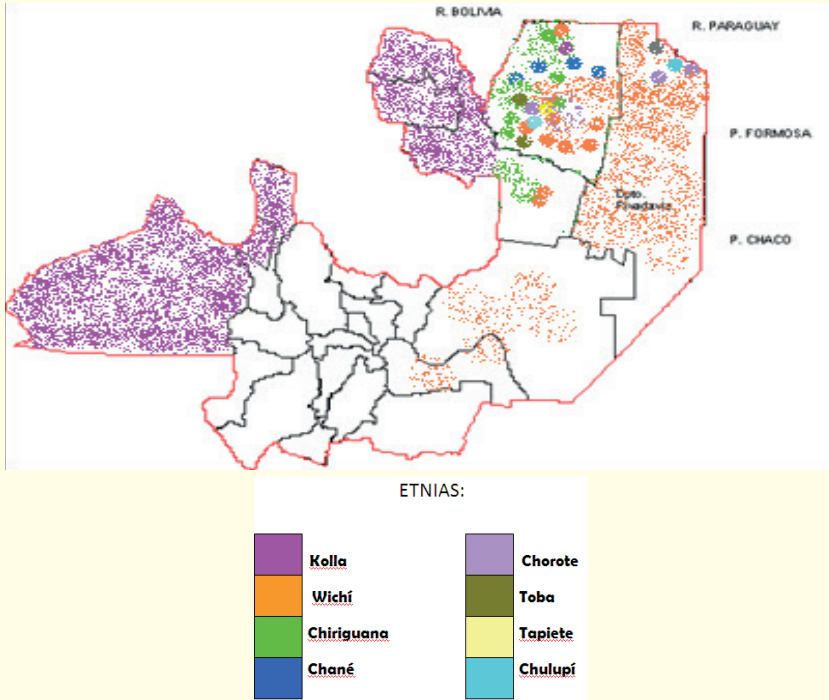
En este contexto, surgen ONGs que utilizan el rótulo “comunidades originarias” para sus proyectos e iniciativas a nivel regional, nucleando diversas poblaciones cuyos miembros pueden o no reconocerse como miembros del Pueblo Diaguita, asentadas en los Valles Calchaquíes y en la periferia de la ciudad de Salta (SABIO COLLADO, 2011). Ejemplo de ello es las Comunidades Unidas de Molinos (CUM), estrechamente vinculadas al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). Si bien dentro de las acciones llevadas a cabo por esta organización no figuran iniciativas directamente relacionadas con la salud de las poblaciones, se impulsan proyectos que buscan mejorar las condiciones de vida de la comunidad. Por ejemplo, la construcción de la red de agua potable en algunas fincas del Departamento, a partir del trabajo de los pobladores y los fondos aportados por instituciones gubernamentales y privadas.⁸

Esta situación es percibida de manera diferente por los pobladores de la zona, los que mayoritariamente se consideran “criollos”. En nuestros dos últimos trabajos de campo el tema se manifestó en relación con la aparición de líderes que demandaban el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios como parte de campañas electorales locales. Al respecto, en la comunidad existen diferentes valoraciones: mientras que algunos lo calificaron de “oportunismo político” otros resaltaron su importancia para el reconocimiento de derechos y mejoras en la calidad de vida de poblaciones postergadas e invisibilizadas.

Si bien en la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas ECPI (2004-2005) se cita para la región del noroeste argentino, y específicamente en la provincia de Salta, la existencia de once pueblos originarios (ver figura 9.4) no se dispone de información desagregada a nivel de departamento, dificultando conocer la situación para Molinos. Asimismo, en los documentos oficiales del Ministerio de Salud (Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, año 2009/2010), la población de la región de los Valles Calchaquíes Septentrionales no aparece reconocida como población originaria. El mapa elaborado por el Ministerio de Salud (ver figura 9.5) no incluye a la población que se autoidentifica como Diaguita/Calchaquí en los censos.

⁸ Información disponible en: <<http://lacum.blogspot.com.ar/>>.

Figura 9.4 – Mapa: Pueblos Indígenas de la Provincia de Salta



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Provincia de Salta (2008)

La información actualizada y disponible para el Departamento de Molinos – aunque no distingue el origen étnico o la autoidentificación de los individuos – es la que proviene del Programa de Atención Primaria implementado en el Hospital Fernández de Molinos. De acuerdo con ello, las patologías prevalentes en la población infantil del Departamento fueron las respiratorias (Infecciones respiratorias agudas fundamentalmente) y gastrointestinales (diarreas, parasitosis). Según este relevamiento las consultas correspondientes a los individuos menores de 1 año hasta los 5 años de edad concentran el 42% del total de las consultas médicas (HERNÁNDEZ, 2009).

La captación precoz (previa a las 20 semanas de gestación) incluye al 96% de las embarazadas, por lo que reciben atención médica sistemática desde los comienzos de su embarazo en una alta proporción. Durante 2009 el 100% de los partos ocurrieron en el hospital, a diferencia de lo registrado en épocas anteriores (REMORINI et al., 2010) y la proporción de recién nacidos controlados durante la primera semana

de vida alcanzó el 90%. Asimismo, desde el año 2004 no se registra en el Departamento ningún caso de mortalidad materna ni infantil. Finalmente, en cuanto a las patologías nutricionales, la desnutrición infantil alcanza en 2009 al 2% de los menores de un año, en tanto que para los niños entre 2 y 5 años alcanza un 14%. En este mismo grupo de edad, el 4% de los niños presenta sobrepeso (HERNÁNDEZ, 2009).

La atención de la salud: actores, recursos e instituciones

Al igual que en las comunidades Mbya, en Molinos numerosos padecimientos infantiles también se resuelven en el ámbito doméstico. El recurso al saber de las madres o abuelas, o bien a los médicos campesinos se justifica cuando los niños padecen dolencias que no son tratadas por la biomedicina (como susto, recaída, falseado, desarreglo, empacho, entre otras). En estos casos, las acciones terapéuticas consisten en la ingesta de infusiones de especies vegetales con propiedades medicinales (*tomas*), además del *sahumado*, la *refregada* y la *llamada del espíritu*. Se incorporan, también, elementos del ritual cristiano como agua bendita y oraciones. En la mayoría de las dolencias, la terapéutica consiste en una combinación de estas acciones.

Los pobladores acuden, además, a médicos campesinos en el caso de prácticas que se consideran eficaces y complementarias a las prácticas biomédicas (por ejemplo la “manteada” para acomodar el feto previo al parto). En ciertos casos, se realizan con el conocimiento y aceptación del personal biomédico, pero muchas veces no son “declaradas” por los pacientes.

Actualmente, las madres recurren en forma frecuente al hospital en casos de enfermedades anteriormente tratadas por médicos campesinos, al haberse ampliado la accesibilidad a los centros de salud. De esta manera, desde hace cuatro décadas el discurso de la medicina tradicional se complementa con discursos y prácticas biomédicas, asociadas a la creación del hospital y puestos sanitarios en las fincas. En cuanto a la organización de los servicios de salud en la zona, cuenta con un hospital en la localidad de Molinos y seis puestos sanitarios en las localidades de Colomé, Tacuil, Churcal, Amaicha, Aguaditas y Hualfín (HERNÁNDEZ, 2009).

El Hospital Abraham Fernández de la localidad de Molinos cuenta con dos médicos, odontólogo, bioquímico y personal paramédico. En él se atienden patologías de primer nivel de complejidad y partos, y se derivan las patologías más severas a centros de mayor complejidad (en

localidades próximas como Cachi o a la ciudad de Salta, distantes a 157 km y 210 km respectivamente). Por su parte, cada uno de los puestos sanitarios cuenta con un enfermero y un agente sanitario en forma permanente y reciben semanalmente la visita de los profesionales del hospital.

Actualmente, la presencia sistemática de personal sanitario es percibida por los pobladores como una mejora con respecto a la atención médica en los tiempos de sus padres y abuelos. No obstante, aún hoy encontramos enclaves que muestran el acceso limitado y esporádico a la medicina oficial. Asimismo, la mayor parte de la población no tiene cobertura social, recayendo la atención de la salud exclusivamente sobre las instituciones públicas.

Como parte de las estrategias de APS, el trabajo de los agentes sanitarios se enfoca hacia el control sistemático del estado nutricional de los niños pequeños, y la detección temprana de patologías en embarazadas y niños, a través de visitas domiciliarias periódicas. Una vez captadas por el sistema de salud, la trayectoria de las mujeres está regida por las intervenciones y consejos médicos, lo que se convierte además en una “oportunidad” para el personal sanitario de plantear recomendaciones sobre anticoncepción y responsabilidad materna para garantizar los controles y los cuidados médicos necesarios. Respecto de los cuidados durante el embarazo, las mujeres plantean que el personal de salud hace hincapié en la asistencia a los controles, el consumo de sulfato ferroso y vitaminas, la alimentación “saludable” (especialmente el consumo de frutas y verduras) y a la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, pero no aconsejan sobre otras cuestiones vinculadas con el cuidado de la mujer o el feto. No obstante las mejoras en los servicios biomédicos, aún continúa siendo problemática la resolución de complicaciones durante el parto, lo que obliga a traslados de emergencia a hospitales de mayor complejidad de la región.

Las políticas de salud en Molinos

Las poblaciones de los Valles Calchaquíes Septentrionales no han sido incluidas bajo el rótulo de pueblos originarios en los programas de salud interculturales provinciales, quedando afectadas por programas de alcance universal como el Plan Nacer y el Programa de Atención Primaria de la Salud, que incluye las visitas domiciliarias de los agentes sanitarios locales, y la entrega de leche a través del Programa provincial NUTRIVIDA. Asimismo, se realiza el refuerzo alimentario a través de

la entrega de tickets para la compra de alimentos. Otro programa que aporta a las instituciones de salud locales es el Programa REMEDIAR, mediante el suministro de medicamentos. Finalmente, las mujeres tienen acceso a subsidios del gobierno nacional tales como Asignación Universal por Hijo y a pensiones por ser madres de siete hijos y para niños discapacitados a través del Programa Federal de Salud (PROFE), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Reflexiones finales: contextos diferentes, políticas similares, problemáticas comunes

En Argentina la conceptualización de la política indígena como política social es bastante reciente. El Estado Nacional negó históricamente la existencia de población indígena en su territorio. A partir de la reapertura democrática en 1983 la defensa de los derechos humanos se instala en la opinión pública y los derechos indígenas se incluyen dentro de los derechos económico-sociales que se busca extender al conjunto de la población (MOMBELLO, 2002). No obstante los avances logrados en los últimas décadas, los programas específicos para población indígena han tenido un impacto menor en el mejoramiento de algunos indicadores de salud. Las dificultades de formulación y ejecución impiden que tengan acceso efectivo a ciertas prestaciones de salud y su adecuación a los escenarios locales aún plantea serias dificultades.

La mayoría incorpora el término “interculturalidad” para calificar sus objetivos, enfoques y acciones. Con ello se pretende responder a los requerimientos de los instrumentos legales vigentes como también a los de los organismos (nacionales e internacionales) que financian estos programas. No obstante, la operacionalización del concepto resulta problemática. Como señala Ramírez Hita (2010), el concepto ha sido apropiado por las agencias estatales latinoamericanas y por los movimientos indígenas y se ha visto en él la “solución” a los problemas de salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, muchas veces significa “traducción” o “adecuación” de conocimientos y prácticas, “integración” de especialistas indígenas a los staff biomédicos, formación de agentes y promotores para que actúen como “articuladores” o simplemente “reconocimiento” y “aceptación” de prácticas no biomédicas. De este modo, sostiene la misma autora, se continúa marcando la oposición entre cultura biomédica y cultura tradicional, las que mediante estos

programas se intenta “complementar” o “poner en diálogo”. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas aislados y homogéneos, negando heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina así como de la medicina tradicional (MENENDEZ, 1987 apud RAMÍREZ HITTA, 2010), sin reconocer el pluralismo médico existente. Se atribuye, además, la situación de salud de los indígenas a la falta de valoración de sus prácticas y especialistas médicos o a la incompreensión basada en diferentes marcos de referencia cultural, sin percibir que ello es producto de falencias del sistema público de salud que afectan la accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud para estos sectores de la población.

Teniendo en cuenta que el uso efectivo de los servicios de salud no está determinado únicamente por la oferta de los mismos ni por las características culturales de los usuarios, los conceptos de accesibilidad y aceptabilidad refieren a la multiplicidad de factores que intervienen en la toma de decisiones y en la construcción de las trayectorias terapéuticas (MARSIGLIA; CARNEIRO JUNIOR, 2009).

Hemos visto que entre los problemas que afectan la accesibilidad y aceptabilidad de las prestaciones y servicios se destacan las modalidades organizativas de los servicios de salud públicos que resultan “expulsivas”, particularmente horarios de atención, disponibilidad de turnos, cantidad de profesionales, procedimientos administrativos para lograr la atención, entre otros. A ello se suma un conjunto de factores que hacen a la formación del personal sanitario para interactuar con población indígena y a las modalidades de comunicación que se establezcan entre ambos (lo que incluye el lenguaje y aspectos actitudinales).

Es decir, desde algunas propuestas de enfoque intercultural suele colocarse el énfasis sólo en las diferencias culturales y no en las condiciones de desigualdad jurídica, política y económica. Lo que se plantea desde los reclamos indígenas no es la atención exclusiva por parte de especialistas tradicionales sino un acceso equitativo a servicios de calidad, al igual que el resto de los ciudadanos, pero adecuados a sus necesidades y a las particularidades de su cultura. Es decir, se observa una tensión entre la igualdad y la especificidad de derechos.

El análisis de las políticas de la provincia de Misiones para el pueblo Mbya revelan que el objetivo de brindar prestaciones y programas desde un enfoque “intercultural” se materializa básicamente en “traducción” de los mensajes. Su inadecuación se evidencia no sólo en el lenguaje utilizado y en la no consideración de la perspectiva

indígena sobre la etiología de los padecimientos, sino en el planteo de medidas preventivas que ponen de manifiesto el desconocimiento de las condiciones de vida de las comunidades indígenas (ver figura 9.5).

Figura 9.5 – Afiches: Programa “Techaĩ Mbya” (Salud Mbya) del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (2010)

Mitã rye rachy
Diarrea infantil

Mitã rye rachy ma jaecha kuao o ka'avý ooriave ramo. Hehochi ikatu Hykurei terã yryri.
La diarrea infantil es una enfermedad que se caracteriza por el aumento del número de veces que el niño evacúa.
La cara puede ser blanca, roja o amarillenta.

Tye rachy ojau ramo ombiuru oata mapy yy hetero. Ohepyrã ramo hye mitã nde rejokoi rá temb'u ni neremo kambue yrá.
El peligro de la diarrea es la deshidratación, es decir, la falta de líquido en el cuerpo. Cuando comienza la diarrea en sus niños o niñas no se deben suspender las comidas ni la leche materna.

Rechavy reñomondy: Nde ra'y...
Signos de alarma: Si la niño está...

- Ndyxytai hemombaret, Inqueno o irritado.
- Hecha kuare rei'i, Si tiene los ojos hinchados.
- Ijey'uvei vai, Tiene mucha sed.
- I pira raku terã ombjoey, Si tiene letargo o vomita.
- Hehochi ruguy rei ramo, Si la cara tiene sangre.

Reo pya'e va'erã hepoano rópy rechuka haguã ñopoano va'epi.
CONCURRA LO MÁS RÁPIDO POSIBLE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCA PARA CONSULTAR CON UN MÉDICO.

Jajapo ke techai pavẽ
Construyamos la Salud entre todos

Dirección de Programas Comunitarios de APS
Salud Indígena - Tel 03752-447120
Ministerio de Salud Pública - Junin y Tucumán, Posadas.
Tel 03752- 447866 / 447836

YY PORÃ...
Agua segura...

Reiporu ramo yy yvu gui, yakã terã yryru guachi py guare:
Cuando uses agua de pozos, arroyos o tanques:

- Rembo pupu va'erã ñiru aravo'i peve any ramo emo'i mok'i tyky ravandina 1 litro yy py.
Hervir durante 5 minutos o agregar 2 gotas de lavandina por litro.
- Earo mboapy pá aravo'i peve rey'u haguã.
Esperar 30 minutos antes de tomarla.
- Ejoi nde po yy pof my kavõ rebe temb'urã rejapo tavy ha'e re'utavy ha'e jai py reo riro.
Lavar las manos con agua corriente y jabón antes de preparar y servir la comida y después de ir al baño.
- Rejoei porã va'erã ka'avo ja'uva'e ha'e yva'a pyau.
Eaja yy py pá ha'e pañirũ aravo'i peve ha'egui ejoi jo'a.
Lavar con jabón el cuadro vegetal y frutas frescas. Dejar en remojo de 10 a 15 minutos y arajarar.

Jajapo ke techai pavẽ
Construyamos la Salud entre todos

Dirección de Programas Comunitarios de APS
Salud Indígena - Tel 03752-447120
Ministerio de Salud Pública - Junin y Tucumán, Posadas.
Tel 03752- 447866 / 447836

MISIONES Salud Ministerio de Salud Pública Gobierno de la Provincia de Misiones www.misiones.gov.ar/salud

MISIONES Salud Ministerio de Salud Pública Gobierno de la Provincia de Misiones www.misiones.gov.ar/salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (2010)

Diversos estudios coinciden en señalar que una de las principales dificultades para la implementación de políticas públicas atañe a los recursos humanos involucrados (FISA, 2008; LORENZETTI, 2006). Ello se relaciona, por un lado, con la inadecuada formación de los profesionales para trabajar en comunidades indígenas, reflejándose en la escasa interacción que se da entre los integrantes no indígenas del equipo de salud y la comunidad. El desconocimiento de la lengua indígena y la dependencia de un “traductor” actúan como obstáculo que afecta la fluidez de la comunicación entre los indígenas y los miembros de servicios de salud (LORENZETTI, 2006). Finalmente, existe otra dificultad relacionada con el trabajo interdisciplinario de los equipos, un objetivo reiterado infinitamente en los documentos, pero que resulta difícil de lograr en determinadas circunstancias.

En relación a los recursos humanos, la figura del agente sanitario resulta clave, y es uno de los ejes sobre los cuales descansan la mayoría de

las políticas de atención primaria de la salud en Latinoamérica (PEREZ GIL, 2007; NOVO, 2010). Tanto en Misiones como en Molinos, el rol de “facilitadores culturales” se basa en que al ser miembros de la población local, tendrán mayor empatía y posibilidades de comunicación y aceptación de la comunidad, la que se percibe como diferente del personal biomédico y homogénea. Ello no tiene en cuenta que el agente sanitario también ocupa un rol en su comunidad más allá de su labor, lo que a veces genera situaciones conflictivas.

Asimismo, su rol se describe como “traductor” o “broker”, y a través de ellos se busca favorecer la accesibilidad de la población al sistema de salud formal, extendiendo el alcance de la biomedicina sin ser revisada, criticada, ni modificada, simplemente se intenta que los comportamientos de la población frente a los problemas de salud se adecuen y “normalicen” de acuerdo a los criterios del sistema de salud. En este contexto, los agentes sanitarios deben cumplir con la doble responsabilidad de responder programáticamente con el rol para el cual han sido formados y, responder a las demandas en materia de salud y calidad de atención en los términos que lo demanda su propia comunidad (LORENZETTI, 2006; SY; REMORINI, 2009). De este modo, si bien en las comunidades hay personas que se han formado como agentes sanitarios, no todos ellos son reconocidos y aceptados como se supone desde lo programático. Por otra parte, la gente acude a expertos tradicionales o directamente al médico y son raras las situaciones en que se recurre al agente sanitario. Su labor está llena de dificultades al momento de abordar a la gente cuando los recursos biomédicos – leche y/o planes alimentarios – cuyo acceso debe viabilizar, no están disponibles en la comunidad. A esto se suma la situación de estar recibiendo una remuneración por su trabajo, generando fricciones en la comunidad y contribuyendo al desprestigio de su labor (SY; REMORINI, 2009).

Finalmente, acordamos con Lorenzetti cuando plantea que el trabajo de estos agentes, que en principio suponía contribuir a la “adecuación” del sistema de salud formal, terminó convirtiéndose en una “adaptación” de la comunidad a los requerimientos del sistema de salud formal (LORENZETTI, 2006).

Teniendo en cuenta lo dicho hasta aquí, nos interesa remarcar algunas cuestiones vinculadas con las posibilidades de colaboración entre la investigación etnográfica y el diseño de políticas públicas.

El enfoque adoptado por algunas investigaciones etnográficas sobre salud y enfermedad de las comunidades rurales e indígenas se

centra en los procesos a nivel comunitario, sin analizar las articulaciones con organismos públicos a escala local, regional y nacional. Nuestro foco en las actividades domésticas y en las trayectorias individuales permite identificar contextos por los que transitan los individuos, articulando, seleccionando, confrontando y/o negando diversos saberes y prácticas en sus interacciones con actores e instituciones. El desconocimiento acerca de las políticas implementadas en un determinado contexto oscurece nuestra comprensión de los factores que afectan la salud y el desarrollo infantil (BRONFENBRENNER, 1987). En este sentido, debemos tener en cuenta la diversidad de instituciones, discursos y prácticas sobre la salud/enfermedad que intervienen en las decisiones cotidianas, desde un enfoque ecológico y en perspectiva temporal. La investigación etnográfica sobre estos temas resultará enriquecida si es capaz de dar cuenta de los procesos de articulación entre el micro y el macro nivel.

Ello permite, por un lado, localizar los procesos sociales y aportar al reconocimiento de las particularidades de cada contexto, información indispensable para diseñar políticas. Por otro, la investigación a microescala da cuenta de la heterogeneidad dentro de cada sociedad, cuestionando categorías englobantes como “pueblos indígenas”. A través de nuestro trabajo hemos visto las particularidades que asume la construcción cultural e histórica de la identidad, por ejemplo, la posibilidad de auto-identificarse como indígena en cada contexto y la legitimación de esa adscripción en el marco de las interacciones con las agencias estatales. También podemos reconocer que mientras algunas poblaciones son excluidas de la política indigenista, otras son abarcadas como un colectivo homogéneo.

En este sentido, la contribución de la Etnografía a las políticas públicas puede plantearse a varios niveles. Por un lado, la “sensibilidad” de la metodología cualitativa permite abordar los procesos de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los propios actores sociales y considerar la complejidad de los procesos en los contextos locales, que resulta difícil reducir a variables cuantificables y universales. Al respecto, siguiendo a Scheper-Hughes (2000) suele afirmarse que sólo se pueden construir políticas de salud a partir de datos “duros” plasmados en estadísticas. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir del análisis en profundidad de pequeño número de casos, resultan significativos para reflexionar sobre la pretendida objetividad y neutralidad de tales datos.

En lo que concierne al enfoque adoptado en las medidas preventivas y asistenciales vemos que en ambos enclaves, éstas siguen

un enfoque clásico de “factores de riesgo” y de modificación de “hábitos no saludables”. Nuestras investigaciones sobre las prácticas de cuidado de la salud en la infancia en las comunidades Mbya (REMORINI, 2009, 2010) han puesto de relieve la complejidad de factores y procesos que desde la perspectiva Mbya, y en consonancia con enfoques recientes de la ecología histórica, coadyuvan a la persistencia de parasitosis en estas poblaciones, pero no son considerados en la prevención y tratamiento de estas patologías por los equipos de salud.

En el caso de esta y otras patologías prevalentes, la falta de atención a las condiciones que afectan la salud y a las estrategias adaptativas que han desarrollado las comunidades a través del tiempo, obstaculiza el intercambio y colaboración entre agentes del Estado y pobladores. Como consecuencia de ello se genera una brecha entre dos universos aparentemente antagónicos: el de los programas implementados desde el ámbito oficial por un lado, y el de los problemas de salud concretos y las estrategias locales para su resolución por el otro. En este punto, la Etnografía aporta una vía para ir desde los problemas a los programas y no al revés (CRIVOS; MARTÍNEZ, 1995).

Referencias

- ALMEIDA FILHO, N. Por una etnoepidemiología: esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. *Cuadernos Médico-Sociales*, n. 61, p. 43-47, 1992.
- ASSIS, V.; GARLET, I. J. Análise sobre as populações guarani contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *Revista de Índias*, v. 64, n. 230, p. 35-54, 2004.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). GN-2296/04: Política Operativa sobre Pueblos Indígenas. Disponible en: <<http://www.iadb.org/sds/doc/IND%20GN2296aS.pdf>>. Consultado en: 16 dic. 2004.
- BRONFENBRENNER, U. *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós, 1987.
- CEPAL. *Políticas y programas de salud de pueblos indígenas en América Latina: panorama social de América Latina 2007 de la CEPAL*. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf>. Consultado en: 23 nov. 2007.
- CRIVOS, M. *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes (Provincia de Salta)*. 2004. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad

Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2004. Disponible en: <<http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>>. Consultado en: 23 nov. 2007.

CRIVOS, M.; MARTÍNEZ, M. R. De los programas a los problemas: una propuesta de interrelación de especialistas en el área de la salud. *Revista El Consultor de Salud*, v. 5, n. 110, 1995.

CRIVOS, M. et al. Puesta en común de saberes y prácticas sobre las enteroparasitosis (Valle del Cuña Piru, Misiones). In: _____. *Cultivando memorias cosechando vida..* Equipo de Etnobiología, Museo de Antropología, Facultad de Humanidades, Universidad de Córdoba, 2006. 1 CD-ROM educativo.

CRIVOS, M. et al. Some considerations regarding the origin and functions of parasites among two Mbya communities in Misiones, Argentina. In: GARDENOUR, B.; TADD, M. (Ed.). *Parasites, worms, and the human body in religion and culture*. New York: Peter Lang, 2012. p. 95-121.

CUYUL, A.; ROVETTO, M.; SPECOGNA, M. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, v. 2, n. 7, 2011.

DIAZ, A. *Políticas alimentarias: algo más que programas compensatorios*. 2005. Disponible en: <<http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf>>. Consultado en: 23 mar. 2012.

FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; DE MEDEIROS, B. F. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da Udesc, 2009.

FORO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ARGENTINA (FISA). *Resumen ejecutivo: situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas*. Coordinado por Silvia Kochen. Buenos Aires: Cámara Argentina del Libro, 2008. In: GRUMBERG, G. (Coord.); MELIÁ, B. (Ed.). *Guarani Retã 2008: povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*. São Paulo: CTI, 2008. Mapa (100x69 cm) e livro explicativo.

GARLET, Ivori José. *Mobilidade Mbyá: história e significação*. 1997. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

HERNÁNDEZ, N. *Diagnóstico de situación de salud del Área Operativa nº XXVI*. 2009. Trabajo final (Especialización en Salud Pública) – Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Salta, 2009.

INADI. *Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina*. Diagnóstico y propuestas. Buenos Aires: INADI, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). *Encuesta complementaria de pueblos indígenas – ECPI. 2004-2005: resultados*

provisionales. Provincia de Misiones. Ministerio de Economía y Producción. Secretaría de Política Económica. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <www.indec.gov.ar>. Consultado en: 30 mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). *Censo Nacional Argentino 2010*. Disponible en: <<http://www.censo2010.indec.gov.ar/>>. Consultado en: 31 mar. 2012.

LORENZETTI, M. *Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena*. Buenos Aires: Instituto de Cs. Antropológicas, Sección Etnología y Etnografía. Facultad de Filosofía y Letras – UBA, 2006.

MARSIGLIA, R. G.; CARNEIRO JUNIOR, N. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, A. (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Programa ANAHI Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas*. Secretaría de Programas Sanitarios. 2005. Disponible en: <www.casarosada.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=398>. Consultado en: 18 feb. 2008.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Documento FESP: Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública*. 2006. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/html/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf>>. Consultado en: 4 dic. 2007.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Plan Nacer*. Plan Federal de Salud. 2007. Disponible en: <www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=1>. Consultado en: 8 ago. 2008.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Proyecto funciones esenciales de Salud Pública*. Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, año 2009/2010. 2008. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/fesp/cid/documentos/ppi/PPI-2009-10-SALTA.pdf>>. Consultado en: 26 mar. 2012.

MOMBELLO, L. *Evolución de la política indigenista en Argentina en la década de los noventa*. Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. 2002. Disponible en: <<http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/overviews/polsocpuebind.pdf>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

NAVONE, G. T. et al. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales. *Cuadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, 2006.

NOVO, M. P. Um papel de fronteira e seus (não) espaços: os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. In: FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; DE MEDEIROS, B. F. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da Udesc, 2009.

PEREZ GIL, L. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazonia. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and its implications in lower-income countries. *Public Health Nutrition*, Cambridge, n. 1, p. 5-21, 1998.

RAMÍREZ HITTA, S. *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. 2. ed. La Paz: OPS/OMS, 2010.

REMORINI, C. Caminar a través del monte: una aproximación a la movilidad Mbya en el pasado y en el presente. In: JORNADAS SOBRE POBLAMIENTO, COLONIZACIÓN E INMIGRACIÓN EN MISIONES, 2., 2001. Posadas. *Anales...* Posadas: Montoya, 2001. p. 309-326. Publicación especial.

REMORINI, C. *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina*. 2009. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales) – Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2009. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_documento=ARG-UNLP-TDG-0000000330&request=request>. Consultado en: 30 mar. 2012.

REMORINI, C. ¿De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables. In: DROVETTA, R.; RODRÍGUEZ, M. L. (Comp.). *Padecimientos en grupos vulnerable del interior de Argentina. Procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-Unidad Ejecutora de Conicet y Ferreyra, 2010.

REMORINI, C.; MORGANTE, M. G.; PALERMO, M. L. “Mamis” y “guaguas”: familia, maternidad y crianza a través de las generaciones en Molinos Salta, Argentina. In: REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO FAMILIA E INFANCIA. LA FAMILIA Y SUS MIEMBROS: PENSANDO LA DIFERENCIA EN AMERICA LATINA, 7., 2010. Temuco. *Anales...* Temuco: Universidad de La Frontera, 2010. Disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

ROGOFF, B. et al. Children’s development of cultural repertoires through participation in everyday routines and practices. In: GRUSEC, J. E.; HASTINGS, P. D. (Ed.). *Handbook of Socialization*. New York: Guilford, 2007. p. 490-515.

SABIO COLLADO, M. V. Diaguítas urbanos: memorias y experiencias migratorias. In: CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 10., 2011. *Actas...* Buenos Aires: CAAS, 2011. Disponible en: <<http://www.xcaas.org.ar/actas.php>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS DE ARGENTINA. Disponible en: <http://www.Saludindigena.org.ar/misiones_home.html>. Consultado en: 31 mar. 2012.

SCHEPER-HUGHES, N. Demografía sin números: el contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. In: VIOLA, A. (Comp.). *Antropología del desarrollo: teoría y estudios etnográficos en América Latina*. Buenos Aires: Paidós Studio, 2000.

SUPER, C.; HARKNESS, S. The developmental niche: a conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, n. 9, p. 545-569, 1986.

SY, A. *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, Provincia de Misiones): aporte del estudio de casos a la investigación etnográfica de los procesos de Salud-enfermedad*. 2008. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales y Museo) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2008.

SY, A.; REMORINI, C. Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya: contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión pública. In: NOCETI, M. B. (Comp.). *Oportunidades: caminos hacia la protección integral de los Derechos del niño*. Bahía Blanca: Libros en Colectivo, 2009.

TEVES, L. S. *El estudio etnográfico de la actividad textil como aporte a la caracterización del modo de vida en el pueblo de Molinos y zona de influencia, provincia de Salta*. 2011. 314 f. Tesis (Doctorado em Antropología) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2011.

WEISNER, T. Why ethnography should be the most important method in the study of human development? In: JESSOR, R.; COLBY, A.; SHWEDER, R. (Ed.). *Ethnography and human development*. Chicago: Universtity of Chicago Press, 1996.

ZONTA, M. L.; OYHENART, E.; NAVONE, G. T. Nutritional status, body composition, and intestinal parasitism among the Mbya-Guaraní communities of Misiones, Argentina. *American Journal of Human Biology*, n. 22, p. 193-200, 2010.

Capítulo 10

Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela

José Antonio Kelly Luciani

Introdução¹

Este trabalho é baseado nas minhas experiências com os índios Yanomami da Venezuela do município Alto Orinoco, Estado do Amazonas. Entre 2000 e 2002 realizei pesquisa antropológica com esse grupo e, durante o período de 2005 a 2006, participei ativamente da criação da Secretaria de Saúde Indígena (SSI) e coordenei o Plano de Saúde Yanomami (PSY) como servidor público do Ministério da Saúde (MS) da Venezuela. Na primeira parte deste texto, descrevo a organização do sistema de saúde no Alto Orinoco e analiso as motivações e relatos dos médicos que ali trabalham. Este exercício de descrição do sistema de saúde em operação nas comunidades constitui uma etnografia do “lado branco” nos serviços de ponta, perspectiva pouca explorada na literatura. Nesse sentido, particularizo etnograficamente aquilo que normalmente se toma por dado – “o médico”, “o sistema” –, contrapondo-me à tendência que tem investido um maior esforço analítico no lado indígena das relações interétnicas em torno da questão

¹ Texto adaptado de dois capítulos publicados no livro de Kelly (2011). Tradução: Fernanda Azeredo de Moraes.

da saúde na América Latina.

Na segunda parte, examino a rede que o MS tece entre seu centro hierárquico na capital da Venezuela, Caracas, e as comunidades indígenas, tais como as Yanomami do Alto Orinoco. Além disso, transfiro o foco para uma discussão mais ampla sobre as mudanças nas relações entre Estado e povos indígenas decorrentes da nova constituição de 1999 e o projeto de “Revolução Bolivariana”, liderado pelo presidente Chávez, e como tais mudanças se traduzem ao interior do MS. Examino, em específico, a criação da primeira SSI e um de seus programas principais, o Plano de Saúde Yanomami (PSY).

As duas partes do texto são então complementares, descrevendo e expondo as problemáticas que experimentei em diferentes fases de meu trabalho com os Yanomami, ao longo de toda a rede que o MS constitui. Por outro lado, essa etnografia do MS e seus esforços na saúde indígena são perpassados por um comentário sustentado nas duas partes sobre as relações entre brancos e índios na escala interpessoal e institucional, tanto substantiva quanto categórica. Acredito que a política da relação branco-índio é determinante para a compreensão da saúde indígena, e é por isso que ela figura de maneira tão relevante neste texto.

Particularizando o sistema de saúde do Alto Orinoco

Funcionamento e organização do sistema de saúde

Os Yanomami do Alto Orinoco possuem atendimento médico estatal, com seis clínicas rurais (Parima B, Koyowë, Ocamo, Mavaca, Mavaquita e Platanal) dedicadas exclusivamente às comunidades Yanomami. Em seu formato ideal, esse tipo de clínica – chamado de Ambulatório Rural Tipo II (AR II) – seria composto por um médico rural, normalmente um profissional recém-formado, prestando seu ano compulsório de serviço ao Estado, um auxiliar de enfermagem Yanomami, um microscopista de malária Yanomami e um barqueiro, responsável pela manutenção da voadeira e do motor da clínica. Mais ou menos a cada 10 semanas um estudante de medicina, em seu último ano de graduação, junta-se ao grupo por oito semanas.² Duas clínicas

² Um programa chamado Projeto Amazonas, estabelecido pelo governo regional e pela Universidade Central da Venezuela, traz estudantes de Ciências Médicas para fazerem parte de seus treinamentos no Amazonas. O programa funcionou até 2003-2004, quando mudanças de políticas diminuíram o fluxo de estudantes para o estado.

chamadas Ambulatório Rural Tipo I (AR I) – que contam apenas com um auxiliar de enfermagem Yanomami³ e têm equipamentos e medicamentos mais básicos – estão também em operação. Os AR II foram estabelecidos ao lado de bases missionárias dos Salesianos, ao longo do Orinoco, e da Missão Novas Tribos (MNT) em Parima B e Koyowë. Os Yanomami do Orinoco também fazem uso frequente da clínica de La Esmeralda, sede política do município e o centro administrativo do distrito de saúde.

Cada posto de saúde é responsável por um grupo de comunidades determinadas de acordo com a distância de barco ou de caminhada ao posto e a frequência com que devem ser visitadas pela equipe da clínica. Nos rios Orinoco e Mavaca, comunidades classificadas como “próximas” estão a até uma hora de barco de distância. Distâncias a pé em Parima B e Koyowë são maiores. Comunidades próximas deveriam ser visitadas uma vez por semana. Comunidades classificadas como “intermediárias” – entre uma e cinco horas de barco –, são visitadas quinzenalmente ou mensalmente. As “distantes” – aquelas localizadas a uma distância de mais de cinco horas de barco e, muitas vezes, exigindo ainda horas, ou até dias, de caminhada – devem ser visitadas 3 ou 4 vezes por ano. Todavia, essas são apenas aproximações, uma vez que as distâncias variam de um Ambulatório a outro e o tempo de viagem varia consideravelmente entre as estações de seca e de chuva. Esses cronogramas são extremamente variáveis, mais frequentemente não cumpridos do que respeitados, de acordo com uma miríade de fatores, tal como a disponibilidade de um médico, a regularidade do fornecimento de combustível e a situação de saúde entre as comunidades próximas.

As clínicas rurais constituem o nível operacional do sistema de saúde, desenvolvendo diariamente atividades curativas de atenção primária e executando programas nacionais ou estaduais de controle de doenças. Os programas mais importantes são os de controle da malária, da oncocercose e da tuberculose, além dos de imunização. O encaminhamento de pacientes para o hospital em Puerto Ayacucho por meio de aviões, o registro e reporte epidemiológico são outros elementos-chave da rotina da clínica.

No que diz respeito à organização, a maioria das comunidades

No começo de 2006 o Projeto Amazonas foi revitalizado e o fluxo de estudantes foi gradativamente aumentado.

³ Os auxiliares de enfermagem Yanomami são treinados no Programa de Medicina Simplificada de formação de agentes comunitários de saúde, iniciado na década de 1960 na Venezuela para expandir o atendimento em saúde nas áreas rurais.

Yanomami no Amazonas faz parte do Distrito de Saúde do Alto Orinoco, coordenado pelo chefe do distrito de La Esmeralda, que representa a ligação entre as clínicas rurais e as comunidades, de um lado, e a Direção Regional de Saúde em Puerto Ayacucho, do outro. A cadeia hierárquica de crescente autoridade e responsabilidade segue a rota de AR I, AR II, chefe do distrito, até a Direção Regional de Saúde, que é a representação do MS no Estado

É crucial ressaltar que, em relação à população Yanomami, a cobertura do sistema de saúde é limitada. Apesar de, em termos operacionais, ser conveniente falar em comunidades “próximas” e “distantes”, esse vocabulário converte uma categoria de distância relacional – entre um provedor de serviço e as comunidades – em uma qualidade absoluta – da comunidade –, o que rapidamente transfere responsabilidades do Estado para “comunidades remotas”. É por isso que é muito mais apropriado classificar comunidades em “não atendidas”, “pouco atendidas” e “regularmente atendidas”. No começo dos anos 2000, estimava-se que aproximadamente 70% da população Yanomami do Amazonas estava entre as não atendidas, ou pouco atendidas, enquanto apenas 20% eram regularmente atendidas.

A vida cotidiana dos médicos em Ocamo

“Ocamo” designa o setor ou conjunto de mais ou menos dez comunidades Yanomami individualmente nomeadas, mas todas próximas e aparentadas entre si, que derivam da instalação da Missão Salesiana no encontro do rio Ocamo com o rio Orinoco no final da década de 1950. Do lado da Missão estão o posto de saúde, a escola e a residência médica, junto com duas comunidades chamadas “Bairro Novo” e “Bairro Velho”. Outras comunidades do conjunto estão a uma distância percorrida em, no máximo, 10 minutos por meio de voadeira pelo rio. A residência dos médicos e estudantes de medicina encontra-se mais longe do rio e dos conglomerados de casas (Bairro Novo e Velho) que ficam ao lado da pista de pouso; logo depois da pista começa a floresta. Com essa distância, os médicos gozam de certa privacidade e podem viver, até certo ponto, suas próprias vidas. O cotidiano da comunidade – comer, pescar, caçar, vida familiar e algumas reuniões comunitárias – desenvolve-se relativamente à parte, e os médicos inteiram-se dos acontecimentos principalmente pelos Yanomami que os visitam diariamente. A interação dos médicos com as pessoas de Ocamo é limitada principalmente à clínica, à residência dos médicos

e a alguns outros lugares públicos, como a missão e a beira do rio. Médicos raramente visitam as casas Yanomami, a não ser para atender algum paciente específico. Convites ocasionais para cerimônias funerais *reahu* são recebidos, como sinal de aceitação por parte da comunidade. Contudo, de modo geral, os locais dos encontros dos médicos com os Yanomami são percebidos como espaços dos “brancos” pelos indígenas.

A rotina diária começa normalmente com um mensageiro chegando à casa do médico e avisando-o da chegada de pacientes na clínica. Aqueles que se sentem doentes começam a chegar com o barco escolar da missão por volta das sete da manhã. A maior parte da manhã é dedicada ao tratamento de pacientes com problemas menores – dores de cabeça, dores no corpo, conjuntivite, diarreia, asma, febre, vermes, problemas de pele, etc. – para os quais pílulas, xaropes ou injeções são administrados. Todas as febres são tratadas como possíveis casos de malária, exigindo um exame de sangue e tratamento adequado quando os resultados são positivos. Problemas respiratórios muitas vezes envolvem várias sessões de nebulização. Ambos os casos – malária e problemas respiratórios – requerem uma estadia mais longa na clínica.

Atraindo pessoas de todas as comunidades próximas, a clínica torna-se um lugar social onde os Yanomami se encontram, trocam notícias ou fofocas. Uma visita à clínica é também uma oportunidade de encontrar um parente. A clínica tende a ser um espaço mais feminino, uma vez que, em grande parte, mães ou parentes mulheres são quem levam os filhos até lá. Não obstante, jovens homens frequentam a clínica para ouvir chamadas de rádio, fofocar ou ajudar com tradução. Cheia e atribulada, a clínica também representa um ambiente propício para trocas amorosas discretas. Dessa forma simples, a estrutura física do sistema de saúde é integrada no dia a dia de Ocamo como um centro social, uma opção de lugar onde passar o tempo. Ademais, já que o transporte até a clínica no barco da missão é gratuito, alguns dizem estar doentes apenas para dar um passeio.

O cuidado com pacientes em Ocamo é, pelos padrões de hospitais urbanos, desorganizado. Mesmo havendo uma sala de espera, a área em que os pacientes são examinados e tratados é, geralmente, aberta para todos os que estão circulando pela clínica. Parentes normalmente estão presentes, simplesmente observando ou ajudando a explicar seus problemas. Problemas graves que chamam a atenção sempre atraem uma pequena multidão de comentadores que debatem os procedimentos do médico, o mal do doente, os possíveis diagnósticos, causas, futuros tratamentos, etc. Todos esses comentários são discutidos no idioma

Yanomami, excluindo totalmente o médico.

Durante a primeira parte da manhã, diversas atividades ocorrem ao mesmo tempo: pessoas falando no rádio, o médico atendendo os pacientes, enquanto alguém se ocupa das traduções, mães acompanhando os filhos nos nebulizadores, o microscopista examinando lâminas de malária; um cenário bastante agitado que tende a se acalmar por volta das 11 horas da manhã. O calendário letivo e as condições epidemiológicas predominantes afetam a rotina da clínica. Já que os barcos escolares da missão não estão disponíveis durante as férias, nesses períodos os pacientes chegam em diferentes momentos da manhã. Surtos de doenças contagiosas, como diarreia e problemas respiratórios, fazem certos períodos do ano consideravelmente frenéticos. Entre dezembro de 2000 e janeiro de 2001, uma epidemia de coqueluche espalhou-se pelo Alto Orinoco, começando em Ocamo, passando por Mavaca e chegando em Platanal com grande força. Em um período de duas semanas em Mavaca, 54 casos de coqueluche foram diagnosticados; de acordo com o médico, nenhuma criança da região de Mavaca escapou sem ser infectada e vários pacientes ficaram gravemente doentes, necessitando de atenção 24 horas. O fluxo de atividades costumeiramente tranquilo foi tomado por um período altamente tenso, estressante e opressor para os médicos.

Em circunstâncias normais, ao meio dia o médico vai até a sua casa para preparar o almoço junto com o estudante, ocasionalmente acompanhados por algum Yanomami. Os rapazes e crianças Yanomami espiam a preparação da comida pelas amplas janelas abertas. Alguns médicos não ligam para isso; as crianças vão embora sozinhas, uma vez que a curiosidade é satisfeita. Outros não toleram ser observados dessa forma e pedem para as pessoas irem embora ou gritam com elas. Os jovens vão embora rindo, para voltar apenas no dia seguinte. O grupo de espectadores está sempre mudando; os moradores de Ocamo inclusive trazem, algumas vezes, visitantes do rio acima, menos acostumados com a presença dos brancos, para que também “assistam”.

As outras comunidades do conjunto Ocamo são normalmente visitadas com o auxílio de barcos, durante a tarde. Essas são oportunidades em que os médicos também participam mais da vida da comunidade e param para bater papo com amigos. Estudantes de medicina fazem trocas por arcos e ornamentos ou pagam por uma paca a ser consumida na casa do médico. Durante o começo da noite os médicos se comunicam entre si e com o chefe do distrito pelo rádio. Além do relato de informações e coordenação das atividades, eles aproveitam a oportunidade para

conversar com médicos de outras clínicas. Companhia é sempre um remédio bem-vindo para a sensação de isolamento. Quando cai a noite, os médicos encontram-se em casa preparando o jantar. As noites têm um ar agradável; médicos e estudantes conversam sobre os casos do dia, as fofocas da comunidade, piadas do Alto Orinoco, etc. Durante a noite há sempre a possibilidade de um chamado urgente para ver um paciente, e não é incomum passar várias horas na clínica lidando com crianças com problemas respiratórios, febres altas ou desidratação. Esses podem ser os momentos mais estressantes, uma vez que não é possível chamar por rádio outros médicos ou um avião, se necessário. Pacientes frequentemente necessitam de remédios durante a noite. O médico e o estudante se revezam em turnos, visitando casas específicas com a lanterna e um graveto em mãos para localizar os pacientes em suas redes e defender-se de cachorros bravos.

Visitas rio acima são organizadas periodicamente ou em resposta às notícias de doença em uma comunidade em particular. Essas viagens oferecem uma mudança de ritmo na rotina da “base”, como as clínicas são conhecidas. Comunidades da parte superior do rio são consideradas mais tradicionais e proporcionam a oportunidade de experimentar aspectos da cultura Yanomami menos ostensivamente presentes em Ocamo.

Vacinas precisam ser refrigeradas com gelo para permanecer eficazes. Visitar diversas comunidades e lidar com a pressão causada pelo derretimento do gelo faz o trabalho ser árduo e corrido, frequentemente obrigando a equipe a trabalhar a noite toda após uma longa jornada. Alguns médicos gostam de viajar rio acima e apreciam a mudança de ambiente; outros – especialmente quando longas caminhadas são necessárias – se esquivam das dificuldades, minimizando a frequência e a duração das estadias.

Chegando ao Alto Orinoco

Dada a visibilidade dos povos indígenas venezuelanos na constituição nacional, tanto quanto o crescimento de movimentos indígenas na América Latina e a proeminência dos Yanomami em círculos internacionais preocupados com direitos de povos ameríndios, eu esperava ouvir dos médicos alguma referência sobre trabalhar especificamente com os Yanomami como parte de sua escolha do Alto Orinoco. Em vez de referências específicas, encontrei em seus relatos um apelo geral do Amazonas como um complexo imaginado de alteridade,

um desejo de experimentar o “isolamento da selva” ou o de trabalhar em um lugar “realmente rural”. Essas imagens dos médicos refletem percepções dominantes do Amazonas como uma fronteira atrasada, uma imensidão selvagem e desconhecida, um espaço eminentemente natural conhecido apenas por meio da experiência mediada pela televisão. Nos relatos em que se referiam à cultura como motivo, o “outro” em outras culturas era um outro desconhecido, parte de uma alteridade evocada pelo Amazonas como um lugar na Venezuela, e não dos ameríndios como povos na Venezuela. É essa ausência, essa invisibilidade dos ameríndios na imaginação das classes médias urbanas venezuelanas que precisa ser explicada, um assunto a que voltaremos na segunda parte, ao falar das mudanças no discurso oficial sobre identidade e nacionalidade.

O fato de pais com frequência desaprovarem a ida de seus filhos ou filhas para trabalhar no Amazonas aponta para a ousadia dessa escolha. Também é comum encontrar dois ou mais amigos que decidem ir juntos, um apoiando o outro na escolha de dar um mergulho no desconhecido. Ademais, para alguns, esta é a primeira vez que se afastam de suas famílias e do ambiente urbano por mais tempo.

Uma médica, por exemplo, depois de um mês de estadia, ressaltou a oportunidade de crescimento pessoal:

Eu vivi em um mês tudo que em 27 anos eu nunca tinha vivido. Eu nunca tinha estado em um avião, nunca tinha voado de helicóptero. Eu nunca tinha viajado em uma voadeira de alumínio. Eu nunca tinha andado na selva, nunca, na minha vida.

Para muitos, a passagem pelo Alto Orinoco constitui um amadurecimento dramático, tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Trabalhar no Amazonas é uma experiência emocionalmente carregada, que mexe com medos e inseguranças, mas também com o desejo de vencer desafios.

Entre as experiências no Amazonas está a frequentemente mencionada chance de praticar “outro tipo de medicina”: promoção e prevenção de saúde, epidemiologia, programas de controles de doenças e uma imensidão de atividades de saúde pública que não fazem parte da experiência hospitalar dos recém-formados. Para alguns, trabalhar “fora do hospital” era um objetivo e não apenas uma inclinação. Em outros casos, era uma questão de evitar o “regime hospitalar” – uma rejeição da hierarquia e do poder médico convencional.

Após vários meses atendendo em clínicas privadas, outro médico

retornou ao Amazonas enojado da forma como a medicina particular funcionava: “No primeiro dia que eu cheguei para trabalhar na clínica eu fiquei horrorizado quando ouvi essas coisas [...] esses são comentários normais, como ‘poxa! Espero atender pessoas com seguro, para que possa hospitalizá-las rapidinho e ganhar a comissão’ [...] é horrível receber um paciente e ter que perguntar se ele ou ela tem seguro”.

Em geral os médicos no Alto Orinoco citam o desejo de estar num lugar “realmente rural” como reflexão de uma vocação socialmente orientada. Esses médicos recém-formados, que partilham o interesse por saúde pública, uma curiosidade sobre outros lugares e culturas, e um desejo de servir em áreas “atrasadas”, são uma pequena minoria. Eles apontam que a maioria dos recém-graduados prefere fazer o ano rural perto de casa, minimizando a interrupção de suas vidas normais, e que um ano em lugares como o Alto Orinoco constitui um tipo de estagnação profissional, prejudicial na altamente competitiva corrida para vagas em cursos de pós-graduação; em geral, as patologias comuns na área são consideradas pouco desafiadoras.⁴

Ao contrário de muitos médicos, a maioria dos estudantes escolhe ir especificamente para o Alto Orinoco. Durante minha estadia inicial com os Yanomami, atribuições para postos de saúde no Amazonas e para o Alto Orinoco eram altamente cobiçados. A avidez dos estudantes era tanta que eles gastavam somas substanciais do próprio dinheiro para cobrir comida e outros gastos, tais como roupas e botas à prova d’água. Para os estudantes, inspirados pelas histórias fantásticas contadas por colegas mais velhos que voltaram dessas experiências “transformadoras”, os Yanomami e a floresta eram atraentes. Como um estudante colocou:

Bom, basicamente, todo mundo que veio para cá [o Alto Orinoco] me falou que essa experiência mudou as suas vidas, todo mundo [...] Todas as pessoas que vieram para o Alto Orinoco me contaram – minha vida antes e depois [...] E eu queria viver isso, viver o que quer que seja que há aqui que divide a vida de todo mundo em “antes” e “depois”.

⁴ Em 2003 havia novos atores na cena médica do Alto Orinoco. La Esmeralda começou a incluir de um a três médicos cubanos na sua equipe. No final de 2005, médicos venezuelanos e latino-americanos treinados em Cuba começaram a dividir o trabalho nas comunidades Yanomami com médicos formados na Venezuela. Além disso, novos cursos de graduação e pós-graduação desenhados para atender mais adequadamente a população rural venezuelana foram promovidos pelo Ministério da Saúde.

Apesar de os estudantes também falarem das adversidades menos românticas do Alto Orinoco, as suas descrições de lugares lindos, amizades com Yanomami, curas xamânicas, pesca e caça, tendem a retratar a vida com os Yanomami em cores exóticas e desafiadoras. Esses contos criam um Alto Orinoco imaginado, um “roteiro de viagem” de percursos e atividades “imperdíveis” para experimentar completamente o lugar. Além do entusiasmo profissional, estudantes normalmente estão dispostos a irem pescar com os Yanomami, caçar e visitar lugares rio acima. Eles também buscam comunidades que “parecem mais tradicionais”. Atividades como tirar fotos e trocar ou comprar flechas, ornamentos de pena e peças de cestaria dão ao estágio estudantil um tom de turismo cultural. Mesmo assim, apenas uma minoria desses mesmos estudantes escolhe essa estadia como um ensaio para o seu ano rural. Eles normalmente veem todo estágio como uma chance única na vida e, conseqüentemente, como um item a riscar da lista de “coisas a fazer”. Dito isso, esses estudantes de medicina historicamente têm feito contribuições importantes para o sistema de saúde do Alto Orinoco, muitas vezes assumindo responsabilidades além das esperadas em um estágio tão precoce de suas carreiras.

Percebemos agora a pluralidade de interesses que trazem médicos para o Alto Orinoco. No Amazonas, médicos são influenciados em diferentes níveis por uma impressão difusa de alteridade em termos geográficos, ambientais, culturais e profissionais. Por outro lado, estudantes são atraídos por imagens específicas de lugares e pessoas retiradas dos relatos de seus veteranos. Seja para o recém-graduado, seja para quem está no final do curso, essa experiência desafiadora tem um componente experimental impulsionado tanto pela apreensão quanto pela curiosidade, pelo desconhecido. Para a maioria dos médicos e estudantes, o Alto Orinoco é um ponto de passagem no amadurecimento profissional, mais um desvio do que um passo à frente em suas carreiras.

Relatos de primeiras impressões: os índios naturalizados

Os relatos dos médicos sobre os primeiros contatos com os Yanomami revelam a avaliação positiva de uma imagem destes como índios naturalizados. Esses médicos percebem as características consideradas “Yanomami” sob uma perspectiva positiva, em contraste a uma avaliação negativa daquilo que é considerado ocidental. Assim, as práticas Yanomami, tais quais usar roupas ocidentais, fumar ou comer comidas enlatadas, são tachadas como fruto da “nossa contaminação”. A

constante demanda por coisas/presentes é considerada como resultado do paternalismo dos missionários e políticos, uma influência estrangeira e não uma “coisa Yanomami”. A vida simples em oposição à agitação da cidade é também muito admirada. A fala de um estudante reproduzida a seguir reflete alguns desses pontos:

Você vê como os Yanomami veem o mundo e você se dá conta que os estranhos aqui somos nós, nós é que estamos completamente enganados. Não são eles que estão errados; somos nós que estamos errados; somos nós que usamos roupas. Assim, a crença que nós temos da nossa grandiosidade, de que somos os únicos seres do universo, muda. Nós estamos completamente errados!

Um médico, já familiarizado com os índios Guajiro (Wayuu), esperava encontrar semelhanças destes com os Yanomami. O relato a seguir conta da sua chegada ao porto em Ocamo, onde é normal encontrar um pequeno grupo de Yanomami atraídos pelo barulho do motor do barco se aproximando.

[...] os Guajiro não se vestem mais como Guajiros, mas como qualquer um de nós [...] Eles são índios porque eles têm traços/feições indígenas e descendem do seu grupo étnico [...] Eles já são parte de uma totalidade e isso era provavelmente o que eu estava/o que eu esperava encontrar [...] Mas quando eu vi as pessoas [os Yanomami no porto] [...] eu fiquei impressionado por encontrar índios desse jeito, mulheres sem suas coisas [sem camisa] [...] Poxa, tão boas com as suas crianças!

Em contraste com os Guajiro, a imagem de mulheres seminuas carregando seus filhos depois de uma caminhada pela selva é a imagem perfeita da natureza intocada, uma imagem positivada como a exclamação “*tão boa com as suas crianças*” revela.

De modo geral, a dicotomia nós/eles é um eixo de interpretação que localiza Índios e Ocidentais em polos opostos de um *continuum*, atribuindo a permanência/bondade/natureza ao polo indígena. O movimento é possível apenas em uma direção: a do pior/do ocidente/do futuro. Os índios são em si uma parte da natureza, e a natureza é a fonte do que há de bom neles. Romper com essa fonte – tanto geograficamente quanto através de crescentes intervenções (roupas, objetos manufaturados, etc.) – é um indício de degradação no sentido ocidental. Dessa forma, tornar-se mais ocidental é perder algo indígena:

a mudança cultural é, invariavelmente, uma perda e muitas vezes expressa crença na inexorável ocidentalização dos índios. Em outros momentos, isso assume uma posição de evolucionismo social, que faz dos índios nossos ancestrais contemporâneos. A essencialização naturalizada dos Yanomami na imaginação do médico não é um caso isolado, mas se repete com frequência em Puerto Ayacucho, onde os Yanomami são a imagem principal do índio na natureza. No aeroporto, na maioria dos restaurantes, hotéis e pontos turísticos, os Yanomami são exaustivamente retratados em pinturas e fotos com corpos nus adornados tradicionais, muitas vezes acompanhados de pássaros e outros animais selvagens.

Existe ainda outro ponto importante na disposição inicialmente positiva dos médicos com os Yanomami: a de esforçar-se para compreender as diferenças culturais. No exemplo a seguir, dois médicos trataram um bebê que necessitava de uma solução intravenosa. Uma vez que a mãe resistiu ao tratamento, eles realizaram apenas alguns dos procedimentos. Na manhã seguinte, o médico tentou remover um esparadrapo do braço da criança, tendo sido interrompido novamente pela mãe.

Hoje de manhã quando eu tirei [o esparadrapo] ela [a mãe do bebê] de novo não me deixou fazer. Ela colocou água no braço do bebê primeiro [...] e ela tirou o esparadrapo [...] estava grudado – o esparadrapo é bem forte – então ela molhou um pouco [o braço]. Ela me deixou fazer a última parte. [Outro médico:] Ela está me dando um exemplo, quer dizer, [parafrazeando os pensamentos da mãe:] “Você tem que perceber que está doendo. Existem outras formas de fazer isso. Vamos molhar um pouco, esfregar com cuidado, ok?” [...] Na cidade estamos acostumadas a fazer tudo rápido... Então sem dúvida eu penso na riqueza [de experiência] que eu vou levar [daqui].

Uma mãe potencialmente “difícil” é percebida como uma mãe preocupada que, por meio dos cuidados delicados com o filho, ensina para os médicos que não há necessidade de ser ríspido; se evitar a dor toma mais tempo e gentileza, que assim seja. O comentário do médico aponta para a perda de humanidade no tumulto dos hospitais urbanos e transforma a ação da mãe em uma crítica cultural espontânea.

Além de ilustrarem aspectos comuns e problemáticos de naturalização, evolucionismo e primitivismo na construção ocidental dos Ameríndios (RAMOS, 1998; CONKLIN, 1997; ALBERT, 2000 apud

KELLY, 2011), esses comentários nos permitem ver como as impressões são transformadas pela experiência e se tornam itens fundamentais das relações Yanomami-brancos (KELLY, 2011). Aqui apenas posso salientar que, se nos encontros iniciais, o vínculo entre os Yanomami e a natureza assume a forma de uma presença física marcada – tal qual os corpos nus dos índios, os animais e a floresta – ao longo do tempo as formulações dos médicos tendem a alinhar os Yanomami com outros aspectos complementares da nossa conceitualização de natureza, uma ausência de sociedade não marcada: caos, a falta de convenções sociais e a imprevisibilidade. É essa imagem da natureza que se estabiliza e pode ser considerada como característica das relações entre médicos e Yanomami e, de maneira mais geral, entre brancos e Yanomami.

Problemas e limitações do sistema de saúde

Por causa do intenso fluxo de médicos e estudantes, o nível operacional do sistema de saúde representa um processo lento de aprendizado. Cada novo médico passa vários meses aprendendo como administrar a clínica, lidar com as pessoas, tratar os pacientes e os princípios básicos da nova língua. Os médicos muitas vezes afirmam que apenas nos seus meses finais de estadia eles conseguem manter o controle dos afazeres. Assim que um novo profissional chega, relações têm que ser refeitas; o método de fazer as coisas muda; os mesmos erros se repetem; métodos pessoais são testados; e, finalmente, um novo ritmo de trabalho se estabelece, mas não por muito tempo. O caráter intermitente desse processo não deve ser subestimado, uma vez que é em si incompatível com a valorização Yanomami da coresidência (e outras formas de mutualidade) na construção do afeto e da confiança. Consequentemente, a instabilidade das diferentes maneiras pessoais de administrar a clínica contribui para uma relação conflituosa entre os médicos e a comunidade a que eles servem.

Tomemos por exemplo a gestão dos recursos da clínica (ex.: motor, gasolina e voadeira): em um ano, o médico pode ter um controle relaxado desses recursos, emprestando-os a grupos de amigos, ajudantes ou Yanomami influentes. No ano seguinte, o médico pode tentar gerenciar esses recursos mais atentamente e monitorar o pessoal de saúde Yanomami. Um médico pode procurar partilhar mais com os Yanomami, convidando amigos para refeições e conversas na sua residência. O próximo, adotar uma política de “proibida a entrada de Yanomami na casa”. O tratamento médico também pode mudar em

pontos cruciais. Um médico pode administrar pessoalmente todas as doses de um longo tratamento para assegurar sua eficácia. O outro pode achar necessário delegar essa responsabilidade, dando aos pacientes toda a cartela de remédios para tomar em casa, sem supervisão. Um médico pode adorar visitar comunidades rio acima regularmente. O próximo pode não gostar tanto, não se esforçando para cumprir com o calendário ideal de visitação. Resumindo, o estilo pessoal do médico em residência na clínica determina importantes aspectos da atenção oferecida, tais quais a frequência das visitas, a área de cobertura, a gestão dos recursos e a administração dos remédios.

Uma vez que tanto os médicos quando os estudantes são transitórios, uma noção de pertencimento – a um sistema, a um projeto, a um objetivo – é muito difícil de ser obtida. De fato, os médicos muitas vezes criticam o sistema de saúde como se não fossem eles mesmos parte integrante desse sistema. A alta rotatividade de médicos e estudantes, associada à falta de memória institucional (tanto médica quanto de outros tipos) também confere ao sistema de saúde um tom de estagnação. Cada médico transmite para seu sucessor aspectos da sua experiência, mas eventos importantes e inovações dos últimos cinquenta anos, muitas vezes, seguem ignorados pelos médicos rurais. Como resultado, o sistema de saúde permanece em uma infância perpétua entre pessoas, que, ao contrário, envelhecem e se deparam com os mesmos episódios repetidamente. Forçados a reviver essa incipiência cíclica, são os Yanomami que podem perceber o sistema como um processo histórico.

Por fim, não devemos subestimar o fato de que médicos rurais têm pouca experiência em medicar sem supervisão. A inexperiência ao lidar com decisões éticas e negociar com parentes de um paciente Yanomami, principalmente em situações críticas com riscos de morte, é uma fonte de grande ansiedade. É difícil pensar em uma mudança mais radical do que essa de um ambiente universitário supervisionado para outro onde a responsabilidade total pelos pacientes deve ser assumida sob circunstâncias tão pouco familiares. Acrescentem-se os arroubos de solidão, falta de comodidades urbanas, e frequente sensação de abandono pelo próprio sistema de saúde, e pode-se começar a compreender como o Alto Orinoco pode ser esmagador. A maioria dos médicos com quem falei lembra de seu tempo com os Yanomami sob uma ótica positiva; todavia, nenhum negaria o estresse emocional dos períodos de ansiedade, insegurança, desespero, depressão e frustração.

Fechamos este capítulo subindo um degrau na estrutura organizacional do sistema de saúde. Esta é estritamente uma análise

contextualizadora, um esforço para que continuemos examinando os problemas que atingem mais diretamente o sistema de saúde do Alto Orinoco e aqueles que nele trabalham.

Se a alta rotatividade é um problema no nível comunitário, a mudança constante de funcionários ao longo da organização do sistema de saúde como um todo também atrapalha a consolidação de relações de trabalho estáveis e eficientes com as comunidades. Durante o período de 2000 a 2005, por exemplo, o Alto Orinoco teve cinco chefes de Distrito e o Amazonas teve cinco diretores regionais de saúde. Durante o período de Chávez, os ministros da saúde mantiveram seus cargos, em média, por menos de dois anos. Nessas circunstâncias, a falta de conhecimento da diversa geografia e população do Amazonas, a inabilidade de monitorar planos e programas e a impossibilidade de honrar acordos com comunidades e outras instituições estatais se repetem, impedindo que uma resposta coerente a problemas de saúde seja dada. Esses efeitos são exacerbados ainda pelo fato de que os Distritos Sanitários têm uma existência muito mais nominal do que institucional, não possuindo orçamentos próprios e dependendo completamente da instância regional do sistema, tanto em termos técnicos quanto administrativos. Incoerência e falta de continuidade se tornam marcas registradas de um sistema cronicamente incipiente incumbido de um panorama de diversidade cultural e epidemiológica extraordinária, espalhado por uma imensa área, equipada com uma infraestrutura de comunicação pobre. Dada tal complexidade, é imprescindível uma colaboração constante e devidamente coordenada entre diferentes instituições estatais. Todavia, a necessidade de soluções multi-institucionais, mesmo que teoricamente pertinente, aumenta as incertezas, uma vez que depende de acordos e redes entre instituições com agendas e prioridades distintas. Duas das alianças mais comuns são feitas entre as autoridades regionais do MS e o governo municipal e regional, de um lado, e entre os membros das Forças Armadas, de outro. Os governos regionais e municipais têm à sua disposição recursos financeiros e humanos que deveriam ser investidos em atividades relativas à saúde. As Forças Armadas possuem uma plataforma logística – aviões, helicópteros, barcos, etc. – que muito excede a capacidade de qualquer ministério. Contudo, os governos regionais e locais tendem a utilizar seus recursos e configurar as suas prioridades de maneira clientelista e eleitoreira. Raramente essa dinâmica corresponde ao que

uma política pública de saúde sólida indicaria.

Igualmente, as Forças Armadas possuem responsabilidades e agendas próprias; raramente seus recursos logísticos podem ser disponibilizados na medida em que o sistema de saúde demanda. E, embora as Forças Armadas tenham assumido um papel muito mais proeminente no apoio a programas sociais durante a administração Chávez, harmonizar essas atividades com o cumprimento dos deveres de defesa e segurança é um desafio. Unidades estatais interinstitucionais, com o objetivo de angariar recursos e informações, foram implementadas diversas vezes, mas se mostraram frágeis por dependerem do esforço de indivíduos específicos e por estarem sujeitas à instabilidade das alianças políticas realizadas.

Para os médicos, a inclemência do trabalho de campo e seus problemas crônicos, somados a uma estrutura salarial pouco atraente dentro do MS, minam os prospectos de profissionais de qualidade permanentes, seja para o trabalho no campo, seja para o treinamento de profissionais de saúde locais. Um beco sem saída, o campo da saúde indígena não oferece nenhuma perspectiva de carreira para profissionais brancos ou indígenas, e os brancos que escolhem permanecer nessa área o fazem, às vezes, assumindo uma postura quase missionária, que supõe seus próprios problemas.

Mudança de marés e sentimentos ambíguos

Com a nova constituição de 1999, a Venezuela oficialmente se tornou uma nação multicultural e pluriétnica. Nesta segunda parte do texto, procuro descrever algumas das mudanças que ocorreram desde então nas relações entre o Estado venezuelano e os povos indígenas. Começo por descrever a transformação no tratamento da “questão indígena”, mudanças jurídicas e políticas importantes, mostrando como a imagem dos índios tornou-se um símbolo chave do processo governamental de reconstrução nacional, conhecido como a Revolução Bolivariana. Se me detenho nessas mudanças é porque considero que elas, até certo ponto, são a condição de possibilidade de uma virada na saúde indígena na Venezuela, assim como são fatores que terminam caracterizando as transformações acontecidas, entre as quais estão as que conheci melhor no MS e que aqui discuto: o trabalho da Secretaria de Saúde Indígena (SSI) e um de seus programas principais, o Plano de Saúde Yanomami (PSY). Podemos considerar ambos como casos

que iluminam como o MS escolheu implementar o multiculturalismo declarado na constituição de 1999.

A questão indígena da Venezuela

Até a elaboração da nova constituição em 1999, a Venezuela era um dos países menos progressistas das Américas no que concerne à legislação indígena. A relativa invisibilidade dos índios na imaginação nacional e o abandono oficial da questão indígena eram marcas registradas da atitude venezuelana em relação aos povos indígenas. A tarefa de inserir indígenas na cultura e economia nacional era ou delegada para diferentes ordens missionárias ou deixada para a “integração natural” a ser realizada pela expansão de frentes econômicas, o povoamento de espaços aparentemente vazios e a propagação do desenvolvimento e da modernidade. Visões hispanocêntricas dominantes da história nacional costumam caracterizar as formas culturais e econômicas indígenas como obstáculos para a civilização (CARRERA DAMAS, 2006, p. 24), atrapalhando o progresso em esquemas de desenvolvimento nacional. Agências governamentais responsáveis pela questão indígena têm sido jogadas de um lado para outro, de ministério em ministério, durante os últimos cinquenta anos. Orçamento e cacife político sempre foram escassos. Até mesmo quando a reforma agrária de 1961 criou possibilidades legais para os índios terem posse de suas terras, esta só poderia ser feita por meio da imposição aos indígenas de modelos camponeses do uso de terra e organização sociopolítica. Ademais, pelo menos no Amazonas, nenhuma comunidade indígena jamais recebeu títulos permanentes de posse de terra pela reforma agrária (COLCHESTER; WATSON, 1995, p. 15). Não deve ser esquecido também que brancos caçavam índios Pumé no interior do estado Apure até a década de 1960 (MONSONYI, 1972, p. 46).

Para que os indígenas se tornassem invisíveis, algo devia escondê-los (ARVELO-JIMÉNEZ, 1972). A identidade nacional venezuelana se forma em torno da noção de mestiçagem, a mistura do sangue indígena, negro e branco. O componente indígena da identidade nacional era celebrado não como um aspecto vivo do cenário contemporâneo multicultural, mas como um traço histórico da construção nacional; índios não eram uma minoria étnica, e sim antepassados históricos. Provavelmente foi dentro do sistema educacional que esse discurso teve maior efeito. De modo geral, os índios eram apresentados como tendo poucas qualidades, e o processo de colonização era, parafraseando

Thomas (1994, p. 124), visto mais como uma operação de assistência do que de conquista, com a conversão ao cristianismo como símbolo e veículo principal para a benfeitoria.

Eu quero frisar a forma pela qual a ideologia da mestiçagem promove uma ideia de história que põe um fim a si mesma, uma vez que a mistura se faz total. O que é declarado é que não existe nenhuma “questão indígena” em si. O discurso oficial da mestiçagem não está sozinho no esforço para diminuir a presença indígena na consciência venezuelana. O empenho para alcançar a modernidade que tem caracterizado a política do petro-estado venezuelano (CORONIL, 1997) introduz um outro tipo de descontinuidade/ruptura entre indígenas e não indígenas. Índios representavam o total oposto da modernidade e, dessa forma, dificilmente poderiam ser vistos como um caminho potencial para atingi-la. Eles representavam exatamente aquilo que o projeto modernizador deveria transformar, no esforço nacional de escapar do subdesenvolvimento. Existe, então, uma afinidade ideológica entre a teoria da mestiçagem como uma forma de progresso social através da disseminação de valores europeus e cristãos e a aspiração do petro-estado de impulsionar a nação à modernidade: a continuação do “processo de civilização” por outros caminhos. Fica mais claro agora por que nos relatos dos médicos sobre a chegada no Alto Orinoco, os Yanomami ou indígenas, em geral, estão tão ausentes.

O novo contexto indígena e algumas das suas consequências

A ascensão da questão indígena dentro da Revolução Bolivariana ocorre paralelamente a discursos oficiais renovados de identidade e cultura, tanto em relação à etnicidade indígena quanto em termos mais gerais de uma nova identidade venezuelana e de promoção de uma integração latino-americana. O presidente Chávez falava publicamente sobre seus antepassados indígenas e, ocasionalmente, lembrava da triste realidade dos índios Pumé e Cuiva do estado de Apure, onde serviu em seus primeiros anos como oficial militar. A mídia governamental constantemente celebra expressões da cultura tradicional venezuelana, e, atualmente, diversas instituições culturais nacionais equilibram suas programações entre a alta cultura universal e o folclore nacional. O governo também aumentou seus esforços em providenciar registros e carteiras de identidade nacional para todos os cidadãos e assegurar a emissão de certidões civis no nascimento. Outros programas investiram

em diferentes formas de promoção cultural. Notas de dinheiro da nova moeda venezuelana, o Bolívar Forte, que começou a circular em janeiro de 2008, incluem – ao contrário das notas antigas – uma variedade de figuras históricas e imagens representando a diversidade cultural e ambiental do país. As notas incluem imagens de Guaicaipuro e Negro Primero – o primeiro, um símbolo indígena da resistência ao domínio colonial espanhol, e o segundo, um herói afro-venezuelano das guerras de independência.

Desde a ratificação da constituição de 1999, a legislação que garante direitos para povos indígenas na Venezuela tem crescido. Pela primeira vez a constituição nacional inclui oito artigos que especificam os direitos indígenas, entre eles o direito a terra. Em 2001, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho foi ratificada e, em 2003, uma lei foi promulgada para promover o processo de demarcação de terras. A Lei Orgânica de Povos Indígenas e Comunidades, tratando das particularidades para a implementação de direitos constitucionais, entrou em vigor em 2005. Então, mesmo que muitos dos princípios constitucionais ainda necessitem ser colocados em prática para um grande número de povos indígenas, as possibilidades legais de lutar por esses direitos têm se tornado cada vez mais sólidas.

Outra mudança importante tem sido o rápido crescimento da participação política indígena no espaço político oficial. Por lei, povos indígenas têm o direito a três representantes na Assembleia Nacional. O Amazonas tem um governador indígena. Nesse mesmo estado e nos estados Bolívar, Delta Amacuro e Zulia, índios foram eleitos prefeitos. Um novo ministério para povos indígenas foi criado no começo de 2007, e indígenas têm estado à frente das Secretarias para Povos Indígenas do Ministério da Saúde e da Educação há alguns anos. O número de índios incorporados em governos locais, regionais e ministérios também é crescente.

Uma última e significativa mudança pode ser observada no conteúdo e relevância dos discursos oficiais sobre indígenas. Povos indígenas têm sido retratados oficialmente sob pelo menos três formas durante a Revolução Bolivariana. Todas elas associam os índios com o processo de reconstrução da nação e, dessa forma, os transformam em símbolos da nova Venezuela. Os índios tornaram-se um símbolo da resistência, em uma releitura da história que propõe outro mito de origem para o estado nacional. Assim, o nome tradicional para o feriado de 12 de outubro, “Dia de la Raza”, sugerindo uma nação nascida da mistura de raças – geralmente considerado um feliz processo

de melhoramento – foi mudado para “*Dia de la Resistência Indígena*”, indicando um país nascido da luta indígena contra o império espanhol. No preâmbulo da constituição de 1999, os índios foram nomeados antepassados heroicos da nação, tendo ao seu lado apenas os heróis das guerras de independência. Essa imagem de resistência indígena reverbera também no discurso de luta por uma sociedade mais justa, no qual o projeto político bolivariano de Chávez se apoia, bem como na retórica de rejeição ao imperialismo estadunidense. A continuidade histórica entre os dois momentos bolivarianos – a independência e o período chavista, na visão oficial, dois nascimentos da nação contra o imperialismo e a injustiça social – dá à nova nação uma imagem politicamente motivadora, uma essência lutadora e anti-imperialista. Os índios funcionam como um fio condutor nessa história, uma operação ideológica que busca fazer com que a história nacional e a história indígena coincidam.

No período bolivariano, o presidente e outros políticos apresentaram povos indígenas como socialistas originais. A ideologia política do governo, conhecida como “socialismo do século XXI”, é muitas vezes apresentada como tendo raízes em um éthos socialista indígena. Ideias de um “Socialismo Indo-Americano” ganharam força depois da reeleição presidencial, em dezembro de 2006, um período descrito como de inauguração da próxima fase da revolução.

Inspirar-se em imagens e valores da vida comunal indígena proporciona uma filosofia política consistente com o espírito de resistência, e assim acrescenta uma essência socialista à natureza anti-imperialista da nova nação. Uma terceira e crucial forma em que os índios aparecem no discurso político governamental é como cidadãos historicamente excluídos e, ao lado de camponeses e pobres urbanos, sujeitos principais da redefinição de políticas governamentais. Enquanto povos hiperexcluídos, os povos indígenas representam na retórica oficial, de uma só vez, os tristes resultados do alastramento desenfreado das diferentes formas e valores de dominação política e econômica (capitalismo, neoliberalismo, individualismo, materialismo) e os candidatos principais para a demonstração dos benefícios da aplicação dos princípios opostos (socialismo, cooperação, solidariedade) promovidos como bases das políticas do governo.

A crítica antropológica do essencialismo e do romantismo é bem conhecida, mas não podemos esquecer que essas imagens são

produzidas em um ambiente político específico. A reconstrução da nação é uma questão de inventar tradições, de essencialização seletiva, de criar emblemas e diferenciar-se de inimigos morais. E mesmo que muito tenha melhorado nas relações entre indígenas e o Estado, também é verdade que essa “indianidade” tem sido usada como capital político, em geral não pelos próprios índios, sem ainda representar um retorno apropriado em termos de atualização de direitos básicos – mais especificamente, e criticamente, o direito a terra.

Uma das consequências mais notáveis desse novo período é a mudança de caráter do movimento indígena, particularmente no caso do estado do Amazonas. Durante os anos 1990, as organizações indígenas seguiam um modelo militante, de porta-vozes de suas comunidades, lutavam pelos seus direitos explicitamente como organizações não governamentais. Dado o número crescente de indígenas ocupando cargos em governos locais, regionais e em diferentes ministérios, os índios agora se encontram na posição de formular políticas e gerir recursos. Muitos representantes indígenas de maior experiência foram incorporados em órgãos governamentais, tanto em funções legislativas quanto executivas. Graças à promoção histórica dos direitos indígenas, o Governo Chávez é visto normalmente como um aliado das causas indígenas. Dessa forma, membros de organizações indígenas são hesitantes e cautelosos ao criticar as falhas do governo em colocar em prática os direitos indígenas. O governo tem também seu próprio pessoal indígena preparado para dialogar e negociar com representantes de comunidades, quando estas apresentam suas queixas e demandas. Todas essas questões somam-se para a cooptação da força política dos movimentos indígenas, facilmente atraída pela abundância de recursos disponíveis aos governos municipais e estaduais, uma tentação que depõe contra a ação política na forma de organização indígena.

Se esse é um lado negativo da diversificação da ação política agora disponível para povos indígenas, podemos apontar também um lado positivo: a criação de uma rede de contatos indígenas dentro do governo. Tomo o próximo exemplo do meu trabalho na SSI, administrada de 2004 a 2010 por uma jovem médica e epidemiologista Wayuu. Uma mulher com uma trajetória dentro do movimento indígena, a chefe da SSI é também parte de uma rede de contatos indígenas que inclui representantes e políticos tanto de governos locais e regionais quanto de funcionários públicos de outros ministérios. Dentro do aparato do Estado, penosamente burocrático e lento, muito é feito graças a essas redes sociais, nas quais a solidariedade ao movimento indígena é

tanto subentendida tacitamente quanto explicitamente e invocada em negociações entre servidores públicos indígenas.

A Secretaria de Saúde Indígena

O primeiro gabinete do Ministério da Saúde especificamente dedicado à saúde indígena surgiu quando novas autoridades concederam uma plataforma de ação mais sólida para um pequeno grupo de antropólogos e médicos que vinha trabalhando em um escritório no Departamento de Epidemiologia, com o nome de Grupo de Trabalho de Saúde Indígena e Desenvolvimento Social. Em 2003 havia apenas um pequeno escritório onde os quatro funcionários não cabiam ao mesmo tempo. Esse período foi caracterizado pela falta de força política dentro e fora do MS. Após mudanças no alto escalão do Ministério, a filha de um dos ministros mais fiéis de Chávez foi designada para chefiar esse pequeno grupo. Ela trouxe para a equipe um grupo de jovens índios e instalou uma nova Secretaria, a Coordenação de Saúde Intercultural com Povos Indígenas (CISPI).

A recém-criada CISPI beneficiou-se imediatamente da influência da qual a sua nova chefe gozava dentro e fora do MS, alcançando o posicionamento político que faltava ao grupo de trabalho original. Novo escritório, mais funcionários e uma rede de contatos com outros ministérios aumentaram a importância e a influência da Secretaria como um todo. Em novembro de 2004, houve uma nova mudança de ministro e um outro reordenamento nas altas-rodas do MS. Noly Fernandez, uma médica e epidemiologista Wayuu, tornou-se a nova diretora do CISPI, uma nomeação crucial para o crescimento e consolidação da SSI (como mais tarde ficou conhecida). Nesse entremeio, a Secretaria cresceu em números de funcionários (para mais de cem empregados indígenas e não indígenas, da medicina e das Ciências Sociais), extensão (com subescritórios em todos os oito estados com populações indígenas) e no seu lugar formal na estrutura hierárquica no Ministério. Suas atividades, de Caracas às comunidades indígenas, multiplicaram-se e, de 2004 a 2006, o escritório alcançou duas metas vitais: a presença regional e a existência burocrática. A primeira promove conhecimento dos problemas em nível local; a segunda garante permanência dentro do aparato do Estado.

Quero agora analisar essa *performance* tomando em consideração a discussão prévia sobre o renovado *status* simbólico dos indígenas, questão que eu acredito ter muito a ver com esse sucesso. Esse relato

parte especificamente da experiência de Noly Fernandez, minha chefe por dois anos, a quem eu acompanhei em muitas reuniões. Não posso dizer em que medida exemplos similares ou contraditórios podem ser encontrados em outros ministérios. O que eu quero sublinhar é a forma como a questão indígena estabeleceu-se permanentemente como uma parte fundamental das preocupações e atividades do Ministério da Saúde.

Hoje, um oficial de alto escalão do Ministério pode ser muito mais influente se for indígena. Antes, outros funcionários públicos, principalmente aqueles de cargos importantes, poderiam ser encontrados conversando com um “índio”; atualmente, eles sabem que estão falando com um “Índio”, um símbolo-chave da nova nação. O novo contexto aumenta o *status* indígena. Interlocutores em reuniões formais levam em conta o peso de suas opiniões, demonstrando atenção, respeito e enorme consideração. Em debates dentro e fora do MS, Noly Fernandez pode tirar seu “uniforme” de funcionária pública e vestir seu “traje” indígena e, assim, adotar uma postura crítica que outros funcionários jamais poderiam adotar. Isso tem um efeito capaz de gerar respostas eficazes, muito além da capacidade de apelo de funcionários não indígenas.

Para um escritório que tem por tarefa liderar a transformação drástica dos padrões de saúde indígenas, a nova posição simbólica indígena nacional ainda não era suficiente para mover a máquina ministerial de departamentos, unidades, procedimentos, normas e lapsos. A burocracia estatal, majoritariamente constituída de servidores públicos em seu dia a dia de trabalho, é menos sensível a novos símbolos. A transformação social que o discurso revolucionário, arranjos legais e novas instituições pretendem propalar desacelera assim que passamos a porta do Ministério; fica ainda mais devagar quando subimos as escadas, e quase estagna completamente nos departamentos centrais do Ministério, assim como em administração, compras e recursos humanos. Em um esforço para vencer esse torpor, a SSI investiu grande parte de sua energia em fazer a questão indígena o mais visível possível dentro do Ministério, um projeto que inclui uma forte campanha de comunicação e sessões de conscientização.

Outro fator importante para que a temática indígena ganhasse destaque dentro do MS foi a ênfase especial dada pelo ministro encarregado, de novembro de 2004 a janeiro de 2007, Francisco Armada, um ex-médico rural e diretor regional de Saúde do Amazonas. Vários outros membros da sua equipe tiveram trajetórias de carreira similares

e experiências pessoais com índios. Desde o começo, o ministro fez da saúde indígena uma prioridade do Ministério, uma plataforma que, com a simpatia de altos funcionários, ampliou a influência da SSI por todo o órgão, angariando aliados com quem a SSI podia contar para alcançar seus objetivos, acelerando ou, às vezes, “furando” completamente a burocracia.

Antes de partir para outros temas, quero comentar algumas dificuldades e decisões estratégicas da SSI. Uma decisão-chave inicial foi não criar um subsistema de saúde indígena, com um orçamento e estrutura organizacional separados, como funcionava à época no Brasil, por exemplo. A principal função da SSI era implantar a “transversalidade”, ou seja, adaptar leis, políticas, planos e programas já existentes às características socioeconômicas, históricas e culturais dos povos indígenas. A ideia de transversalidade baseou-se no princípio de que o Estado devia prover para os povos indígenas um tratamento diferenciado, mas não preferencial. Essa escolha não era separada de outra: criar novos órgãos de intervenção direta paralelos à estrutura tradicional do MS, tendo em mente a situação precária que muitas comunidades indígenas se encontram, ou pressionar os órgãos já existentes por mais eficiência. Nós que estávamos mais próximos do nível operacional do sistema preferimos a primeira opção. Não havia tempo a perder esperando que a pesada estrutura ministerial se tornasse gradualmente mais eficiente. Em lugares mais altos da hierarquia, a segunda opção foi favorecida: redesenhar o MS, tendo como objetivo transformá-lo em uma instituição mais ágil, universal e justa para todos os venezuelanos. Na prática, diferentes aspectos do trabalho da SSI refletiam ambas as abordagens.

O Plano de Saúde Yanomami

O PSY é diretamente relacionado ao massacre de Hashimu, a matança de 16 índios Yanomami por garimpeiros em 1993. Notícia de destaque na mídia nacional e internacional, o massacre de Hashimu trouxe novos olhares para a luta constante dos Yanomami por sua terra. Após o massacre, o Escritório de Direitos Humanos do Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho abriu um processo contra o Estado venezuelano na Comissão Inter-Americana de Direitos Humanos, por violar um número de direitos essenciais do povo Yanomami (BELLO, 2005, p. 412). Em 1999, o governo da Venezuela, procurando estabelecer uma solução amigável, comprometeu-se a projetar e executar um plano de saúde integral para os Yanomami, entre outras medidas.

Independentemente desse processo, mas na mesma época, autoridades de saúde e outras instituições preocupadas com o atendimento ao povo Yanomami reuniram-se em Puerto Ayacucho para debater e pensar melhorias possíveis para os serviços de saúde. Naquele período, estimava-se que 70% da população Yanomami estava além do alcance do sistema de saúde, de forma que a questão da expansão estava entre as preocupações principais. Um plano inicial foi esboçado durante essas reuniões. Em 2001, outro encontro multi-institucional ocorreu, resultando em um documento que demandava fundos do governo. Em que medida o tenso clima político nacional dos anos de 2001 e 2002 – que incluía uma greve petrolífera e um “*coup d'état*” – foi responsável pela estagnação do plano, não posso dizer. Todavia, foi apenas em dezembro de 2003/janeiro de 2004 que o presidente Chávez designou ao plano um orçamento de 1,5 milhão de bolívares – na época, o equivalente a um pouco menos de um milhão de dólares. Em 2004, a CISPI foi criada e retomou as discussões sobre o plano. Em novembro do mesmo ano, o ministro da saúde foi substituído. A nova chefe da SSI, junto com seu pequeno time – do qual eu vim a fazer parte –, procurou trazer o plano à vida, e o PSY tornou-se um programa emblemático para o Ministério. Oficialmente, o plano deu seus primeiros passos em janeiro de 2005.

Como disse na primeira parte do texto, o Distrito de Saúde do Alto Orinoco sofria de muitos problemas crônicos, uma presença flutuante de médicos, uma pobre infraestrutura e deficiências logísticas. O PSY teve, então, de partilhar seus esforços entre a recuperação da rede de serviços existentes e a expansão para áreas não atendidas. A equipe do PSY projetou também um programa de educação especialmente adaptado para a língua, cultura e epidemiologia Yanomami. Antes de comentar sobre os resultados concretos desse plano, é importante mencionar como ele incorporou alguns dos *insights* antropológicos derivados da experiência de campo com os Yanomami, tanto meus como de outros colegas da equipe do PSY. A complementaridade conceitual e prática entre biomedicina e terapias tradicionais que os próprios Yanomami estabelecem orientou as decisões de como o PSY deveria integrar as diversas terapias. O objetivo era garantir a complementaridade entre essas alternativas terapêuticas de forma que o acesso a uma não excluísse ou limitasse o acesso à outra. Isso basicamente se traduzia na necessidade de expandir os serviços biomédicos e de formar Yanomami com conhecimentos dessa área. Essa era a nossa parte no acordo das alternativas terapêuticas, por assim dizer. Reconhecendo a inadequação das altas taxas de rotatividade no nível operacional do sistema, enfatizou-

se o treinamento em enfermagem de Yanomami de todas as áreas do território. Um número maior de funcionários Yanomami permanentes aliviaria progressivamente a dependência de médicos brancos.

Nos primeiros três anos, de 2005 a 2007, o PSY aumentou progressivamente a sua rede de serviços, fornecendo a todos os postos de saúde os meios de comunicação adequados, equipamentos, infraestrutura e transporte. O abastecimento de combustível, que viabiliza diretamente o trabalho da equipe, foi consideravelmente melhorado, assim como a regularidade de entrega e quantidade de medicamentos. Dois novos postos de saúde foram abertos e proporcionaram um melhor atendimento a mais ou menos mil Yanomami até então pouco contemplados pelos serviços de saúde. Equipes de saúde visitaram áreas completamente sem atendimento do Alto Ocamo, do vale Siapa e do setor Maiyo theri, mesmo que bastante irregularmente. Consequentemente, aumentaram tanto as informações censitárias quanto as de localização de muitas comunidades. Ainda com um censo incompleto, a estimativa do total da população Yanomami completamente excluída do sistema de saúde baixou de aproximadamente 70% para entre 40 e 45%.

Em 2006, 23 jovens começaram um programa de treinamento de enfermagem projetado especificamente para os Yanomami, a primeira vez que um curso como esse foi ensinado em uma língua indígena na Venezuela. Esse programa eliminou os pré-requisitos de alfabetização em espanhol e ensino formal até a sexta série, como era feito nos cursos anteriores de Medicina Simplificada, limitando a frequência Yanomami para aqueles educados por missionários. A qualidade das informações epidemiológicas necessárias para a avaliação dos resultados de saúde começou a aumentar apenas em 2007. As informações fragmentadas disponíveis para o ano de 2005 apontam que indicadores básicos de saúde ainda precisavam melhorar significativamente nas áreas atendidas regularmente. A taxa bruta de mortalidade infantil, por exemplo, para a população de Ocamo, Mavaca, Mavaquita e Platanal era de 164,7 a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto a média nacional era de 15,5. Em 2007, a taxa de mortalidade infantil bruta da região foi de 138,8.⁵

Visto da perspectiva do objetivo final do PSY de promover serviços de saúde adequados para todos os Yanomami, esses esforços ainda são incipientes. Mesmo os mais básicos indicadores de saúde

⁵ A taxa notificada para a população Yanomami em 2005 é baseada em informações coletadas apenas até 20 de setembro do mesmo ano. Toda a base de dados para o cálculo dessas taxas vem do banco de dados epidemiológicos do Distrito Sanitário Alto Orinoco.

para áreas regularmente atendidas ainda estão assustadoramente altos, e várias áreas do território Yanomami seguem completamente sem atendimento. Também, áreas atingidas recentemente pela expansão dos esforços ainda estão longe de alcançarem níveis aceitáveis de atendimento. O número de comunidades Yanomami que precisam de pessoal local treinado em saúde é vasto, e a habilidade do sistema de supervisionar adequadamente os Yanomami recém-treinados – um ponto-chave para que haja qualquer sucesso – é duvidosa.

A integração entre as informações epidemiológicas, a coordenação do programa de saúde e as intervenções nos distritos de saúde do Amazonas com população Yanomami (refiro-me aos distritos de Alto Orinoco, Rio Negro e Maniapiare) é completamente inexistente, para não mencionar a integração entre os estados do Amazonas e de Bolívar. Por último, mas não menos importante, tendo em mente o intenso interesse do Estado em se fazer presente e servir os Yanomami de diferentes formas, encontrar maneiras de balancear as relações de poder entre os Yanomami e o governo nacional parece mais crucial do que nunca. Criar e proporcionar a existência de organizações locais equipadas com as informações necessárias para tomarem decisões apropriadas é indispensável.

Sem pretensões generalizantes, espero ter ilustrado o confuso cenário de progressos e reveses que se cria quando uma cultura de Estado arraigadamente burocrática tenta realizar uma mudança paradigmática do tipo que o Projeto Bolivariano aspira, e do tipo necessário para que haja melhorias na saúde indígena. Esse breve relato das aventuras e desventuras da SSI e do PSY durante os seus anos iniciais e a sensação de incerteza sobre o seu futuro refletem, a meu ver, o caráter geral dos últimos desenvolvimentos nas relações entre o Estado e os povos indígenas na Venezuela: sentimentos de progresso radical acompanhados de limitações frustrantes; novas oportunidades exploradas sob circunstâncias históricas favoráveis, mas ainda ameaçadas por persistentes vícios de ineficiência estatal; o novo *status* simbólico dos índios oferecendo certas vantagens, mas, ao mesmo tempo, encorajando seu uso como capital político; reconhecimento de direitos até então inexistentes lado a lado com a reticência nos processos de demarcação de terras indígenas. É impossível prever o que acontecerá mais para a frente, quais políticas públicas serão sustentadas e quais abandonadas, e como diferentes comunidades indígenas irão articular-se com um Estado cada vez mais interessado nelas. O ímpeto inicial do PSY, por exemplo, mingou com a sua crescente absorção na estrutura padrão

do MS, com novas autoridades de saúde e prioridades transformadas. Mesmo assim, essa passagem de invisibilidade ideológica e abandono programático para centro das atenções vivida na Revolução Bolivariana provavelmente continuará como um período de grandes transformações para os povos indígenas.

Referências

ARVELO-JIMÉNEZ, N. An analysis of the Venezuelan policy in regard to the Indians. In: WORLD COUNCIL OF CHURCHES. *The situation of the Indian in South America*. Montevideo: Tierra Nueva, 1972.

BELLO, L. *Derechos de los pueblos indígenas en el nuevo ordenamiento jurídico venezolano*. Copenhagen: IWGIA, 2005.

BRIGGS, C. *Stories in the time of cholera: racial profiling during a medical night-mare*. Los Angeles: University of California Press, 2003.

CARRERA DAMAS, G. *Una nación llamada Venezuela*. Caracas: Monte Avila Editores, 2006.

COLCHESTER, M.; WATSON, F. *Venezuela: violaciones de los derechos indígenas*. Chadlington: World Rainforest Movement and Survival International, 1995.

CORONIL, F. *The magical state: nature, money, and modernity in Venezuela*. Chicago: University of Chicago Press, 1997.

KELLY, J. A. *State healthcare and Yanomami transformations: a symmetrical ethnography*. Tucson: University of Arizona Press, 2011.

MONSONYI, E. Indian groups in Venezuela. In: WORLD COUNCIL OF CHURCHES. *The situation of the Indian in South America*. Montevideo: Tierra Nueva, 1972. p. 388-391.

THOMAS, N. *Colonialism's culture: anthropology, travel, and government*. New Jersey: Princeton University Press, 1994.

TORO, M. Economía y salud en el Amazonas venezolano. In: CHIAPPINO, J.; ALES, C. (Ed.). *Del microscopio a la maraca*. Caracas: Ex Libris, 1997. p. 317-336.

Sobre os autores

Aldemir Lima Maquiné

É graduado em Administração de Empresas e especialização em Gestão de Recursos Humanos. Atualmente é analista de gestão em saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Planejamento em Ciência e Tecnologia e Administração e Finanças Públicas.

Carolina Remorini

É licenciada em Antropologia e doutora em Ciências Naturais pela Universidade Nacional de la Plata (UNLP), Argentina. É pesquisadora adjunta do Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas (CONICET), professora adjunta na Faculdade de Ciências Naturais e Museu da UNLP e integrante do Laboratório de Investigações em Etnografia Aplicada (LINEA-UNLP). É autora de vários artigos sobre os Guarani da Argentina e a saúde da mulher e criança. Entre esses artigos está “Childrearing and the shaping of children’s emotional experiences and expressions in two Argentinian communities”, *Global Studies of Childhood*, v. 2, n. 2, 2012.

Esther Jean Langdon

É doutora em Antropologia pela Tulane University (USA). É professora voluntária do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora 1B do CNPq e coordenadora do INCT Brasil Plural. Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Ministério da Saúde. É coautora, com Maj-Lis Follér, do artigo “Anthropology of Health in Brazil: a border discourse”, *Medical Anthropology*, v. 31, n. 1, 2012, e seu livro mais recente é *La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los Siona del Bajo Putumayo*. Popayán, Colômbia: Editorial UC, 2014.

Germán Freire

É doutor em Antropologia pela Universidade de Oxford. Entre 2005 e 2010, foi coordenador de pesquisa na Direção de Saúde Indígena do Ministério da

Saúde da Venezuela. Organizou com Aimé Tillett os volumes *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Editorial Arte, 2007. v. 1 e 2. Sua contribuição neste livro é baseada nessa experiência. Atualmente trabalha como especialista em Desenvolvimento Social do Banco Mundial.

Guillaume Boccara

É doutor em Antropologia pela EHESS (França) e pesquisador do CNRS. Foi professor convidado na Universidade de Yale (USA), Universidade Católica do Norte (Chile) e na Universidade de Buenos Aires (Argentina). Atualmente é diretor do Centro Franco Argentino de Altos Estudos da Universidade de Buenos Aires. Tem desenvolvido pesquisas sobre a história do povo mapuche e sobre a antropologia crítica do desenvolvimento. Entre seus trabalhos mais recentes, citamos *Los vencedores: historia del pueblo mapuche en el periodo colonial*. Santiago: Ochos Libros Editorial, 2009. É coautor, com Paola Bolados, de “¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal?”. *Revista de Indias*, v. 70, n. 250, p. 651-690, 2010,

Hugo Portela Guarín

É doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal (Canadá). É professor do Departamento de Antropologia da Universidade do Cauca, Popayán (Colômbia) e coordenador do grupo de pesquisa Antropos. Também é autor dos livros *La Epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2008; *Cultura de la Salud Páez: un saber que perdurar para perdurar*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2001; e de vários artigos em revistas.

Jesús Armando Haro Encinas

É médico e antropólogo. É pós-graduado pela Universidade Autónoma de Guerrero (Mexico) e pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha) e professor-pesquisador do Centro de Estudos em Saúde e Sociedade no Colégio de Sonora, Hermosillo (México). É organizador do livro *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

José Antonio Kelly Luciani

É doutor em Antropologia Social pela Universidade de Cambridge (Inglaterra). Foi coordenador do Plano de Saúde Yanomami do Ministério da Saúde da Venezuela (2005-2006). Desde 2010 é professor de Antropologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Realizou pesquisas sobre Antropologia Política da saúde indígena, com foco no povo Yanomami da Venezuela e, mais recentemente, suas pesquisas abordam a Antropologia Política dos povos das terras baixas sul-americanas. É autor do livro *State healthcare and Yanomami transformations: a symmetrical ethnography*. Tucson: University of Arizona Press, 2011.

Luciane Ouriques Ferreira

É doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, bolsista de pós-doutorado do Programa Brasil sem Miséria FIOCRUZ/CAPES/MDS e pesquisadora do Instituto Brasil Plural. É autora do livro *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre os discursos oficiais e as vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

Luiza Garnelo

É médica com doutorado em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (Amazônia). Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Ministério da Saúde, como representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Entre suas muitas publicações em Saúde Indígena e Saúde Coletiva, ela é coorganizadora, com Carla Costa Teixeira, do livro *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

Maria Laura Palermo

É licenciada em Antropologia pela Universidade Nacional de La Plata (UNLP), Argentina, e bolsista integrante do Laboratório de Investigações em Etnografia Aplicada (LINEA-UNLP).

Marina D. Cardoso

É doutora em Antropologia Social pela Universidade de Londres (UCL) e professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Realiza pesquisas sobre políticas públicas e saúde indígena na região do Alto Xingu. Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Ministério da Saúde como representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) no biênio 2011-2012. Suas mais recentes publicações incluem os artigos “Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual”, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, 2014, e, em conjunto com Antonio Guerreiro Júnior e Marina Novo, “As flechas de Maria: xamanismo, poder político e feitiçaria no Alto Xingu”, *Tellus*, n. 23, 2012.

Ramon Martinez Coria

É sociólogo da Universidade Nacional Autónoma de México e etnólogo da Escola Nacional de Antropologia e História, diplomado em Semiótica da Cultura e em Antropologia Jurídica. Atualmente é presidente e diretor executivo da organização civil “Foro para o Desenvolvimento Sustentável AC” (México), especializado na defesa dos direitos coletivos dos povos indígenas sobre seus patrimônios territoriais e bioculturais.

Silvia Hirsch

Este livro foi editorado com a fonte Minion Pro e Optima. Miolo em papel pólen *soft* 80 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

A Coleção Brasil Plural tem como objetivo dar visibilidade às pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural (INCT/CNPq). Busca retratar as diferentes realidades brasileiras em toda a sua complexidade e contribuir para a elaboração de políticas sociais que levem em consideração as perspectivas das populações e comunidades estudadas. Além disso, visa formar pesquisadores e profissionais que atuem com essas populações.



Instituto Nacional de Pesquisa BRASIL PLURAL

MCTI Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
1988-2018

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CAPES

UFSC

UFAM

FAPESC
Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina

FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso

ABA
Associação Brasileira de Análises de Alimentos
Fundada em 1955

