

MINISTERIO DE SALUD

Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas



San Salvador, junio de 2018



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud
Unidad por el Derecho a la Salud

Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas

**Publicación en Diario Oficial N.º 110, Tomo 419 de
fecha 15 de junio de 2018.**

San Salvador, junio de 2018.

FICHA CATALOGRÁFICA

2018. Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1a. Edición. 2018

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22057000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud, Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud, Unidad por el Derecho a la Salud. Política Nacional de salud de Pueblos Indígenas. San Salvador, El Salvador. C.A.

EQUIPO TÉCNICO

Dra. Jenny Patricia López	Unidad por el Derecho a la Salud
Licda. Flor de María Portand	
M. Cs. Luis Francisco López Guzmán	Dirección de Regulación y Legislación Sanitaria
Licda. Carmen Elena Moreno	
Dra. Ana María Barrientos Llovet	Dirección de Vigilancia Sanitaria
Licda. Rita Jaimes de Araujo	Ministerio de Cultura
Licdo. Gustavo Pineda	
Betty Pérez	Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño, CCNIS.
Jesús Amadeo Martínez	
Alfredo Rivera	
Amado Ramos	Foro Nacional de Salud
Licda. Magdalena Cortez	
Dr. Samuel Romero	Unidad de Desarrollo de los Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención

COMITÉ CONSULTIVO:

- Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS)
- Fundación Feliciano Ama
- Coordinadora Nacional de Pueblos Originarios de El Salvador (CNPOES)
- Ministerio de Cultura
- Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN)
- Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
- Ministerio de Educación (MINED)
- Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel, MINSAL
- Dirección de Vigilancia de la Salud
- Unidad de Salud Comunitaria, MINSAL
- Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, MINSAL
- Unidad de Nutrición, MINSAL
- Unidad de Promoción de la Salud, MINSAL.
- Unidad de Enfermería, MINSAL
- Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL.
- Dirección Nacional de Medicamentos

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
- Agentes Tradicionales de Salud
- Foro Nacional de Salud
- Programa de Mujer Individuo Familia y Comunidad
- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
- Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas (ANES)
- Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador
- Facultad de Medicina, Universidad Evangélica de El Salvador
- Universidad Dr. Andrés Bello
- Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria PRO-VIDA
- Fundación Maquilishuat, (FUMA)
- Asociación de Concientización para la Recuperación Espiritual y Económica del Ser Humano (CREDHO).

ÍNDICE

	PAGINA
Acuerdo	7
Introducción	8
I. Antecedentes	
1. Contexto histórico etnográfico, población y ubicación geográfica	9
2. Situación actual de los Pueblos Indígenas en El Salvador	10
II. Marco conceptual	12
1. Manejo de prácticas de salud ancestrales	14
2. Salud tradicional indígena	15
3. Interculturalidad	17
III. Contexto referencial	18
3.1 Nacional	
3.2 Regional	
3.3. Internacional	
IV. Principios rectores	25
V. Enfoques	27
VI. Objetivos	29
VII. Resultados y líneas estratégicas de acción por objetivos.	29
VIII. Vigencia	33
Glosario	34
Bibliografía	35



Acuerdo N.º 1019

San Salvador, 14 de junio de 2018.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO

- I. Que el inciso segundo del artículo 63 de la Constitución reconoce a los Pueblos Indígenas y adoptará políticas a fin de mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión, valores y espiritualidad.
- II. Que el artículo 65 de la Constitución establece la salud de los habitantes como bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- III. Que la Política Nacional de Salud 2015-2019, en sus estrategias 1 y 4 establece que el Sistema Nacional de Salud se basa en la Atención Primaria de Salud Integral y el abordaje de la determinación social de la salud, para garantizar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud tomando en consideración las necesidades específicas de los pueblos originarios o pueblos indígenas.
- IV. Que de acuerdo con lo establecido en los considerandos anteriores y como un paso importante en la profundización de la Reforma de Salud, es necesario establecer la primera política nacional de salud de los pueblos indígenas.

POR TANTO:

En uso de las facultades legales conferidas ACUERDA emitir la siguiente:

Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas

INTRODUCCIÓN

La masacre de 1932 en El Salvador fue un parte aguas en la historia cultural, étnica y reivindicativa de la población. La tenencia de la tierra, la exclusión social, las dictaduras militares y el modo de producción quedarían definidos a partir de dicho sucesos.

Las repercusiones del etnocidio de 1932 y las acciones violentas de la dictadura de Martínez y posteriores, con expropiación de sus bienes comunes y saberes ancestrales, así como su descalificación; además de un trato despectivo y hasta criminalización condujeron a la pérdida de la identidad cultural en la sociedad salvadoreña, con la casi extinción de la lengua nahuat en el país por ejemplo.

La lucha de los Pueblos Indígenas en el país se ha caracterizado por mantener, rescatar y defender su identidad y cosmovisión para con la madre tierra, el agua y otros elementos dadores de vida, en verdaderas condiciones de hostilidad y marginalidad por parte del Estado.

El año 2009 marca un punto de inflexión en dicha tendencia, las esperanzas reivindicativas de distintos grupos sociales, entre ellos la de los pueblos indígenas se ven fortalecidas ante la posibilidad de generar cambios desde el Gobierno; surge así la oportunidad de comenzar a construir un nuevo tipo de relación entre Estado y Pueblos Indígenas. Con la implementación de la *Reforma de Salud* se comienza a cristalizar este acercamiento cuando en la dispensarización se permite a la persona autoidentificarse como indígena.

La reciente ratificación en 2014 de la reforma Constitucional al artículo 63, es muestra de los niveles de avance que pueden lograrse al conjuntar esfuerzos entre el Gobierno y los pueblos indígenas.

Es en este marco que nos enorgullece presentar la primera Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas, instrumento elaborado con la más amplia participación y que contiene los primeros pasos para este dialogo de saberes que permitirá el reencuentro cultural y un mejor abordaje de salud.

I. ANTECEDENTES

1.1. Contexto histórico etnográfico, población y ubicación geográfica.

El devenir social de los antiguos pobladores de El Salvador se enmarcó en el área cultural que los académicos denominan Mesoamérica. En ésta coexistieron diversas sociedades que poseían características particulares pero que compartían elementos comunes, consolidando un mosaico de identidades, definidas a partir de sus propias características geográficas, sociales e históricas, pero participantes de una tradición vertebral que se extendía a nivel regional.

Los procesos sociales dentro del territorio salvadoreño inevitablemente fueron reflejo de esa unidad-diversa mesoamericana, ya que diferentes sociedades consolidaron dinámicas locales muy bien definidas mientras participaban activamente de un entramado histórico a escala mayor. Al momento del contacto entre las civilizaciones nativas que poblaban estas tierras y la castellana, cuyo punto de inicio fue 1524, el proceso de ocupación de los parajes del ahora El Salvador posiblemente dio inicio hace unos 9,500 años, a pesar de que aún no se ha encontrado evidencia material al respecto.

Durante el siglo XVI el mapa lingüístico en el territorio estaba conformado por Pipiles, Potones o Lencas, Kakawiras o Cacaoperas, Mayas Chortís, Mayas Pokomanes y Chorotegas. Siendo los primeros dos los de mayor extensión para ese momento. Cabe destacar que tal situación varió indudablemente a través del tiempo y estas tierras fueron habitadas en mayor o menor extensión por éstas y otras sociedades, pero se mantuvo hasta bien entrada la colonización europea.

Con la acción bélica iniciada tras el contacto, paralelamente comenzó una intensa resistencia indígena, misma que ha perdurado hasta nuestros días a pesar de que se enfrentó a tecnologías desconocidas, nuevas formas de guerra, ejércitos híbridos que en su mayoría estaban compuestos por indígenas aliados y sobre todo a enfermedades.

El implante de la cultura europea nunca fue definitivo o uniforme, dando paso a un mestizaje y sobre todo a la sobrevivencia de tradiciones ancestrales a través de sus herederos y protectores, ya sea de forma sincrética o abiertamente patente, mismos que actualmente aún se mantienen en una lucha considerada milenaria.

1.2. Situación Actual de los Pueblos Indígenas en El Salvador.

El Gobierno de El Salvador, en agosto de 2010 reconoció ante el Comité Para la Eliminación de la Discriminación Racial -CERD- que El Salvador es un país multicultural y pluriétnico. De la misma forma, el 12 de octubre de 2010 el entonces Presidente Mauricio Funes, en el marco del Primer Congreso de Pueblos Originarios reafirmó lo anterior y con esto se ha roto con una negación de los gobiernos anteriores hacia los Pueblos Indígenas.

También es importante destacar la aprobación de la reforma constitucional del art. 63 en su inciso segundo, que prescribe: “El Salvador reconoce a los Pueblos Indígenas y adoptará políticas a fin de mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión, valores y espiritualidad”. Siendo aprobada dicha reforma según acuerdo N°5 de fecha 25 de abril de 2012, publicada en D.O. N°84 de fecha 09/05/2012, ratificada por la siguiente Asamblea Legislativa según Decreto 707, de fecha 12 de junio de 2014, publicada en Diario Oficial N°112, Tomo 403, de fecha 19 de junio de 2014; este paso implica un punto de inflexión por cuanto transforma el concepto del Estado salvadoreño, de un estado monocultural, hacia un estado multicultural y pluriétnico, saldando una deuda histórica de reconocimiento y visibilización de los Pueblos Indígenas.

Esta realidad plantea uno de los desafíos históricos más fuertes en términos de la autodefinición de la identidad de El Salvador; el de enfocar el trabajo estatal desde una perspectiva incluyente hacia y con los Pueblos Indígenas del país; esto implica el paso de una visión monocultural y colonial a una visión intercultural y verdaderamente democrática. Lo anterior se debe traducir en un proceso de participación directa de los Pueblos Indígenas, desde la planificación, elaboración e implementación de políticas y acciones integrales desde el Estado, para el resarcimiento histórico.

Estos avances se han hecho en respuesta a la situación de la población indígena en el actual territorio salvadoreño. Por muchos siglos los indígenas han sido no sólo negados, sino que también discriminados y en determinados momentos de la historia, hasta se les ha prohibido manifestar su identidad caracterizada en su organización social, lengua, vestimenta, cosmovisión y particularmente sus conocimientos y saberes de salud tradicional.

A pesar del proceso de aculturación, los Pueblos Indígenas en El Salvador mantienen sus expresiones culturales vigentes, sabiendo preservar conocimientos y saberes en medicina, educación, espiritualidad y otros.

En términos generales podemos decir que se trata de pueblos inmersos entre población urbana y rural y que su porcentaje aproximado es de entre el 10 y el 12% de la población actual, según el Perfil de los Pueblos Indígenas (2003). No obstante, este dato no ha sido constatado por un censo de población.

Según el IV Censo de Población y V de Vivienda del año 2007, los Pueblos Indígenas de El Salvador está estimada son el 0.2% de la población total nacional, equivalente a 11,488 personas, que, según el censo, se identificaron como indígena. De esta cantidad, 15.1% se considera lenca; 31.3% cacaopera (denominados también como kakawiras), el 26.6% pipil, y el resto, 27% perteneciente a otras etnias sin identificar. Sin embargo, estas cifras fueron desestimadas tanto por la población indígena, como por académicos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación Social de la ONU, recomendando que se hiciera un nuevo censo para determinar la cantidad de población indígena en el país.¹

Es un hecho que, en casi todas las zonas del país con presencia indígena, es marcada la carencia de recursos para satisfacer las necesidades sociales básicas. En otras palabras, los indígenas sin tierra en El Salvador constituyen la mayoría.

¹ El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial del 14 de septiembre de 2010 en su 77º Período de Sesiones (del 2 al 7 de agosto de 2010), en el punto 12 de sus observaciones concernientes a El Salvador, establece lo siguiente: El Comité expresa su grave preocupación por las notables diferencias existentes en las cifras relativas a la composición étnica del país derivadas de los resultados del VI Censo de Población y V de Vivienda, realizados en 2007, y de otras fuentes fidedignas. Sin embargo, también toma nota de la posición expresada por el Estado parte en su presentación ante el Comité, que disipa sus preocupaciones sobre los resultados de esos censos. El Comité señala la intención del Estado parte de realizar un nuevo censo en 2012. El Comité recomienda al Estado parte que mejore su metodología censal, en estrecha cooperación con las Naciones Unidas, los Pueblos Indígenas y los afrodescendientes, para que refleje la complejidad étnica de la sociedad salvadoreña, teniendo en cuenta el principio de autoidentificación. También le recomienda que tome nota de la Recomendación general N° 8 (1990) del Comité y los párrafos 10 a 12 de las Directrices relativas al documento específicamente destinado al Comité que deben presentar los Estados partes, de conformidad con el artículo 9, párrafo 1, de la Convención (CERD/C/2007/1). El Comité recomienda al Estado parte que considere la posibilidad de adoptar medidas para crear un clima de confianza con respecto a los Pueblos Indígenas y afrodescendientes antes del censo. Asimismo, le pide que en su próximo informe periódico incluya datos estadísticos desglosados sobre la composición de la población e información sobre el censo que debe realizarse en 2012.

Las consecuencias para la cultura aún no han sido ampliamente estudiadas, pero el constante proceso de transformación sociocultural y económica ha tocado su identidad como unidad cultural. Costumbres, tradiciones e introducción de vocablos extranjeros, son un acontecer diario, que ha afectado hasta sus relaciones familiares y sociales².

La lengua indígena sobrevive sólo entre algunas familias nahuat-pipiles, principalmente en el occidente del país³. No obstante, para que la lengua perviva hay varios esfuerzos encaminados y llevados a cabo por algunas organizaciones indígenas, Universidades, Secretaria de Cultura de la Presidencia, Ministerio de Educación y por investigadores independientes, nacionales e internacionales.

A pesar de los avances en materia de Derechos de Pueblos Indígenas en El Salvador, los conocimientos y saberes ancestrales Indígenas, enfrentan una serie de amenazas, entre ellas, la utilización y apropiación mediante la patente de plantas nativas medicinales por empresas de inversión nacional y transnacional. Así mismo como la falsa utilización del conocimiento indígena ancestral en el área de salud por personas llamadas “charlatanas”, provocando en algunos casos que el MINSAL justifique la prohibición de las prácticas del sistema de salud de los Pueblos Indígenas.

II. MARCO CONCEPTUAL

La salud, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, para los Pueblos Indígenas donde la salud no solo parte desde lo físico, sino que va más allá, a través del pensamiento, de nuestras emociones, de la palabra y de nuestras actitudes, podemos generar y atraer energías que nos dañen o nos beneficien la salud y los demás componentes de nuestra existencia individual, familiar o comunal. Para la Reforma de Salud de El Salvador la definición de salud supera la visión estática de la OMS, se acerca mas a la definición de salud de los Pueblos Indígenas, reconoce a ésta como un proceso dinámico, social y culturalmente determinado, producto de las relaciones establecidas en una sociedad que se trazan desde el campo individual al social, económico y político y que expresan en la buena o mala salud (incluye la enfermedad, pero no limitándose ésta); plantea además que solo las relaciones equitativas y democráticas en la sociedad y con la naturaleza

² Lardé, Jorge, Lenguas Indianas en El Salvador. Su distribución geográfica. Revista de Etnología, Arqueología y Lingüística 1: Año. 1926. 281-286.

³ Ver Chapin, Mac. San Salvador, 1990, citado por Mejía Gutiérrez, Gloria en: Pueblos Indígenas en CA Procesos Políticos, Identidad y Desarrollo V I. s.e. San Salvador, 1999.

pueden el ambiente que produzca buena salud. Por tanto, critica los vicios de las sociedades inequitativas, como las del sistema capitalista que producen mala salud.

En cuanto a la salud y las prácticas curativas de los Pueblos Indígenas, su conocimiento se transmite de generación en generación, basado más que todo en el uso de las plantas medicinales y recursos naturales, las oraciones curativas y otras medidas de prevención para no enfermarse. Dentro de los que manejan las prácticas ancestrales de salud encontramos, entre otros, a los curanderos, curanderas, sobadores, así como las parteras.

No obstante, a pesar de contar con sus conocimientos y prácticas, podemos ver que la situación de salud de los Pueblos Indígenas es precaria afectando principalmente a mujeres y niños, producto de las políticas del Estado, no solo del despojo de sus medios de vida, llevando a este grupo en especial a condiciones socioeconómicas precarias, sino también de aculturación de nuestra sociedad y destrucción de la cultura de los Pueblos Indígenas. Por lo que en esta Política se propone como primer paso fortalecer e interrelacionar el sistema de salud indígena con el sistema de salud oficial, con el fin de mejorar la atención en salud en los Pueblos Indígenas. Por ejemplo históricamente se ha divulgado la idea de homogeneidad y mestizaje, al pensar que en el país lo que priva es la mezcla entre indios y españoles, la cual ha sido seriamente discutida a partir de la reivindicación de los pueblos indígenas como una estrategia de los gobiernos de la dictadura y los neoliberales, para destruir la cultura indígena y que este gobierno está en el compromiso de restituir, pues parte de su plataforma de trabajo gira en torno a su derecho de auto-determinación y a ser identificados como pueblos singulares, con costumbres y características definidas.

Es por esto por lo que el Ministerio de Salud -MINSAL- en el proceso de Reforma de Salud, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de su Política: “Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, a través de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud”. El proceso enunciado se inicia en el año 2009, comenzando con la reorganización del sistema, para basarlo en la atención primaria en salud integral. Este cambio se realiza progresivamente, partiendo de lo más importante, el trabajo directo con las personas, familias y comunidades.

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que desarrollan los Equipos Comunitarios de Salud familiar, en adelante Ecos Familiares, requiere de conocer su realidad e identificar junto con la comunidad, los determinantes de la salud de su población, entre las cuales se cuenta con la auto identificación de las familias de Pueblos Indígenas. Actualmente con el proceso de dispensarización los Ecos Familiares recopilan datos de salud y sobre determinantes en las visitas

domiciliares, que se refleja en el Sistema de Información de la Ficha Familiar, donde se reporta que se están atendiendo a 1,894,866 personas, correspondientes a 377,483 familias de los municipios donde existe presencia de Ecos Familiares; es de resaltar que dentro de dicha población 31,815 se han auto identificado como indígenas, lo cual representa un 8.3%, contando con un mayor número de lencas, le siguen los nahuat pipil y luego los kakawira. Se hace mención que también se reportan datos de 331 familias que se identifican con los chorti, pueblo que se consideraba hasta el momento extinto en el país. Es de mencionar también que 8,808 familias no quisieron responder a esta pregunta. De acuerdo con estos datos, los municipios con mayor número de Pueblos Indígenas son Sonsonate, Chalatenango, San Salvador y Usulután.

Debido a la sistemática exclusión de la que han sido objeto, la mayoría de los Pueblos Indígenas viven en condiciones de vulnerabilidad, en su mayoría están ubicados en áreas rurales con un alto grado de contaminación del medioambiente, algunos habitan en la riberas de los ríos.

Se han identificado múltiples condiciones socio ambientales, que inciden directamente sobre la salud de las comunidades, tales como:

- Acceso a agua de consumo humano.
- Falta de acceso a la tierra.
- No existe cobertura de servicios sociales básicos.
- Contaminación del aire.
- Contaminación de ríos y lagos.
- Consumo de agua contaminada por químicos y otros desechos de fábricas, hospitales y otros.
- Hacinamiento en que viven. De 7 a 11 personas habitando una sola casa.
- Ausencia de atención médica culturalmente adecuada.
- Alimentación de subsistencia; debido a la escasa producción alimentaria, entre otras.

2.1. Manejo de prácticas de salud ancestrales

El inicio de los años noventa abre un período fructífero para la organización de los Pueblos Indígenas en Mesoamérica, en el marco de la vergonzosa conmemoración de los 500 años de la Conquista, los Pueblos Indígenas de Mesoamérica llaman quinientos años de resistencia, logrando gracias a sus luchas la designación de los noventa como la Década de los Indígenas por parte de Naciones Unidas. Particularmente para los Pueblos Indígenas de El Salvador, confluyen dos elementos

más: la firma de los Acuerdos de Paz y el fortalecimiento institucional del Estado Salvadoreño como parte de cierto nivel de cumplimiento de los acuerdos alcanzados con la firma, a pesar de que los Pueblos Indígenas no fueron actores en este proceso, mucho menos se establecieron políticas culturalmente adecuadas, gracias a su trabajo e incidencia política se promueven esfuerzos de investigación de parte de la OPS/OMS, el Banco Mundial y UNICEF, cuyos resultados obtenidos en su conjunto han dado soporte al fortalecimiento de la organización, de sus estructuras y la apertura de espacios institucionales nacionales e internacionales para ser tomados en cuenta en la lucha por sus derechos.

Entre los aspectos más relevantes que expresan esta situación, se tienen algunos, que han sido reiterados por personas con niveles de liderazgo importantes de distintas organizaciones indígenas, así como del resto de sus integrantes, entre estos están los siguientes:

- Despojo de sus tierras.
- Invisibilización estadística.
- Marginación y exclusión de la sociedad en general.
- Ausencia de políticas públicas que protejan los recursos naturales de sus comunidades.
- Ausencia de políticas públicas que promuevan el respeto y conservación de sus tradiciones.
- Convenio 169 de la OIT sin firma ni ratificación.
- Manejo folclórico y utilización de Pueblos Indígenas
- Amenaza de megaproyectos extractivistas e infraestructuras que amenazan sus territorios.
- Implementación de socios entre Estados que afectan la biodiversidad en los territorios con presencia de Pueblos Indígenas.
- Mercado de carbono.

2.2. Salud tradicional indígena

La intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional, en los sistemas de salud en el mundo, se inició oficialmente con la declaración de Alma Ata en 1979, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) retomó las experiencias de salud comunitaria de los pueblos de Centroamérica y África, muchas de las cuales eran de prácticas indígenas e invitó a los países miembros para buscar y lograr la participación de la población,

aprovechando sus conocimientos sobre esta medicina, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales⁴.

Desde entonces se han emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para valorar el sistema de salud tradicional indígena, como el artículo 24 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT,1989), así como la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas (2002), el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos De los Pueblos Indígenas (2007), y en el párrafo 12 y 13 del Documento Final de la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General conocida como Conferencia Mundial sobre Pueblos Indígenas.

Para los Pueblos Indígenas el concepto de salud y enfermedad no puede verse separado del espíritu, la cosmovisión y la espiritualidad como parte esencial para desarrollar sus formas de vida, es así como existen principios que rigen la vida y son los siguientes:

- **Principio de racionalidad:** todo está vinculado con todo. Muy sintéticamente significa que lo importante no son los seres humanos sino las relaciones que existen entre ellos, estas relaciones forman el todo.
- **Principio de correspondencia:** vínculo entre el microcosmos y el macrocosmos. Todo en el universo se manifiesta como dualidades, el arriba, el abajo; la vida y la muerte; el hombre la mujer.
- **Principio de complementariedad:** ningún ser humano es parte aislada de otro; se comprende en este principio que, aunque haya diferencias entre unas y otras personas, la dualidad les hace encajar.
- **Principio de reciprocidad:** el pago significa que, si el ser humano recibe tanto del universo, de la sociedad, de otros seres humanos, siempre habrá una retribución en todos los niveles: en los afectos, la economía, el trabajo.

En términos generales, es de acuerdo con la cosmovisión y sus principios que los Pueblos Indígenas organizan su vida y estructuras organizativas comunitarias, desde las más ancestrales a las más recientes. Sin embargo, en El Salvador, la lucha de los Pueblos Indígenas por conservar sus tradiciones en el marco de su cosmovisión ha llegado a convertirse en una lucha por sus derechos como pueblos,

4

debido a la situación de sus determinantes sociales; en el marco de estos, la salud es de los más desatendidos debido al desconocimiento de parte de los prestadores de servicios, de valorar la cosmovisión y las formas de afrontar sus procesos de salud-enfermedad, lo que provoca que no asistan a los establecimientos de salud por sentirse ignorados en su identidad indígena y discriminados en algunas ocasiones.

Aunque algunos problemas de salud de los Pueblos Indígenas son comunes a la población en general, debido a que comparten en su origen los determinantes sociales, la determinación es más profunda en estas poblaciones. El tema de salud intercultural es estratégico para acercarse a los problemas más urgentes de salud que han sido planteados por los Pueblos Indígenas durante las visitas territoriales, entre los que se mencionan algunos padecimientos crónicos y los relacionados con la salud materno infantil y la salud sexual y reproductiva.

Para el desarrollo de la salud sexual y reproductiva, hay que tomar en cuenta que en las estructuras comunitarias indígenas existe gran dificultad para permitir la participación de las mujeres, situación que va en detrimento del estereotipo de la mujer indígena, basado casi exclusivamente en la reproducción biológica y social, estereotipo que es una barrera para mejorar los indicadores de la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, se sabe poco de aspectos epidemiológicos relacionados con las ITS, ETS y VIH en los Pueblos Indígenas, tanto de hombres como de mujeres, abordados desde los principios de la cosmovisión indígena.

En el marco de la cosmovisión indígena, sus prácticas de la medicina se mantienen también como parte de las tradiciones vinculadas a la espiritualidad, como una alternativa para estos pueblos, los cuales presentan una situación crítica en comparación al resto de la población nacional y local ya que el modelo de salud del Ministerio de Salud no ha respondido a las necesidades físicas y espirituales de la población por ser diferentes en su concepto, valoración y puesta en práctica⁵.

Interculturalidad

La interculturalidad consiste en promover, sobre la base del respeto a las diferencias culturales y la igualdad de derechos, espacios de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación y

⁵Orellana, José Eliseo. Actualización del modelo de salud indígena Nahua Pipil y su relación con el modelo oficial en El Salvador. OPS, 2009

resolución pacífica del conflicto, cooperación y convivencia. Significa una relación de intercambio a partir de la cual cada una de las partes puede construir algo nuevo que no habría podido construir de manera independiente⁶.

2.3. Interculturalidad en Salud

Relación intercultural en salud significa⁷ apertura para conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos, para actuar con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico y educativo, debido a que las dos formas de atención a la salud (la medicina convencional⁸ y la tradicional), conviven en un mismo espacio en las comunidades. En este sentido significa comprender y respetar el significado que tiene para los Pueblos Indígenas, la prevención, la enfermedad, la cura, y su relación con la naturaleza.

Mejorar los procesos de comunicación de ambas partes promueve una mejor comprensión de las expectativas de ambas y mejorar entonces el nivel de satisfacción de la atención recibida por usuarios y usuarias. Al respecto Berlín y Fowkes⁹ señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”.

Con la implementación de la Reforma de Salud en el año 2009, el Ministerio de Salud reconoce que en El Salvador existen y conviven una serie de pueblos, sin embargo, se determina priorizar en la Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

⁶Secretaría de Salud, México, Relación intercultural con la medicina tradicional, 2003

⁷Secretaría de Salud, México, Relación intercultural con la medicina tradicional, 2003

⁸A la medicina convencional, de formación académica, también se le conoce como occidental, alópata, de bata blanca, científica o moderna. Los últimos dos términos no se recomiendan, el primero porque también existen otros modelos médicos que son “científicos”, aunque poseen una racionalidad diferente. El concepto de medicina moderna implica que los otros modelos se quedaron en el pasado, lo cual es falso. Al igual que la convencional poseen elementos de sus raíces históricas y están en continua evolución, claro, por otros caminos.

⁹BERLIN E, FOWKES C. Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care. Mayfield Publishing Company. California. 1998.

El abordaje de salud intercultural es importante porque permite establecer mecanismos de interrelación entre el sistema de salud occidental y el tradicional indígena, permitiendo conocer sus prácticas y saberes, en diferentes aspectos como las relacionadas con el embarazo, el parto cuidados del recién nacido entre otros así como el lenguaje utilizado para diagnosticar enfermedades como: “mal de ojo”, “que se le ha caído la mollera al niño o niña”, “el susto” entre otros. Lo cual también da pauta para un sistema de referencia y retorno entre el personal de salud de las UCSF y el servidor tradicional con saber indígena, para poder dar respuesta a la enfermedad.

En tal sentido es importante reconocer el rol histórico de la partera o matrona como una lideresa comunitaria en salud que brinda un servicio a las mujeres de su comunidad y una aliada estratégica para un sistema de salud mas abierto, en el cual se debe establecer una relación de reciprocidad en el intercambio de conocimientos, estas merecen una estrategia específica desde los servicios de salud para ser capacitadas por el mismo, a fin de lograr una simbiosis que permita respetar los saberes y practicas ancestrales y los avances tecnológicos que la medicina occidental pueda aportar. Es importante también la identificación por parte del personal de salud con el apoyo de las parteras comunitarias, la existencia de casos de embarazos de alto riesgo con posibilidades de complicaciones en el desarrollo o curso del embarazo o en el parto, en los cuales es necesario asistir al sistema de salud occidental como el hospital, así todo el sistema de salud incluyendo estos últimos deberán ajustar sus condiciones a fin de que sus servicios sean lo suficientemente inclusivos para mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión y espiritualidad como lo mandata la Constitución de la República.

III. Contexto Referencial

3.1. NACIONAL

3.1.1. Constitución de la República de El Salvador

Art. 63 de la Constitución de la República establece: “El Salvador reconoce a los Pueblos Indígenas y adoptará políticas a fin de mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión y espiritualidad”.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por esta constitución es por ello por lo que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa.

3.1.2. Código de Salud

Art. 40.- que el Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud, dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Art. 41.- numeral 1. Corresponde al Ministerio orientar la política gubernamental en materia de salud.

Art. 44.- La educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud.

Para ello determinará las dependencias encargadas de elaborar los programas para la obtención de estos objetivos.

3.1.3. Ley de creación del Sistema Nacional de Salud

Art. 1.-El Sistema Nacional de Salud está conformado por un conjunto de instituciones de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

Art. 2.- Establece que son miembros del “sistema”, el Ministerio de Salud, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a Sanidad Militar, el Fondo Solidario para la Salud, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral y el Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial, asimismo estarán obligados a participar y colaborar directamente con el SNS, todas las identidades de la administración pública cuya función pueda repercutir en la prestación de los servicios de salud.

3.1.4. Política Nacional de Salud 2015 – 2019

Dentro del Plan de Gobierno y en el marco de la atención primaria de salud integral, la Política Nacional de Salud 2015-2019; en su estrategia 2 establece la

capacidad del MINSAL para elaborar políticas y planes de salud, garantizando la adecuada provisión y cobertura de servicios; asimismo en su estrategia 8: Prestaciones de la red de servicios, se establece que el Sistema Nacional de Salud proveerá a toda la población, a través de la red pública de servicios, un conjunto de prestaciones, cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad.

Con líneas estrategias, entre las que se encuentran:

8.1 En el conjunto del sistema público, la atención tendrá carácter integral y universal con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud con base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral.

8.2 El Sistema Nacional de Salud garantizará el derecho de la población a la atención integral a la salud mediante actividades organizadas en planes y programas orientados de acuerdo con criterios poblacionales, vulnerabilidad, riesgo, morbilidad, mortalidad, solidaridad y equidad.

3.1.5. Política de Salud Sexual y Reproductiva

Objetivo específico

3. Desarrollar acciones integrales e integradas de atención en salud sexual y reproductiva con grupos vulnerables históricamente excluidos.

Líneas de acción

1. Implementar acciones específicas en SSR según ciclo de vida dirigidas a personas: con discapacidad, VIH-Sida, diversidad sexual, pueblos indígenas, trabajadoras y trabajadores sexuales.

2. Desarrollar acciones estratégicas de empoderamiento en SSR a mujeres en su ciclo de vida.

5. Desarrollar acciones educativas relacionadas a estilos de vida saludable con los grupos históricamente excluidos.

6. Desarrollar acciones educativas para personal relacionado en el abordaje de la SSR con grupos históricamente excluidos.

Objetivo específico

5. Potenciar la organización, participación y la corresponsabilidad social y ciudadana, en la promoción de la salud sexual reproductiva y sus

determinantes, de acuerdo con necesidades específicas, según la etapa del ciclo de vida.

Líneas de acción

3. Promover el empoderamiento y defensa de los derechos a través de grupos organizados de la población históricamente excluida.
4. Promover grupos tendientes a la deconstrucción de la identidad de género masculino y femenino tradicional que afectan directamente la SSR.
5. Promover la participación ciudadana y la contraloría social a través del Foro Nacional de Salud y otras organizaciones de la sociedad civil organizadas sobre la SSR y el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos considerando: Edad, género, discapacidad, diversidad sexual-orientación sexual, etnicidad, personas con VIH, personas trabajadoras del sexo.

3.1.6. Política Nacional de Participación Social en Salud

Establece en el objetivo específico 2, Fortalecer las capacidades de las personas, organizaciones sociales, prestadoras de servicios de salud y comunidades para la participación consiente en la toma de decisiones y garantizar su derecho a la salud.

Estrategia 2.1. Empoderamiento ciudadano para la exigencia y defensa del derecho a la salud.

3.2. Regional

Cuadro 4 Marco legal relacionado con Pueblos Indígenas en el contexto Regional Latinoamericano

NOMBRE	REFERENCIA
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).	Adoptada por la Organización de Estados Americanos en 1969. Art. 1: Los Estados Partes se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cual otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe	Instrumento emitido a nivel iberoamericano, en donde se establece un mecanismo (Fondo Indígena) destinado a apoyar los procesos de autodesarrollo de pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de América Latina y el Caribe.
Convención Internacional relativa a los Congresos Indigenistas Interamericanos y al Instituto Indigenista Interamericano (Convención de Pátzcuaro)	Esta convención adoptada en 1940 en el ámbito de la OEA contempla los estatutos del Instituto Indigenista Interamericano: institución que se dedica al acopio, producción y distribución de información sobre la situación de los Pueblos Indígenas.
Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	Aprobada el 15 de junio del 2016 Reconociendo la importante presencia de pueblos indígenas en las Américas, y su inmensa contribución al desarrollo, pluralidad y diversidad cultural de nuestras sociedades y reiterando nuestro compromiso con su bienestar económico y social, así como la obligación a respetar sus derechos y su identidad cultural.

Fuente: Equipo técnico con datos de Perfil Indígena Ruta/MB 2003, mayo de 2013.

3.3. INTERNACIONAL

Cuadro 3 Marco legal relacionado con Pueblos Indígenas en el contexto internacional

NOMBRE	REFERENCIA
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto elaborado en el marco de Naciones Unidas en 1966 para reconocer los derechos civiles y políticos de todos los seres humanos. Art. 27
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Instrumento adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1966, que reconoce los derechos económicos (derecho al trabajo, sindicalización, seguridad social), sociales

NOMBRE	REFERENCIA
	(educación, salud, vivienda, entre otros) y culturales a todas las personas por igual.
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial	Convención promulgada por la Asamblea General de la ONU en 1965 para promover la igualdad de derechos y libertades entre las personas, en las esferas políticas, económicas, sociales culturales o en cualquier otra esfera de la vida pública.
Convenio 104 OIT relativo a la abolición de las sanciones penales por incumplimiento del contrato de trabajo por parte de los trabajadores indígenas.	Instrumento elaborado en junio de 1955 con el objetivo de modernizar las relaciones contractuales entre empleadores y trabajadores, en apego al respeto de los derechos humanos.
Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y tribales	Convenio elaborado en 1989 como producto de la revisión del Convenio 107 de la OIT. En dicho convenio se sanciona el derecho a la identidad, diversidad y a las diferencias de los Pueblos Indígenas dentro de la estructura de los Estados nacionales.
Convención sobre los Derechos del Niño.	Convención adoptada en 1989
Convenio sobre Diversidad Biológica.	Convenio internacional promulgado en 1992 y que tiene como objetivo la conservación de la diversidad biológica, la utilización sostenible de sus componentes y la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de su utilización.
Declaración Universal de Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas	Promulgar la justicia, la paz y la libertad, teniendo como base la dignidad, los derechos iguales e inalienables de la humanidad.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.	Ratificada en noviembre de 1980; el protocolo no ha sido ratificado solo firmado el 4 de abril 2001

NOMBRE	REFERENCIA
Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas.	Reconoce la urgente necesidad de respetar y promover los derechos de los Pueblos Indígenas afirmados en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos con los Estados, aprobada en septiembre de 2007.

Fuente: Equipo técnico con datos de Perfil Indígena Ruta/MB 2003, mayo de 2013.

Por otra parte, dentro del sistema de Naciones Unidas, se han establecido dos mecanismos importantes relativos a los asuntos de los Pueblos Indígenas¹⁰:

El Foro permanente para las cuestiones Indígenas de la ONU (UNPFII por sus siglas en inglés), compuesto por 16 expertos independientes, muchos de quienes son indígenas, tiene el mandato de examinar las cuestiones indígenas relacionadas al desarrollo económico y social, la cultura, la educación, la salud, el medioambiente y los derechos humanos y formular recomendaciones al sistema de la ONU a través del Consejo Económico y Social. El mandato del UNPFII también incluye difundir las actividades relacionadas con las cuestiones indígenas y promover su integración y coordinación dentro del sistema de las Naciones Unidas; así como preparar y difundir información y material pertinente.

La relatoría especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas fue creada por la Comisión de los Derechos Humanos (hoy reemplazada por el Consejo de Derechos Humanos) y tiene el mandato de emprender visitas a los países, informar acerca de tendencias y asumir directamente con los gobiernos casos relacionados con violaciones de los derechos humanos.

En una decisión histórica, la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas (UN-DECLIPIS) el 13 de septiembre de 2007 reconociendo los derechos de los Pueblos Indígenas y brinda un marco universal para la comunidad internacional y los estados. Esta declaración enuncia los derechos a cuyo reconocimiento, garantía e implementación deben aspirar los países. En este sentido, la Declaración crea un marco para discusión y diálogo entre los Pueblos Indígenas y los estados.

¹⁰ Directrices sobre los asuntos de los Pueblos Indígenas. Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo, febrero 2008.

IV. PRINCIPIOS RECTORES.

La presente política adopta como principios, los siguientes:

- **Enfoque holístico de la salud:** este principio considera que el estado de salud se refiere al abordaje integral de la salud humana y el entorno natural y espiritual en el que viven los Pueblos Indígenas, y no restringir el estado de salud solo a la ausencia de enfermedad, o contar con atención referida a cura y/o prevención.
- **Derecho a la autodeterminación:** implica que los Pueblos Indígenas sean partícipes de su desarrollo, en una interacción que les permita el ejercicio de sus derechos, en este caso los relacionados con mejorar las condiciones de vida y tomar decisiones sobre sus necesidades. En virtud de este derecho se espera que determinen libremente su condición política y aseguren libremente sus propias formas de desarrollo económico, social y cultural.
- **Derecho a la participación sistémica:** referido a formas de participar más integrales de un sistema social y político local o de país vinculados a la salud y no solamente a los aspectos relacionados con los asuntos de la salud de los Pueblos Indígenas.
- **Respeto, revitalización y revalorización de las culturas indígenas:** referido al reconocimiento por parte de los agentes de atención de salud, de los saberes y la comprensión, de su diferencia en cuanto a la población no indígena, el valor que estos tienen en su concepción de salud enfermedad y las implicaciones materiales que este reconocimiento tendría en el resurgimiento de sus prácticas culturales.
- **Reciprocidad en las relaciones:** que implica llevar a cabo distintos procesos de participación conjunta entre agentes de salud institucionales y las estructuras sanitarias indígenas con el fin de armonizar el enfoque tradicional y el occidental, respetando los compromisos adquiridos por ambas partes.
- **Consentimiento libre, previo e informado:** consiste en el consentimiento demostrado mediante un acuerdo claro y asumido, respetando las estructuras de toma de decisión y criterios de los Pueblos Indígenas, incluyendo procedimientos de consenso tradicionales y la participación plena y efectiva de los líderes autorizados, representantes o instituciones de toma de decisión. El consentimiento deberá ser:

- **Libre:** careciendo de coerción y presión, y las tácticas de “divide y gana”. Debe incluir también la ausencia de amenazas si el proceso resulta en la decisión de decir “no”.
- **Previo:** teniendo lugar con suficiente anticipación para permitir que tenga lugar un proceso de recolección e intercambio de información, incluyendo la divulgación verbal si se requiriera, de acuerdo con el proceso de toma de decisiones decidido por los Pueblos Indígenas en cuestión. Debe tener lugar sin presión o limitaciones de tiempo.
- **Informado:** disponiéndose de toda la información relevante reflejando todos los puntos de vista y posiciones, incluyendo el insumo de los ancianos, líderes espirituales, aprendices tradicionales y los depositarios del conocimiento ancestral. Debe disponerse de información que es imparcial y equilibrada respecto a los riesgos y beneficios potenciales, la cual debe analizarse sobre la base del principio de precaución.
- **Equidad:** la provisión de los servicios de salud deberá proporcionarse de acuerdo con la identificación de las necesidades sociales, económicas, demográficas y geográficas y culturales de diversas comunidades que representan a los Pueblos Indígena, tomando en cuenta sexo, edad y otras características que demanden necesidades de atención, especiales o específicas, como adultos mayores, personas con discapacidad, etc.
- **Respeto:** requiere que los agentes institucionales de salud consideren que los usuarios tanto internos como externos, tienen un valor por sí mismos, lo que implica que se deben valorar en el marco de los derechos humanos, sus necesidades e intereses, así como su cosmovisión y sus prácticas.
- **Humanización:** la labor realizada por agentes de salud institucional, que debe estar encaminada hacia una relación humana de calidad y calidez, considerando las necesidades de los usuarios y las usuarias, así como sus necesidades como agentes de salud para proveer atención con un enfoque de derechos.
- **Compromiso:** los agentes de salud deben reconocer la importancia de su labor, consientes de ella, deben desempeñarla con responsabilidad y eficiencia, acordes a las necesidades de la población y las normativas planteadas.
- **Solidaridad:** denota un alto grado de integración y estabilidad interna, es la adhesión ilimitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos, así como la unión y ayuda

mutua entre los agentes y usuarios de salud, desde las poblaciones más sanas, hacia aquellas más vulnerables para alcanzar un bien común.

- **Integralidad:** manda que la prestación de la atención en salud se realice de forma tal que las personas reciban servicios de protección suficiente y completa respecto a las necesidades individuales (promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación) y las acciones de interés colectivo en salud.
- **Calidad:** rige la prestación de los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizando el cumplimiento de las normativas establecidas, así como el acceso oportuno, continuo, con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad, integralidad y calidez. Incluye la satisfacción del usuario por las atenciones en salud recibidas, la certificación de los recursos, habilitación y acreditación de la atención recibida.
- **Calidez:** este principio manda que la relación entre el personal de salud y los usuarios(as) se realice con empatía y autenticidad, contribuyendo al éxito de la atención de salud. Requiere de la aceptación incondicional hacia el usuario(a), acompañado de sentimientos de respeto y apoyo independientemente de las actitudes, sentimientos o acciones del usuario.

V. ENFOQUES

5.1. Interculturalidad: se caracteriza como el respeto a las diferencias culturales y los espacios de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación y resolución pacífica del conflicto, cooperación y convivencia.

5.2. Dialogo intercientífico: es un proceso en el que cada forma de saber se exprese libremente, donde las diferencias se consideran positivas y de forma respetuosa, existiendo la posibilidad de complementariedad y los aspectos de la inconmensurabilidad potencial que puede quedar en evidencia. Esto significa también que se puede pasar por un proceso de recreación continua de conocimientos que propicie la innovación de los conocimientos, tecnologías, técnicas y metodologías que parten del interior de la comunidad y no comunicante de la dinámica de la generación de conocimiento que nace en la academia o las universidades.

- 5.3. Ética en atención socio sanitaria:** entre los aspectos éticos y sociales a que se enfrentan los agentes de salud en general, están los relacionados con el consentimiento informado para las opciones de tratamiento, la revisión y garantía científica basada en la evidencia de los procedimientos nuevos, procedimientos de alto riesgo, calidad de la atención, mala praxis en salud y el secreto profesional.
- 5.4. Derechos Humanos:** buscan que la atención en salud sea de calidad óptima y contribuyan a garantizar la salud como un derecho humano básico e inseparable de la vida y bienestar general incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.
- 5.5. Promoción de la Salud:** constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual; es el proceso que permite a las personas, familias y comunidades incrementar el control de los elementos de la determinación social de la salud y en consecuencia abordarlos o mejorarlos.
- 5.6. Género:** considera los diferentes roles que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan desde el nacimiento. Permite comprender las características y diferencias que definen mujeres y hombres de manera específica, así como sus necesidades. Desde este enfoque se analizan las posibilidades vitales de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros.
- 5.7. Determinación Social de la salud:** refiere las condiciones sociales, económicas y culturales establecidas por las relaciones de poder del modelo de desarrollo y la sociedad en su conjunto, que generan diferencias en la distribución de la riqueza y que condicionan inequidades en el desarrollo de las poblaciones o grupos poblacionales, lo que a su vez determina que unos grupos de población se enfermen más que otros y además tengan menos acceso a la salud que otros, incluyendo servicios de salud.
- 5.8. Abordaje Intersectorial:** se refiere a la visión amplia de los problemas de salud desde la determinación social, donde muchas de las soluciones a estos problemas tienen salida desde otros sectores diferentes a salud, lo que exige a salud una abogacía y establecimiento de relaciones de coordinación, para

que los demás actores sociales, institucionales, sectores y sociedad civil fundamental y la población organizada, aborden en conjunto y desde su accionar particular, las diferentes necesidades para producir salud y resolver los problemas de salud.

5.9. En el ciclo de vida: la atención en salud se realizará a través de la oferta integral de atención diferenciada según las diferentes etapas del ciclo de vida y los problemas de salud más frecuentes en cada etapa, garantizando su continuidad en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud. Esto se facilita asegurando un enfoque de salud familiar.

5.10. Enfoque de participación social en salud: constituye espacios y mecanismos que permiten a las personas, especialmente los grupos de población en mayores condiciones de vulnerabilidad y exclusión, accedan a la defensa y exigencia de sus derechos, estableciéndose como un medio para la transformación social, , constituye además procesos y formas de organización social (en el caso de los pueblos originarios) que les sean propias a su pluralidad y diversidad cultural.

VI. OBJETIVOS

General:

Garantizar el derecho a la salud integral de los Pueblos Indígenas de El Salvador, con enfoque intercultural y de género, reconociendo, respetando y armonizando los conocimientos y saberes indígenas en el Sistema Nacional de Salud.

Específicos:

- 1.** Promover el conocimiento de la cosmovisión ancestral de los Pueblos Indígenas en el Sistema Nacional de Salud, incorporando sus conocimientos y saberes, tomando en cuenta el marco jurídico nacional e internacional sobre derechos de Pueblos Indígenas.
- 2.** Integrar el enfoque de salud intercultural como eje transversal en todas las estrategias y programas de promoción, prevención y atención en salud a las personas respetando principios, valores, conocimientos y saberes de los Pueblos Indígenas con énfasis en la participación de la mujer.
- 3.** Promover investigaciones que visibilicen las inequidades y condiciones de vida de los Pueblos Indígenas en general y las mujeres indígenas a nivel nacional, para la identificación de problemas prioritarios a nivel local, municipal y nacional, a fin de satisfacer las necesidades de salud de ellos.
- 4.** Informar, educar, comunicar y empoderar a los Pueblos Indígena en la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida.
- 5.** Definir el mecanismo de monitoreo y seguimiento de la implementación y cumplimiento de la política con la orientación del Comité Nacional para la Salud de Pueblos Indígenas, con participación de los Pueblos Indígenas y grupos en condiciones de vulnerabilidad.

VII. RESULTADOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN POR OBJETIVO

OBJETIVO 1: Promover el conocimiento de la cosmovisión ancestral de los Pueblos Indígenas en el Sistema Nacional de Salud incorporando sus conocimientos y

saberes, tomando en cuenta el marco jurídico nacional e internacional sobre derechos de Pueblos Indígenas.

Resultado 1.1. Servicios de salud armonizados con la cosmovisión ancestral, conocimientos y saberes de los Pueblos Indígenas.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Conformación del Comité Nacional para la Salud de Pueblos Indígenas, con participación multidisciplinaria e intersectorial, que gestione la incorporación del enfoque intercultural al Sistema Nacional de Salud.
- AE 2 Desarrollo de acciones y mecanismos institucionales para la revisión del marco jurídico nacional e interno de MINSAL y la adopción del marco jurídico internacional, relacionado a los derechos de Pueblos Indígenas, para realizar el abordaje intercultural.
- AE 3 Disminución de las barreras culturales que afectan el acceso de los Pueblos Indígenas a la información, educación y atención en el Sistema Nacional de Salud.
- AE 4 Capacitación al talento humano prestador de servicios de salud, del Sistema Nacional de Salud y de los proveedores de salud indígena en el enfoque intercultural y de género con el fin de armonizar los conocimientos y saberes de ambos sistemas.
- AE 5 Sensibilizar a los agentes de salud institucionales y a los Pueblos Indígenas en identidad cultural, cosmovisión para fomentar el respeto, trato humanizado y disminuir la discriminación.

OBJETIVO 2: Integrar el enfoque de salud intercultural como eje transversal en todas las estrategias y programas de promoción, prevención y atención en salud a las personas, respetando principios, valores, conocimientos y saberes de los Pueblos Indígenas con énfasis en la participación de la mujer.

Resultado 2.1. Incorporado el enfoque intercultural en los programas formación promoción, prevención y atención en salud a los Pueblos Indígenas.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Realizar abogacía y posicionamiento del enfoque de salud intercultural a nivel intrasectorial e intersectorial para visibilizar sus inequidades y facilitar el abordaje de la salud de los Pueblos Indígenas.

- AE 2 Facilitar acciones de sensibilización tomando en cuenta la cosmovisión de los Pueblos Indígenas en relación con la salud intercultural, con el fin de facilitar el reconocimiento de estos y sus competencias para incorporarlo en la atención que se proporciona en el Sistema Nacional de Salud.
- AE 3 Establecer una estrategia permanente de formación continuada sobre temas de promoción de salud y atención primaria en salud, para fortalecer las prácticas y conocimientos en salud de los agentes de salud indígenas, respetando su cosmovisión y saberes ancestrales.

Resultado 2.2. Incorporado el enfoque intercultural en los programas de las instituciones formadoras del talento humano en salud.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Abogacía ante el Ministerio de Educación para integrar el enfoque intercultural en la curricula educativa.
- AE 2 Incorporación del enfoque intercultural en salud en los planes de estudio en los diferentes niveles de formación sean técnicos, superior o postgrado.

Resultado 2.3. Establecidos los mecanismos para el reconocimiento e integración de los aportes de la cosmovisión indígena para el abordaje de la salud a nivel nacional.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1: Establecer los mecanismos de coordinación entre las fundaciones, asociaciones y representantes en general de pueblos indígenas, con los diferentes niveles de atención de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), para coordinar la implementación de la presente política.
- AE 2: Incluir en la discusión de las reuniones de las RIIS), seguimiento, avances y obstáculos de la implementación de la política.
- AE 3: Elaboración y actualización de los diferentes instrumentos técnicos jurídicos para la incorporación del enfoque intercultural en la atención de los Pueblos Indígenas.

Resultado 2.4. Integradas en el Sistema Único de Información en Salud, en adelante SUIIS, las variables relacionadas con la situación y salud de la mujer y de los Pueblos Indígenas.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Analizar por un comité integrado por las dependencias de nivel central que gestionan la información, con la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, una propuesta de visualización en la atención brindada por el MINSAL a los Pueblos Indígenas y de variables etnográficas relacionadas.
- AE 2 Programación /inclusión de variables en el SUIS, con Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

OBJETIVO 3: Promover investigaciones que visibilicen las inequidades y condiciones de vida de los Pueblos Indígenas en general y las mujeres indígenas a nivel nacional, para la identificación de problemas prioritarios a nivel local, municipal y nacional, a fin de satisfacer las necesidades de salud de ellos.

Resultado 3.1. Fortalecidas las capacidades en la generación del conocimiento, análisis y uso de la evidencia e información para la incidencia y toma de decisiones relacionadas a la salud de los Pueblos Indígenas.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Actualizar y fortalecer con el enfoque de determinación social de la salud, las investigaciones ya realizadas sobre Pueblos Indígenas, para la toma de decisiones.
- AE 2 Coordinación con el Instituto Nacional de Salud, universidades y otros actores para elaboración de nuevas investigaciones en salud intercultural.
- AE 3 Intercambio de experiencias entre países sobre operativización de investigaciones y establecimiento de modelos de atención en salud intercultural.
- AE 4 Promoción de investigación cualitativa y cuantitativa de acuerdo con las brechas de conocimiento identificadas.
- AE 5 Inclusión de salud intercultural en los temas de investigación para obtener acreditación de pregrado y postgrado de salud en las instituciones académicas.

OBJETIVO 4: Informar, educar, comunicar y empoderar a los Pueblos Indígena en la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida conforme a su cosmovisión.

Resultado 4.1. Fortalecidas las atenciones en salud sexual y reproductiva en los Pueblos Indígena.

Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Integrar en los procesos de formación continuada dirigidas a los agentes de salud indígenas, los Derechos Sexuales y Reproductivos en socializaciones a líderes y lideresas de los pueblos Indígenas.
- AE 2 Capacitar periódicamente a agentes de salud indígenas, proveedores de salud indígenas, líderes y lideresas identificadas en Pueblos Indígenas, en los componentes prioritarios de salud sexual y reproductiva en coordinación con las estructuras organizativas indígenas.
- AE 3 Fortalecer la calidad de atención y humanización en los establecimientos de salud para el acompañamiento de las comunidades y Pueblos Indígenas, en las diferentes prestaciones de servicios de salud sexual y reproductiva.
- AE 4 Empoderar al personal médico y paramédico que brinda atenciones en salud sexual y reproductiva en el enfoque de la cosmovisión de los Pueblos Indígenas.

OBJETIVO 5: Definir el mecanismo de monitoreo y seguimiento de la implementación y cumplimiento de la política, con la orientación del Comité Nacional para la Salud de Pueblos Indígenas con participación de los Pueblos Indígenas y grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Resultado 5.1. Definido el mecanismo de monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la política.


Líneas estratégicas de acción:

- AE 1 Elaboración del plan de monitoreo y evaluación de la política para el establecimiento de responsabilidades y tiempos de ejecución.
- AE 2 Informar y capacitar de manera eficiente a los Pueblos Indígenas sobre los espacios de participación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- AE 3 Facilitar y promover la organización y participación de representantes de los Pueblos Indígenas en los Comités de Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), Local, Municipal, Departamental y Regional.

VIII. VIGENCIA

El presente acuerdo entrará en vigencia, el día de su publicación en el Diario Oficial, COMUNÍQUESE.

EA


Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante.
Ministra de Salud.



GLOSARIO

Agentes de salud con conocimientos ancestrales: definición consensuada para designar a los referentes sanitarios indígenas a nivel local.¹¹

Cosmovisión Indígena: es el conjunto de conocimientos y valores que definen los sistemas de vida de los Pueblos Indígenas, en cuanto a las formas de ver, sentir, entender y relacionarse entre el ser humano, y el entorno natural, como la tierra, el aire, el agua, el fuego, los animales y plantas, ayudan a interpretar el mundo por medio de un conjunto de creencias que permiten analizar y reconocer la realidad a partir de la propia existencia, es integral y abarca ámbitos de la vida como la religión , la moral y forma de vida.

Cofradía: Organización tradicional sincrética cuyo fin es custodiar y realizar las festividades de una imagen católica. Algunas de estas poseen cargos jerárquicos dentro de su estructura, siendo la autoridad principal el mayordomo o cofrade y son autónomas tanto de las autoridades eclesiásticas como de las municipales. Conservan sus creencias a través de la convivencia y ofrecimiento de alimentos.

Pueblos Indígenas: Los pueblos considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.¹²

¹¹ Equipo técnico de la Política Nacional de Salud Indígena.

¹²Convenio No. 169 de la OIT, Artículo 1, subsección 1.

Bibliografía

1. Alvarado, Pedro de, Diego García Palacio y Antonio de Ciudad Real. Cartas de Relación y otros documentos. 3ª edición, Dirección de Publicaciones e impresos, San Salvador, El Salvador, 2000.
2. Cid, Lucero del, Víctor Manuel, compilador. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina, Universidad de las regiones autónomas de la costa Caribe nicaragüense.
3. CCNIS-OPS, Modelo de atención en Salud de los pueblos Náhuat Pipil de Izalco, Sonsonate, El Salvador. Serie: Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de Vida en El Salvador, N° 3. Consejo Coordinador Indígena Salvadoreño y Organización Panamericana de la Salud. San Salvador, 2001.
4. Organización Internacional del Trabajo, Convenio 169. Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud: marco conceptual / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. -- Lima: Ministerio de Salud, 2006.
5. Herrera Reina Marielba, Afrodescendientes en El Salvador, El Salvador, septiembre 2011.
6. Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo) Modelo para su implantación en los Servicios de Salud. Campaña Nacional por la diversidad cultural.
7. Lardé y Larin, Jorge El Salvador, descubrimiento, conquista y colonización. 2ª. Edición, Dirección de Publicaciones e impresos, San Salvador, El Salvador, 2000.
8. Ministerio de Salud pública y bienestar social. Política nacional de salud indígena, Paraguay 2008.
9. Ministerio de Salud, Política de salud sexual y reproductiva, San Salvador, El Salvador, 2012.
10. Naula, Juan Gestión en políticas interculturales de salud indígenas. Dirección de Nacional de salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.
11. Naciones Unidas, Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, 2007.
12. OMS. Una visión de salud intercultural para los Pueblos Indígenas de las Américas D.D: OPS 2008.
13. OPS Determinantes sociales en salud de los Pueblos Indígenas. Informe Encuentro Regional, Quito Ecuador, 2008.
14. Rojas, Rocío Dra. El enfoque intercultural como una estrategia para el logro de la equidad. OPS, 2004.
15. Segunda encuesta mundial de la OMS sobre política y reglamentación nacionales relativas a la medicina tradicional y la medicina complementaria/alternativa.
16. Subdirección de bienestar social, Relación intercultural con la medicina tradicional, México, 2003.
17. Subdirección de bienestar social, Relación intercultural con la medicina tradicional, México, 2003.
18. UNDG Directrices sobre los asuntos de los Pueblos Indígenas, febrero 2008.