

INCLUSIÓN DE LA PERTENENCIA ÉTNICA EN LOS REGISTROS DE SALUD: DERECHO A LA SALUD, CRITERIOS PARA SU ABORDAJE CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROPERUANOS

Roberto Quispe Vilca, Jorge Cabrera Meléndez, Antonio Quispe Rivadeneyra

Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional – CENSI, Instituto Nacional de Salud

RESUMEN

Los pueblos indígenas y afroperuanos tienen el derecho a ser visibilizados en las estadísticas oficiales de salud, el problema es responder de forma práctica ¿Cómo hacerlo? En el artículo se presentan recomendaciones internacionales y regionales sobre su inclusión en salud, la necesidad de estadísticas diferenciadas y de pertenencia étnica, hacia políticas que permitan abordar las condiciones socioculturales de salud. Se complementa con la experiencia de la inclusión de la “pertenencia étnica” impulsada por el CENSI en el MINSA. Se propone algunos criterios básicos para los procesos, para evaluar y realizar estudios de observación *in situ*, sobre captación, registro y utilización de la información. Asimismo, la apertura de instancias de diálogo horizontal en el sector salud para articular mejor la participación de dichos pueblos, y abogar por la continuidad del proceso.

INTRODUCCIÓN

La reforma de salud de nuestro país debería incluir una sustancial mejora en el sistema de información, una estadística diferenciada que incluya la “pertenencia étnica” de los pueblos indígenas y afroperuanos. Esto constituye un derecho humano que las poblaciones lo han venido exigiendo en diversos foros, esperando que se concreten¹. Un soporte importante son los principios de igualdad y no discriminación explícitos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Congreso de Constitución de la OMS (1948); en DURBAN (2001 - 2011); el Convenio 169 de la OIT (Perú - 1995). Declaración sobre los Derechos de los

Pueblos Indígenas (ONU 2007). En nuestro país, nuestra Constitución Política (Art. 2; 19) reafirma que se reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación. En la región andina, la necesidad de contar con información diferenciada que incluya la pertenencia étnica en salud fue planteada por los ministros de salud del área andina el año 2007².

Hoy, en pleno siglo XXI, la información oficial de salud necesita responder a: ¿cómo les afectan a estas poblaciones las enfermedades y la mortalidad, entre otros indicadores?, ¿cuáles son las cifras de natalidad?, derecho, propósito estadístico y a la vez una situación legal. Es una necesidad primordial el entender como estas poblaciones padecen la situación de salud – enfermedad y atención de salud. **¿Cómo son las actuales condiciones sociales y culturales implícitas en la salud que requieren la comprensión del Estado?, ¿cómo participan dichos pueblos en la definición y planificación de esta problemática que les compete?**

El informe de desarrollo sostenible y salud de la OPS (2013), señala que en América Latina la situación de exclusión aún está por superarse, la carga de las enfermedades desatendidas en los pueblos indígenas sigue siendo elevada. Para esto resulta crucial aumentar la capacitación y la formación sobre la interculturalidad. Existen brechas importantes en relación a los indicadores de salud (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y materna, altas tasas de tratamientos y elevado porcentaje de defunciones por tuberculosis)³.

A nivel internacional se reconoce que para estos pueblos hay necesidad de oficializar mejores diagnósticos epidemiológicos y el diseño

de políticas **públicas** y objetivos sanitarios, así mismo, llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de las acciones que se realizan en esto. De igual manera, los aspectos de la investigación, los condicionantes, los factores de riesgo e inequidades, necesita datos básicos que deben estar desagregados según la identificación étnica⁴. A la vez, disponer de información confiable, oportuna y pertinente sobre estos pueblos⁵. Oyarce (2006) tras su visión de una salud integral, ha señalado que en salud es necesario el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferentes culturas, así como el estudio que incorpora las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto y/o cultura particular⁶.

EL Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2013) reconoce que uno de los principales desafíos para avanzar en la visibilización estadística de los pueblos indígenas y afrodescendientes (inclusión del enfoque étnico), es la operacionalización de los conceptos de pueblo indígena y afrodescendiente, lo que se adopte va a influir en la cuantificación y cualificación de los mismos⁷.

Del Popolo F. y Antón J. (2009), al tratar sobre de los pueblos afrodescendientes señalan que el proceso de identificación es un asunto complejo que requiere estudios cualitativos previos, debates, de implementación de pruebas piloto, pero necesariamente de mecanismos de participación de los afrodescendientes desde el diseño de los instrumentos hasta el análisis, la difusión y el uso de la información⁸.

Dos aspectos resaltan en cuanto a cómo captar la pertenencia de una población, la “etnicidad” y la “raza”. En las experiencias latinoamericanas se ha utilizado lo étnico para los pueblos indígenas y el de raza para los pueblos afrodescendientes como los casos como Brasil, Costa Rica, Cuba y Guatemala. Los estudios de Anton J., Bello Á., Del Popolo F. (2009) señalan que un grupo étnico manifiesta su identidad por medio de un determinado comportamiento, sus formas de habla, su cosmovisión, su

vestimenta, su organización social e, incluso, su espiritualidad y su folclore; es un proceso largo de reconstrucción de la identidad como grupo cultural. A esta concepción corresponden tanto los afrodescendientes como los indígenas⁹.

Es necesario resaltar que estos procesos de inclusión no deben ser tratados por un mero interés estadístico, implica la realización de un derecho y este debe ser el marco que los implementadores deben cumplir, sobre todo es la búsqueda de un justo desarrollo de los mismos¹⁰.

El Convenio 169 “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” de la OIT y las resoluciones CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R13 (2006) de la OPS, ha señalado con directrices la necesidad de utilizar un abordaje y enfoque intercultural la salud de los pueblos indígenas, propiciando la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención sanitaria.

La OPS, CELADE y la UNFPA (2013) han recomendado a los países definir algunos procesos: Etapa 1: diseño de las preguntas de identificación de los pueblos indígenas y afrodescendientes y de normas y manuales; Etapa 2: incorporación de las preguntas de identificación étnica en el sistema de información de salud; Etapa 3: implementación de pruebas exploratorias del registro y monitoreo del proceso; Etapa 4: implementación, producción y difusión de la información¹¹.

En nuestro país, el nuevo marco de la Ley de Consulta (29785 - 2011) añade el cumplimiento de nuevas obligaciones al Estado y al sector salud, situación que va a requerir nuevas capacidades en el personal de salud y de las instituciones en su aplicación.

Hoy, el sistema de información oficial del MINSA se realiza básicamente desde el registro HIS (ahora tiene incluida una columna con la variable “etnia”). Existen otras estadísticas como la producida por la Vigilancia Epidemiológica de la DGE y de las estrategias nacionales como VIH

SIDA, TBC, etc., todas captan información sin la definición de la pertenencia étnica. La DGE ha producido los análisis situacionales de salud – ASIS con información de fuente secundaria: ASIS de los pueblos matsigenka, shipibo, ashuar, aymara etc.; en estos se recomienda construir una epidemiología intercultural. Como se puede ver sobre el pueblo afroperuano no hay mención aún.

METODOLOGÍA

Se analizaron documentos técnicos de la CEPAL, CELADE y OPS, complementándose con la experiencia del CENSI. Se realizaron estimaciones de criterios que pueden ser tomados en cuenta para la inclusión de la “pertenencia étnica” en salud.

EXPERIENCIA DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL - CENSI

El CENSI a partir del año 2006 inició el proceso de inclusión de la “pertenencia étnica” en las estadísticas de salud con la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del MINSA.

Después de una ardua incidencia se definieron 77 códigos de pertenencia étnica y la inclusión de una columna con la variable “etnia” en el formato HIS (año 2011). El CENSI para este proceso planteó la capacitación del personal de salud, un seguimiento de su aplicación en pilotos con población amazónica, altoandina y afroperuana, y sensibilización a la población. La OGEI realizó el proceso de capacitación principalmente al personal estadístico, aquí faltó incidir en cómo se debía captar la información de “pertinencia étnica”. Hubo necesidad de recursos económicos, la definición operacional, una guía técnica, e insuficiente participación de las organizaciones, el proceso a junio de 2014 está por evaluarse.

Algunas exploraciones realizadas en el pueblo afroperuano de Chincha (2012) nos mostró datos cualitativos interesantes, el personal de salud, por lo general, no pregunta la pertenencia étnica y hace un registro, desde su perspectiva, del código 80 referido a la pertenencia “mestizo”. A propósito, los estudios de la CEPAL – CELADE (2009) en experiencias latinoamericanas tiene resultados semejantes, se menciona: “Lo paradójico es que, aunque el instrumento contiene la variable, el dato no

Tabla 1. Percepciones de diversos actores sociales en el distrito del Carmen sobre la “pertenencia étnica” de los servicios de salud (Chincha 2012) – Perú

Preguntas de la observación	Respuestas general de los actores sociales
¿Qué es la pertenencia étnica?	“El término pertenencia recién se conoce” “Son temas nuevos..[.], es algo que aún no conocemos”. “Parece que es algo propio de la raza mestiza, que no debe ser influida por otras razas ..[.], estoy de acuerdo con la normativa, pero creo que todos somos iguales”. “No habido una buena capacitación..[.], en la capacitación me indicaron que llenara la hoja HIS con solo dos códigos: el 80 (mestizo) y 81 (afrodescendiente)”.
¿Cómo se solicita la pertenencia étnica?	“Nosotros ya los conocemos, no es necesario preguntar”. “A la vista se ve que es moreno, otros no lo son”. “Hay algunos que son cholos y mestizos, yo me doy cuenta quienes son porque soy de Ayacucho”.
¿Cómo se valora y reporta esta información?	“La información poco se utiliza..[.] es solo registrar”. “No nos han comunicado para que será”.
¿Personal de salud con mejor disposición para captar la información?	“El personal de salud con mayores años de trabajo en la zona, tiene un mayor conocimiento de la realidad y de las familias”. “Aquellos que recién llegan a trabajar, como el personal SERUM y contratados tienen mayor problema para conocer a las personas y realizar el registro de la pertenencia”.

se recoge de manera sistemática y muchas veces la identificación queda a criterio de quien registra, por tanto, los procesamiento existentes deben evaluarse cuidadosamente”.

El año 2007 el CENSI planteo por primera vez la realización de un censo complementario en la población del Bajo Urubamba – Cusco

(convenio INS – INEI), incluyendo pregunta de “pertenencia étnica”, los resultados de población fueron mayores al obtenido por el INEI (sin publicar). Semejante lo demuestra la experiencia de México (Censo - 2010) que al utilizar la pregunta del “habla y autoadscripción étnica” obtuvo como resultado una mayor población identificada con cada pueblo.

RESULTADOS

Tabla 2. Criterios generales para los procesos de inclusión de la “pertenencia étnica” de los pueblos indígenas y afroperuano en salud

PROCESO	CRITERIOS
Implementar derechos	Formalizar su implementación en el MINSA. Definir los procedimientos en el marco de los derechos de Igualdad, no discriminación, información y participación: (DD. HH.), Convenio 169 OIT (1995), DURBAN (2001), OMS (1948), DDPI (2007).
Definir objetivos, procesos, organización	Establecer definiciones operacionales claras (uso del criterio étnico para los pueblos indígenas (amazónico, altoandino y afroperuano). Considerar que los pueblos: amazónicos, altoandinos y afroperuanos tiene un proceso histórico distinto e influye en su pertenencia e identidad. Definir los objetivos y beneficios que los pueblos van alcanzar en su salud (no se trata solo del dato estadístico, definir cómo se va a utilizar la información). Formular guías técnicas para el proceso de inclusión de la pertenencia étnica, uso de la información, políticas y devolución de la información al medio local. Considerar que existen diferencias entre captación de pertenencia como una variable para un censo, con la captación que se realiza en los servicios de salud. Definir instancias formales de participación y coordinación (CENSI, estrategias nacionales, oficinas de estadística e informática, DGE - MINSA, organizaciones indígenas y afroperuana, Defensoría del Pueblo, MINCU, etc.).
Definir enfoque y abordaje intercultural	Definir una guía de pautas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de inclusión de la pertenencia étnica. Aplicar un diálogo horizontal en todo el proceso.
Formular investigaciones	Evaluar la experiencia realizada en el MINSA. Realizar estudios cualitativos sobre la captación de la pertenencia étnica desde el personal de salud y desde las poblaciones indígenas y afroperuanas. Los estudios deben servir de base a la elaboración de los planes de trabajo con participación de los pueblos indígenas y afroperuanos.
Definir el proceso de Diálogo intercultural	Incorporar en el CENSI y MINSA instancias y mecanismos de diálogo intercultural con los pueblos indígenas y afroperuano. Definir procedimiento de consulta (marco de la Ley 29785).
Formular presupuesto	Establecer un presupuesto anual para el proceso.
Definir perspectiva para el uso adecuado de la información	Abogar por la formulación del uso de la información de la pertenencia étnica - marco de la epidemiología intercultural que recomienda la DGE.

Elaboración propia (Roberto Quispe V– CENSI).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud – CELADE - División de Población de la CEPAL; Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FI) – 2007.
2. Plan Andino de Salud Intercultural - Resolución REMSAA XXVII / 432 - 2007.
3. Informe regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013.
4. Políticas públicas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina - Panorama social de América Latina - CEPAL 2007.
5. Del Popolo F. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina - CEPAL – OPS - 2008.
6. Oyarce A. Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural – 2006.
7. CELADE – UNICEF - Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes 2012.
8. Antón, Jhon y Fabiana del Popolo “Visibilidad estadística de la población afrodescendiente de América Latina: aspectos conceptuales y metodológicos”. Del reconocimiento estadístico a la realización de derechos, serie Población y desarrollo N.º 87, Chile, CEPAL -ONU-2009.
9. Anton J., Bello Á., Del Popolo F., Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos – CEPAL 2009.
10. Contribuciones de la CEPAL en asuntos de pueblos indígenas y afrodescendientes desde una perspectiva de derechos – CEPAL 31 de julio de 2013.
11. CELADE, OPS, UNFPA. Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud. 2013.