

I Foro de Salud Indígena: construcción y capilarización de la Agenda de Salud Indígena en los años 1990

Marcela Alves Abrunhosa (<https://orcid.org/0000-0002-3225-3542>)¹

Felipe Rangel de Souza Machado (<https://orcid.org/0000-0002-5028-8888>)²

Ana Lúcia de Moura Pontes (<https://orcid.org/0000-0001-9162-5345>)²

Ricardo Ventura Santos (<https://orcid.org/0000-0001-5071-443X>)²

Resumen Las conferencias nacionales de salud indígena han sido espacios de expresión de ideas y consolidación de propuestas. En 1993, meses antes de la 2ª Conferencia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CNSPI), tuvo lugar el llamado I Foro de Salud Indígena. A través de un enfoque metodológico de carácter histórico, este estudio buscó comprender el papel de ese Foro en la construcción de las políticas de salud indígena en la década de 1990. Se analizó un conjunto inédito de documentos depositados por el sanitarista István Varga en la biblioteca de la USP en formato de Dossier. El análisis nos llevó a comprender que existe un arco histórico que se inició en la 1ª Conferencia Nacional de Protección de la Salud Indígena (1986), pero con un fuerte anclaje en el 1º Foro, que desembocó en la 2ª CNSPI, cuyas estructuras argumentativas de sus propuestas se sustentaron en el refuerzo que diversas pre-conferencias dieron a las tesis del 1º Foro. Entre otros puntos, esas tesis tratan de la implementación de los Núcleos Interinstitucionales de Salud Indígena, de la posición jerárquica de la Coordinación de Salud Indígena en el Ministerio de Salud y de las relaciones entre FUNAI y FUNASA.

Palabras clave Salud de las Poblaciones Indígenas, Control Social, Participación Social, Conferencias de Salud

¹ Programa de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. abrunhos@gmail.com

² Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

La Constitución Brasileña de 1988 (CF88) allanó el camino para la realización de aspiraciones sociales que llevaban desde las décadas anteriores gestándose en la sociedad brasileña. La literatura indica la importancia de la CF88 para los derechos indígenas. Cardoso¹ subraya que, en el caso de la salud indígena, la Constitución de 1988 abrió espacio para el desarrollo de un subsistema diferenciado dedicado a atender a las poblaciones indígenas.

Así, los pueblos indígenas comenzaron a exigir que se institucionalizara en los servicios de salud el respeto a su diversidad sociocultural y lingüística. Además, se asumió la premisa de la participación activa de los indígenas en la gestión de la atención en salud².

Por otro lado, desde su institucionalización en 1999, el Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI-SUS) ha enfrentado muchos desafíos para responder a las demandas de las diversas realidades en las que viven estos pueblos, y se podría argumentar que ocupa un lugar periférico dentro del Sistema Único de Salud (SUS)³. La trayectoria de la actual política de salud indígena está marcada por las luchas sociales impulsadas por el movimiento social indígena, los indigenistas y el propio movimiento de salud, en una articulación producida a lo largo de las décadas de 1970 y 1980⁴. La colección Políticas Antes da Política de Saúde Indígena⁵ sistematiza, a partir de investigaciones históricas, los arreglos políticos y sociales que contribuyeron a la formulación y constitución de lo que hoy conocemos como SasiSUS.

Santos *et al.*⁶ señalan que, tras dos décadas de implementación, es fundamental reconocer los avances logrados por el SASI-SUS, tanto en términos de financiación como de ampliación de los servicios y garantía de la participación indígena en el control social. Por otro lado, estos autores señalan otros desafíos persistentes, como la baja calidad de los servicios prestados a nivel local, los retos de la formación de profesionales y la falta de saneamiento básico en las comunidades indígenas.

Analizar la historia detrás de esta política ayuda a comprender las contradicciones y disputas que fundaron el propio campo de la salud indígena. La construcción de una política de salud es un proceso conflictivo que involucra un conjunto de fuerzas divergentes³. La trayectoria de las políticas de salud indígena en Brasil ha estado marcada por tensiones, avances y retro-

cesos⁶. Entre los hitos y antecedentes recurrentemente analizados en salud indígena están la 1ª Conferencia Nacional de Protección de la Salud Indígena (CNPSI), en noviembre de 1986, y la 2ª Conferencia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CNSPI), en octubre de 1993. Sin embargo, sólo encontramos en Diehl⁷ un análisis de las repercusiones del I Foro de Salud Indígena realizado entre el 22 y el 26 de abril de 1993 – evento organizado por la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y la FUNAI –. Se echa de menos en la literatura un análisis más profundo del papel de este Foro en el desarrollo de la política de salud indígena y que, desde la perspectiva metodológica adoptada, contribuyó de manera fundamental a la consolidación de las principales tesis presentadas en el I CNPSI y a las propuestas del II CNSPI. Ni siquiera el Política Nacional de Atención de Salud para los Pueblos Indígenas (PNASPI) (2002) en la sección “antecedentes” menciona la existencia del I Foro.

Sobre un Dossier en la estantería de una biblioteca

En 2001, István Van Deursen Varga, actualmente profesor de la Universidad Federal de Maranhão, depositó en la Biblioteca de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP) un conjunto de documentos relevantes para comprender el contexto que precedió a la 2ª CNSPI. Estos documentos, denominados aquí “Dossier Varga”, están relacionados con el I Foro de Salud Indígena y a las conferencias preparatorias de la 2ª CNSPI. Además, Varga incluye en el Dossier un memorial en el que relata sus impresiones sobre este período. La colección había sido compilada a lo largo de 1993, época en la que Varga trabajaba en la Coordinación de Salud Indígena de la FUNASA (COSAI/FUNASA).

Hemos elegido la palabra “dossier” para subrayar que se trata de una colección de documentos relativos a un proceso histórico. El Dossier tiene 296 páginas y consta de 32 documentos, entre los que se incluyen materiales sobre conferencias de salud regionales y estatales, mociones e informes sobre las actividades de Varga. Desde que fue depositado hace aproximadamente dos décadas, el volumen no ha sido sacado en préstamo, hasta que en 2018 fue localizado por uno de los participantes en el proyecto de investigación “Salud de los Pueblos Indígenas en Brasil: Perspectivas Históricas, Socioculturales y Políticas” e incorporado al fondo documental de este proyecto y puesto a disposición en la Biblioteca

Virtual sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. Cabe destacar que el “Dossier Varga” fue organizado por una persona que, en la década de 1990, estuvo involucrada en las principales dinámicas relacionadas con las políticas públicas en el área de la salud de los pueblos indígenas y cuyo análisis potencialmente arroja luz sobre la comprensión del proceso de transformación de la salud indígena brasileña.

Varga es médico graduado por la entonces Escola Paulista de Medicina (EPM). En sus primeros años en la universidad, hizo su primer viaje a la región de Xingu, hecho que marcaría el inicio de su relación con los pueblos indígenas, según declaró en una entrevista. Trabajó en el Departamento de Salud del Estado de São Paulo y creó allí un grupo de trabajo sobre salud indígena. En 1993, Varga fue invitado a unirse a COSAI/FUNASA en Brasilia y fue el coordinador ejecutivo del I Foro Nacional de Salud Indígena y de la 2ª CNSPI.

La decisión de enviar el Dossier a la Biblioteca de la USP surgió después de que Varga fuera sorprendido – como él mismo señaló – en 2000 por la demanda de “una empleada del Departamento de Salud Indígena de la FUNASA de enviar esta documentación a Brasilia para elaborar una memoria de ambos eventos, como parte del trabajo de organización de la III Conferencia Nacional de Salud Indígena”⁸. Varga cuestionó el hecho de que la propia FUNASA no tuviera esos documentos, ya que también se enviaron copias a COSAI/FUNASA cuando se produjeron. “La persona que me transmitió esta solicitud afirmó que ya los había buscado en todos los archivos, sin éxito”⁸. Esa situación es ilustrativa de la falta de atención a la memoria institucional y a las políticas públicas y, si no fuera por las manos de un actor que tuvo la iniciativa de guardar una serie de documentos públicos, tendríamos menos elementos para conocer esa historia.

El objetivo de este artículo es comprender el papel del I Foro de Salud Indígena en la orientación de las políticas de salud para los pueblos indígenas en Brasil. El análisis buscó cotejar documentos del dossier con un conjunto de entrevistas que componen el acervo del proyecto “Salud de los Pueblos Indígenas en Brasil: Perspectivas Históricas, Socioculturales y Políticas” (dictamen CONEP n.º CAAE 61230416.6.0000.5240) con la literatura.

Desde el punto de vista metodológico, nos apoyamos en las formulaciones propuestas por Bourdieu⁹ para analizar las políticas, en particular la búsqueda de la comprensión de los intere-

ses específicos de los agentes sociales, sus prioridades e interacciones, y la identificación de las ideas y elementos argumentativos que están en la génesis de la política. La lectura de Bourdieu indica que:

*El concepto de agente no señala una acción humana libre de contingencias, ya que está influenciada por la ‘estructura estructurada’ del campo, por sus regularidades y lógicas, y por su sentido del juego. El agente es el que actúa y lucha dentro de un campo de intereses, teniendo en su acción principios e inculcaciones de esas lógicas que le son inmanentes, producidas en el encuentro entre las historias individuales de los agentes y la historia colectiva del campo*⁹ (p.29).

El enfoque bourdieusiano, de carácter sociohistórico, permite comprender las dinámicas que subyacen a los procesos de construcción de las políticas públicas. Así, desde esta perspectiva metodológica, la comprensión de la génesis de una política de salud no se restringe a la mera observación de quiénes fueron los agentes o a la descripción de la cronología de los hechos; de manera más amplia e integrada, implica, en particular, la comprensión de los intereses involucrados y de las circunstancias que hicieron posible su surgimiento en un contexto histórico específico⁹. “Esta aprehensión requiere analizar la estructura y dinámica de un espacio de relaciones entre agentes sociales [...] que comparten intereses respecto el objeto de la política”⁹ (p.22).

El análisis aquí realizado consideró los 32 documentos que componen el Dossier y utilizó la entrevista con el propio Varga como guía de la memoria histórica. Todo el proceso de reconstrucción histórica aquí presentado fue realizado en diálogo con autores clave en el campo de la salud indígena, como Cardoso¹, Langdon², Garnelo^{3,10}, Santos *et al.*⁶, Diehl⁷, Pontes¹¹ y Verani¹².

Década de 1990: Transiciones, contradicciones, tensiones

En 2002, se lanzó la PNASPI como parte integrante del SUS. Como señala Mendes *et al.*¹³, esta estrategia política se desarrolló bajo la premisa de que su implementación se realizaría en consonancia con los principios fundamentales del SUS, que destacan la descentralización de acciones y recursos, así como la promoción de los valores de universalidad, integralidad, equidad y participación social. En este contexto, la PNASPI también destaca la importancia de considerar de forma significativa las cuestiones relacionadas con la diversidad cultural, étnica, geográfica, epi-

demográfica, histórica y política de los pueblos indígenas.

La asunción de esa política, sin embargo, forma parte de un conjunto de profundas transformaciones dentro del Estado brasileño que se desencadenaron como resultado de la CF88. En primer lugar, cabe destacar que con la CF88 “se puso fin ‘legalmente’ al régimen tutelar”¹⁴ (p.440). “Antes de la reformulación de la Constitución brasileña en 1988, los pueblos indígenas estaban protegidos por el Estado. Privados de derechos, la trayectoria esperada era la asimilación progresiva por parte del resto de la población brasileña”¹⁰ (p.1). Scalco *et al.*¹⁵ destacan que el movimiento indígena consiguió que la Enmienda Popular promovida por la Unión de Naciones Indígenas (UNI) se incluyera en la Constitución.

El Capítulo VIII de la Constitución, titulado “De los Indios”, reconoce inequívocamente la condición de ciudadanos brasileños de los pueblos indígenas. La CF88 allanó el camino para la implementación de estrategias de políticas de salud dirigidas específicamente a estos grupos¹⁶ y también afirmó el derecho a la participación social como principio de la actuación del Estado.

A pesar de la construcción del artículo 196 de la Constitución Federal de 1988, el SUS no encontró el respaldo institucional y financiero suficiente para materialización de este dispositivo. La década de 1990 vio el fin del Instituto Nacional de Asistencia Médica del Seguro Social (INAMPS), el nacimiento de la descentralización, la transformación de la lógica de financiación de la salud y la creación de decenas de políticas públicas. Esta década fue la responsable de comenzar a cambiar la lógica del viejo modelo de atención, incluyendo las acciones de salud indígena. La erosión de ese modelo sacudió los cimientos de la propia FUNAI, que, según Santilli, era una “muerta viviente que seguirá rondando la política indigenista hasta que haya alternativas consistentes a ese modelo”¹⁷ (p.48).

Es importante destacar que, en el contexto de las profundas transformaciones de la salud indígena en la década de 1990, la idea de un distrito de salud indígena surgió desde la propia formulación de la reforma de salud, pero en oposición a la perspectiva predominante de municipalización de la salud¹¹. La transformación de ese modelo, sin embargo, ya se planteaba en la década de 1980, entre otros espacios, dentro de la propia FUNAI, que incluso realizó algunos eventos para formular directrices destinadas a reestructurar la atención a las comunidades indígenas⁴. En los relatos de esos eventos ya aparecían importantes

elementos argumentativos que pasarían a primer plano en años posteriores, como la década de 1990. Uno de ellos, por ejemplo, destacaba: 1) la participación indígena como base de la política; 2) la necesidad de reconocer las medicinas indígenas; 3) la defensa del acceso a todos los niveles de complejidad del sistema de salud; y 4) la cualificación de los agentes de salud en conocimientos antropológicos para trabajar en los territorios.

Sin embargo, el modelo de atención implementado por la FUNAI fue eminentemente campañista, curativo y privatista, en consonancia con los moldes que predominaron durante décadas en la actuación del Servicio de Protección al Indio (SPI)⁴ (p.149). Además, por principios constitucionales, por la aprobación de la Ley 8080/90 y por reivindicaciones de los propios movimientos indígenas, la gestión de la política de salud indígena debería necesariamente dejar de ser competencia de la FUNAI y pasar a formar parte de las acciones del Ministerio de Salud (MS). En este sentido, la Ley Arouca de 1999 expresa e institucionaliza un amplio entendimiento surgido del conflicto y de las contradicciones institucionales entre el Ministerio de Salud, a través de la FUNASA, y el Ministerio de Justicia, a través de la FUNAI, proceso conocido como la “larga reforma de la salud indígena”¹⁸. La creación de la PNASPI no debe ser entendida como un momento aislado en la línea de tiempo de la creación de políticas, sino teniendo en cuenta su profundidad en el tiempo, la complejidad de los actores sociales e institucionales involucrados, incluyendo el movimiento social y los vínculos con el movimiento de salud, entre otras dimensiones.

Tensiones FUNAI – FUNASA

La década de 1990 estuvo marcada por el conflicto entre FUNAI y FUNASA en torno a la salud indígena¹⁰. La FUNAI fue creada tras la abolición del SPI, en 1967, y la FUNASA como resultado de la fusión, en 1991, de la Fundación de Servicios de Salud Pública (FSESP) y la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM). La década de 1990 trajo una serie de transformaciones que colocaron a estas dos instituciones en una situación de conflicto y disputa sobre la operacionalización de la atención a la salud de los pueblos indígenas.

El embrollo se hizo especialmente evidente cuando se promulgó el Decreto 23, de 4 de febrero de 1991, que establecía las condiciones para la prestación de asistencia sanitaria a las poblaciones indígenas. Este decreto retiró a la FUNAI de

la cuestión sanitaria y la transfirió a la FUNASA, creando incluso una jerarquía entre ambas. Esta reglamentación duró tres años y fue sustituida por el Decreto 1.141, del 19 de mayo de 1994. Fue en el contexto del Decreto 23 que “se creó la Coordinación de Salud Indígena (COSAI) en el Ministerio de Salud, subordinada al Departamento Operativo (DEOPE), de la Fundación Nacional de Salud, con la tarea de implementar el nuevo modelo de atención a la salud indígena”¹⁹.

Como resultado de este conflicto, se fragmentó una forma ya frágil de atención a las poblaciones indígenas, remontándose al paradigma existente antes de la creación del SUS, en el que las responsabilidades asistenciales se delegaban a la FUNAI, mientras que las medidas preventivas eran responsabilidad del Ministerio de Salud¹⁸. Además, en uno de los extractos del informe del Foro, queda claro el contexto del Decreto 23 y las repercusiones para la organización de la política de salud indígena.

*Esto llevó a un estrangulamiento casi total de los canales burocráticos y operativos que debían llevar la atención sanitaria a los pueblos. Hoy es imposible calcular las consecuencias reales de esta situación, pero es fácil constatar las innumerables muertes y la desaparición física de las comunidades indígenas*⁸.

La fluctuación de responsabilidades, la falta de diálogo y planificación y las diferencias en la capacidad de actuación entre FUNASA y FUNAI, sumadas a la falta de recursos, llevaron a un escenario de coordinación aún más frágil en las iniciativas de salud indígena⁷. De hecho, este conflicto ha marcado fuertemente la trayectoria de esta área en Brasil. Entre 1990 y 1999, se intensificaron las tensiones entre las dos organizaciones, que culminaron con la revocación del Decreto 23 y la posterior aprobación del Decreto 1.141. Este último acto devolvió a la FUNAI la responsabilidad sobre la salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, a continuación, otro documento gubernamental (Resolución Normativa 001/1994) mantuvo la relación entre el Ministerio de Salud y la salud indígena, confirmando su responsabilidad en la ejecución de medidas preventivas en las comunidades³.

El trabajo de la FUNAI se caracterizó por el carácter de emergencia de sus intervenciones, generalmente marcadas por acciones puntuales y aisladas, impregnadas de un sesgo “catastrofista”¹². Además, la FUNAI se enfrentaba a una asignación presupuestaria que reflejaba el escaso

estímulo social dirigido a los pueblos indígenas, especialmente tras su incorporación al Ministerio de Justicia, donde no se consideraba una de las áreas prioritarias.

Además de la falta de prestigio generalizada, Santilli argumenta que la institución tenía problemas en cuanto a su capacidad técnica para proponer un presupuesto: “Ni Dios aprobaría el proyecto de presupuesto de la FUNAI si lo analizara un segundo [...] De ahí se puede tener una idea de la credibilidad de la institución en las altas esferas del gobierno”¹⁷ (p.40).

Verani¹² señala que la transferencia de la responsabilidad de la salud indígena al Ministerio de Salud, incluso en un contexto de descrédito, supuso una considerable inyección de recursos y capacidades técnicas y humanas. Esto se debió al compromiso de recursos del Ministerio de Salud y a la financiación de organizaciones internacionales.

La disputa entre la FUNAI y la FUNASA se prolongó hasta finales de la década de 1990, y sólo terminó con la promulgación de la Ley Arouca (9.836), en 1999. Es importante retomar el argumento desarrollado en la sección anterior y comprender que el conflicto en cuestión se convirtió en un elemento central en el desarrollo de la naciente política de salud indígena¹¹. Fue dentro de este conflicto que se movilizaron los actores comprometidos con la transformación del campo y en el que se desarrollaron las principales ideas y argumentos que se difundieron a lo largo de la década. Este fue el “espacio de los posibles”⁹ desde donde, en gran medida, surgió la política de salud indígena.

Fue en ese contexto conflictivo que la nueva coordinación de la COSAI organizó el I Foro Nacional de Salud Indígena, en 1993. Para Varga, el contexto de intensa disputa entre FUNASA y FUNAI es la “principal causa del inmovilismo, duplicación de acciones y desperdicio de recursos, y de la siempre generalizada grave situación de salud de los pueblos indígenas del país”, en la que “el indio ha sido el gran perjudicado”⁸. Así, el objetivo declarado del Foro fue “establecer un plan de cooperación entre FUNASA y FUNAI en el campo de la salud indígena, y definir las directrices para el plan de acción del nuevo equipo de COSAI”. De esta forma, el Foro pretendía establecer un plan de colaboración entre FUNASA y FUNAI, así como delinear las directrices a ser adoptadas para el plan de acción del recién instalado equipo de la COSAI, que inició sus actividades en marzo de 1993.

El I Foro de Salud Indígena

Entendemos que el I Foro de Salud Indígena, cuya estructura y funcionamiento serán discutidos más adelante, puede ser interpretado como un intento de construir un espacio de mediación (especialmente de conflictos) entre una política pública en erosión (la de la FUNAI) y otra en emergencia (la salud indígena como subsistema del SUS, entonces a cargo de la FUNASA).

Cabe destacar que la 1ª CNPSI, de 1986, ya había exigido en su informe final tanto la participación indígena en todas las instancias de decisión como la creación de un organismo vinculado al Ministerio de Salud destinado a integrar el sistema específico de salud indígena al sistema nacional. Fueron precisamente estos dos puntos centrales los que orientaron la acción política de los nuevos coordinadores de la COSAI. El propio Arouca reconoció que “el objetivo de la 1ª CNPSI fue contribuir a la perspectiva indígena en la reforma de salud, lo que muestra la estrecha articulación entre esta reforma y los debates sobre una nueva política de salud para los pueblos indígenas”²⁰ (p.5). La 2ª CNSPI tuvo lugar 7 años después de la 1ª y buscó definir los principios y directrices del llamado “Modelo de Atención Diferenciada en Salud Indígena”.

De este modo, puede decirse que el informe de la 1ª CNPSI se centra en lo que se conoce como “principios doctrinales”, esbozando los fundamentos que sustentarían las perspectivas futuras de la prestación de asistencia sanitaria a las poblaciones indígenas. En contrapartida, el informe de la 2ª CNSPI contiene formulaciones estratégicas destinadas a poner en práctica esta propuesta de sistema de salud. Cabe señalar que la 1ª CNPSI también pedía que la gestión de la atención de la salud indígena estuviera vinculada al Ministerio de Salud¹³.

Entre una conferencia y otra se realizaron tanto el Primer Foro de Salud Indígena como diversas conferencias regionales y estatales preparatorias para la 2ª CNSPI. El hecho es que “en materia de salud indígena, los marcos jurídicos avanzaron poco durante los años 1980-1990 y los foros de participación específicos para los actores de la sociedad indígena se limitaron a las dos conferencias”²⁷ (p.336).

El Foro se convocó acto seguido al nombramiento de Varga como miembro de la COSAI. En su presentación del informe del Foro, explica que la idea de un Foro había surgido durante el IV Curso de Antropología Médica en la EPM, en 1992, después de la promulgación del Decre-

to 23. Al final de aquel evento, los participantes enviaron una solicitud urgente a FUNASA, esbozando lo que sería el futuro Foro. Al final de aquel evento, los participantes enviaron una solicitud urgente a FUNASA esbozando lo que sería el futuro Foro. Varga, que formaba parte de la coordinación de salud indígena de la Secretaría de Estado de São Paulo, se articuló con el grupo de salud indígena de la EPM y se hizo responsable de la organización del Foro un año después de la solicitud. En un mes, por tanto, el equipo que coordinaba planificó, organizó, invitó y llevó a cabo la actividad. Varga esperaba que el Foro se convirtiera en un órgano cualificado, permanente, amplio y ágil, capaz de movilizar a los actores e influir directamente en la orientación de las políticas.

En esta investigación, no fue posible encontrar información precisa sobre cuántas personas participaron en el evento del I Foro, pero identificamos 102 firmas en la lista de asistencia del Dossier. La financiación del evento tampoco está clara, pero la documentación muestra que los gastos de alojamiento, manutención y transporte fueron cubiertos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), sobre todo porque, como veremos más adelante, la FUNASA no se esforzó en la realización del evento. En la convocatoria del foro se pedía a las “instituciones y organizaciones interesadas en participar” que “colaboren sufragando, en la medida de lo posible, sus propios gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención”²¹ (p.6).

En su memorial adjunto al Dossier, Varga insiste en la idea de superar las disputas que marcaron la década de 1990 en el ámbito de la salud indígena:

El I Foro tuvo como objetivo establecer e indicar, en un espacio público ampliado, el diagnóstico y las soluciones a los principales problemas políticos y operativos de la salud indígena, y contribuir a la superación de las disputas entre FUNAI y FUNASA, a través de una discusión democrática que involucrara a representantes indígenas y funcionarios de todos los niveles de ambas instituciones, sobre sus respectivas atribuciones específicas en el campo de la salud indígena, con vistas a una real cooperación interinstitucional⁸.

La evaluación final contenida en el documento del Primer Foro menciona los avances y trata de valorizar las iniciativas del equipo de la COSAI:

Con una representación masiva de administradores y empleados de la FUNAI, organizaciones gubernamentales y la participación de diversos

*representantes indígenas, el Primer Foro tuvo un éxito relativo en la consecución de prácticamente todos los objetivos y metas que se propuso*⁸.

Pero a pesar de la percepción de éxito indicada en las actas, el propio documento señala importantes dificultades que pueden considerarse, en gran medida, marcas de la historia de la salud indígena. En primer lugar, la “ausencia de interlocutores calificados [...] del nivel central de la FUNASA [...] con poder de deliberación para responder a las cuestiones, solicitudes y derivaciones del Foro” y la “ausencia de la gran mayoría de los Coordinadores Regionales de la FUNASA”. En segundo lugar, el documento reconoce la “insuficiente representación indígena”. También se menciona el escaso tiempo para organizar el evento y la dificultad de identificar el “poder de representación y los criterios de participación de las numerosas organizaciones indígenas del país”. Se enfatiza la necesidad de “definir criterios y metodologías para asegurar y estimular la participación indígena en el proceso de organización del II Foro, a realizarse en 1994”. Por último, se reconoce la falta de recursos financieros para organizar el evento. Es importante destacar que al final del documento de presentación del informe, firmado por Varga, se llama la atención sobre el hecho de que no hubo fondos ni siquiera para divulgar el informe final. Varga destacó que la distribución del material final del Foro “sólo fue posible gracias a las contribuciones de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (reproducción xerográfica y encuadernación) (donde Varga había trabajado) y de la Organización Panamericana de la Salud (envío)”.

A pesar de todos estos obstáculos, como resultado del Foro se publicaron dos ordenanzas. La Ordenanza 540, que definió la implementación de los Núcleos Interinstitucionales de Salud Indígena (NISI); y la 541, que designó a representantes del Departamento de Operaciones, la Procuraduría General, la Auditoría General, la Oficina de Planificación Estratégica y el Departamento de Administración de la FUNASA, para trabajar junto con la FUNAI y los representantes electos del I Foro para discutir formas de aplicar recursos a la salud indígena.

Según Varga, la organización y la operacionalización tanto del I Foro como de la 2ª CNSPI “molestaron los intereses corporativistas de los funcionarios de la FUNASA y FUNAI”, de modo que la FUNASA no envió a los coordinadores y directores que tenían “informaciones vitales sobre los recursos financieros disponibles para la salud indígena”, lo que imposibilitó una discusión

más profunda sobre este tema en el I Foro⁸. Cabe señalar que, a pesar de la propuesta inicial del equipo de la COSAI de realizar este Foro anual, esto no sucedió. Se observa que, aunque hubo una intención inicial de crear un espacio de mediación, esta posibilidad se encontró con una fuerte resistencia debido a las intensas disputas que tenían lugar en aquel momento.

*Hemos optado aquí por el término ‘sabotaje’, por ser más apropiado en este caso que el de ‘boicot’, por ejemplo, ya que, como se verá más adelante, las diversas acciones desarrolladas por los entonces directivos de la FUNASA para hacer inviables estos eventos [I Foro y 2ª CNSPI] se llevaron a cabo de forma encubierta, mientras que la institución mostraba oficial y públicamente que apoyaba ampliamente su organización*⁸.

El Informe del I Foro es muy breve (5 páginas) y se centra en la estructuración de un plan de trabajo destinado a demarcar las relaciones y acciones de salud indígena. Está estructurado en forma de 4 ejes de acción, 1 moción, 2 recomendaciones y los 4 informes (de unas 5 páginas cada uno) de los grupos de trabajo realizados durante el Foro y divididos en Macrorregionales, que contienen diagnósticos y propuestas específicas para cada región.

El primer eje (“División de Atribuciones MS/FUNASA - MJ/FUNAI”) busca determinar (palabra utilizada en el informe) las líneas de acción de estas instituciones. En primer lugar, el informe sugiere que cualquier acción en el área de la salud indígena debe apoyarse en las instancias de participación social en salud indígena. A continuación, el informe enfatiza la necesidad de promover la capacitación técnica de los trabajadores que actúan en salud indígena, tanto profesionales de la salud como técnicos del área de cooperación y ONG (uno de los informes de las preconferencias destaca el tema de la ética en esta capacitación). También sugiere la contratación e incorporación de los agentes indígenas de salud al personal del SUS.

El eje “Medidas estructurales” demanda que la Coordinación de Salud Indígena se vincule directamente al Gabinete del Ministro de Sanidad (como proponía la 1ª CNPSI).

El eje “Estrategias Políticas y Modelo Organizacional” propone la creación de Núcleos Interinstitucionales de Salud Indígena (NISI) en los estados de la Federación, “con composición paritaria entre usuarios y prestadores de servicios”. La idea es que los NISI sean instancias estratégicas en la implementación de los diversos Distritos Especiales de Salud Indígena. Diehl⁷ destaca

que los NISI fueron concebidos originalmente como elementos estratégicos para hacer viable la implementación de los distritos sanitarios. Posteriormente, los NISI jugarían el papel de órganos de enlace a nivel regional entre los diversos distritos, dándoles así la designación de precursores de los Consejos Indígenas de Salud locales y distritales. La propuesta de los NISI se incorporó a la 2ª CNPSI, pero acabó por no implantarse a nivel nacional, sino sólo en algunos estados, como São Paulo y Roraima.

El último eje (“Medidas para Implementar un Plan de Trabajo Conjunto”) presenta el nombre de los representantes elegidos para “elaborar un consolidado de problemas y soluciones por macrorregión”⁸ (MR) y acompañar el desarrollo de los trabajos de la comisión que será designada por la FUNASA y FUNAI. Esta comisión tendría la tarea de “normatizar la aplicación de los recursos disponibles para la salud indígena, de acuerdo con las directrices establecidas por los foros competentes”⁸.

Por la MR Amazonas, fueron elegidos Marcos Pellegrini y Elimilton Correia de Alencar. Por la MR Nordeste, Cláudio Luiz Santana y Petrônio Cavalcante Filho. Por la MR Centro-Oeste, José Fabio de Oliveira y Juraci Coelho de Oliveira. Por la MR Sursureste, Angela Maria Bastos y Lúcio Flávio Coelho. También fueron elegidos cuatro representantes indígenas: Euclides Macuxi, Maiowê Kayabi, Pedro Salles y João Saterê.

La moción aprobada en el informe recomienda “revisar los decretos presidenciales que suprimieron la gestión de la FUNAI de los asuntos agrícolas, la educación y la inspección medioambiental” en vista de la capacidad y el conocimiento técnico de la agencia.

Por último, el informe hace dos recomendaciones. La primera pedía que la COSAI se convirtiera en un departamento del Ministerio de Salud. La segunda recomendación orientaba a que la II Conferencia hiciera propuestas para reglamentar el Decreto 23.

Los informes de las MR presentan una consolidación de los problemas y soluciones específicas de cada región. Sin embargo, a pesar de que los informes señalan algunas especificidades, en general reprodujeron la agenda del I Foro, con la implementación de los NISI como solución estándar y la posición jerárquica de COSAI en el Ministerio de Salud, las relaciones entre FUNAI y FUNASA y la necesidad de reglamentar el Decreto 23 como temas centrales. La cuestión de la invasión de tierras y la necesidad de demarcación, la falta de recursos para la salud indígena

y la necesidad de contratar profesionales fueron temas abordados de forma transversal en estos documentos.

Entendemos que los informes de las MR pueden ser vistos como el fruto de una estrategia de capilarización de las agendas centrales de la coordinación de la COSAI, expresadas en el informe del I Foro. Esta estrategia fue central para proponer estrategias para enfrentar la devastadora situación que se venía desarrollando en la salud indígena en el país.

En los meses siguientes al I Foro (de mayo a octubre de 1993), se celebraron varias conferencias estatales para preparar la 2ª CNSPI. También integran el Dossier varios informes de estas conferencias. El análisis de este material muestra que las Conferencias Estatales sirvieron de caja de resonancia de las ideas del I Foro.

Por último, en un intento de arrojar luz sobre las disputas presentes en la génesis de la política⁹ y como ilustración del nivel de tensión instalado, destacamos un episodio relatado por Varga que tuvo lugar durante la sesión plenaria final del I Foro. Había dos propuestas con caminos para ser adoptados con relación al Decreto 23: uno llamado “Revisión”, defendido por funcionarios de la FUNAI, y otro llamado “reglamentación”, defendido por funcionarios de la FUNASA. En la plenaria había espacio para que una persona defendiera cada propuesta. Según Varga, “en una maniobra oportunista y desleal” un funcionario de la FUNASA pidió la palabra para defender la propuesta de “Revisión”, pero acabó defendiendo la propuesta contraria. Aun según él, “se produjo un caos en la sesión plenaria” y la propuesta de “Reglamento” fue efectivamente aprobada.

Consideraciones finales

La contextualización de los documentos del Dossier Varga nos remonta a las disputas y debates que prevalecieron en la salud indígena en la década de 1990. Nos llevan a comprender que existe un arco histórico que se inició con la 1ª CNPSI, pero con un fuerte anclaje en el I Foro, que culminó en la 2ª CNSPI, cuyas estructuras argumentativas de sus propuestas se sustentaron en el refuerzo que las Conferencias Estatales dieron a las tesis del I Foro. Por lo tanto, es importante destacar que la 1ª y 2ª Conferencia de Salud Indígena no son momentos estancos de cumplimiento burocrático. Por el contrario, son eventos estrechamente conectados, separados sólo por el tiempo, cuya trama se ha ido tejiendo a lo largo

de los años (con el I Foro y las Preconferencias). Diehl⁷ también señala que algunas de las estrategias políticas y modelos organizativos propuestos por el I Foro se reforzaron mediante reglamentos específicos y se ratificaron durante la 2ª CNSPI.

Nos parece que lo que separa y distingue cualitativamente la I Conferencia (1986) y la 2ª CNSPI (1993) es precisamente la distancia histórica y política entre las experiencias del momento inicial de configuración de un movimiento indígena en Brasil, protagonizado por una “vanguardia”, un número más restringido de líderes, y la de su expansión y conquistas, después de 7 años de luchas y aprendizajes, con la participación directa mucho más masiva de las comunidades indígenas⁸.

La concreción de la idea de paridad entre indígenas y no indígenas en las instancias de participación social, conforme a la reivindicación de la 1ª CNSPI, es una marca de este arco histórico. Al fin y al cabo, se trataba de un intento de superar la idea de tutela, abolida con la Constitución Federal de 1988. Cabe destacar que el propio Varga, en una entrevista concedida al proyecto, reconoció que la FUNASA tuvo “muchas dificultades para trabajar en esta cuestión del Control Social”. El pleno final del I Foro ya había elegido una co-

misión mixta de trabajo que se convertiría en el “núcleo político del Comité Organizador de la 2ª CNSPI”⁸. Desde el I Foro, la idea de la paridad en la representación ha estado presente en las más diversas instancias y momentos de la discusión institucional, siendo el motor de preconferencias municipales, estatales, macrorregionales y nacionales, incluyendo la composición de la CNSPI y de los Consejos Distritales de Salud Indígena.

La centralidad de la participación indígena llegó a ser tan destacada que el propio nombre de la Conferencia de Salud fue cambiado a petición de Pedro Sales, líder del pueblo Kaingang, según relata Varga en el Dossier. Así, la segunda conferencia pasó a llamarse Conferencia Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. En lugar del término genérico y homogeneizador “indio”, se utilizó la expresión “pueblos indígenas”, que, según se argumenta, “explicita y resalta toda esta pluralidad y sus colectivos”. La expresión “protección de la salud”, que aludía al “carácter paternalista y asistencialista de la tutela”, fue sustituida por el término “salud”. El pronombre “de” se sustituyó por la preposición “para”, “ya que la iniciativa de convocar y promover la 2ª CNSPI no partió de los indios, sino del Ministerio de Salud”.

Colaboradores

MA Abrunhosa trabajó en la concepción, diseño, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión final. FRS Machado trabajó en la concepción, diseño, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión final. ANM Pontes trabajó en la concepción, diseño y revisión final. RV Santos trabajó en la concepción, diseño y revisión final.

Financiación

Agradecemos al CNPq por la beca de doctorado y el financiamiento del Wellcome Trust (proyecto n° 203486/Z/16/Z).

Referencias

1. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015. p. 83-106.
2. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004. p. 33-51.
3. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 107-142.
4. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 8):146-159.
5. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021.
6. Santos RV, Welch JR, Pontes AL, Garnelo L, Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA. Health of Indigenous peoples in Brazil: Inequities and the uneven trajectory of public policies. In: *Oxford Research Encyclopedias of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 1-33.
7. Diehl EE. Participação no contexto pré-subsistema de atenção à saúde indígena: a perspectiva das vozes indígenas. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021. p. 335-374.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Coletânea de Documentos sobre Saúde Indígena no Brasil*. São Paulo: Biblioteca da USP; 2001.
9. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Espiridião MA, Barros SG, Souza JC. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 15-40.
10. 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 JA, organizadores. *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. p. 133-162.
11. Pontes ALM. Debates e embates entre reforma sanitária e indigenismo na criação do subsistema de saúde indígena e do modelo de distritalização. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021. p. 205-229.
12. Verani C. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi* 1999; 15(2):171-192.
13. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e184.
14. Lima ACS. Sobre Tutela e Participação: Povos Indígenas e Formas de Governo no Brasil, Séculos XX/XXI. *Mana* 2015; 21(2):425-457.
15. Scalco N, Nunes JA, Louvison M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. *Saude Soc* 2020; 29(3):e200400.
16. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV. Apresentação. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021.
17. Ricardo CA, editor. *Povos Indígenas no Brasil: 1991-1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 1996.
18. Machado FRS, Garnelo L. A longa reforma sanitária indígena. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021. p. 277-307.
19. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS; 2002.
20. Abrunhosa MA, Machado FRS, Pontes ALM. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saude Soc* 2020; 29(3):e200584.
21. Conselho Indigenista Missionário (CIMI). *I Fórum Nacional de Saúde Indígena. Documento Final*. Brasília: Biblioteca do Conselho Indigenista Missionário; 1993.

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 26/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva