

“Desde el suelo de los territorios”: una entrevista con Weibe Tapeba, secretario de Salud Indígena del Ministerio de Salud

Ricardo Weibe Tapeba (<https://orcid.org/0009-0004-1176-4273>)¹

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

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

Diádiney Helena de Almeida (<https://orcid.org/0000-0002-7151-0564>)³

Luiza Garnelo (<https://orcid.org/0000-0003-0263-7286>)⁴

Resumen Weibe Tapeba, secretario de Salud Indígena del Ministerio de Salud en el Gobierno de Lula, aborda en esta entrevista el proceso de reorganización de la Secretaría de Salud Indígena (SESAI) y el protagonismo indígena en la nueva gestión. Entre los puntos destacados por el entrevistado están la evaluación del panorama de la salud indígena en el contexto político actual del Ministerio de Salud, los diálogos con las organizaciones del movimiento indígena y la articulación con instituciones de investigación y enseñanza. La entrevista subraya la importancia de la elaboración de estrategias para la reestructuración de la SESAI y el perfeccionamiento de la política pública de salud indígena, involucrando una amplia articulación entre planificación, gestión, financiamiento y la participación social indígena con Control Social. El secretario enfatiza la necesidad de cooperación política en el ámbito del gobierno federal para promover el desarrollo de una política de “atención integral en los territorios indígenas”, defendiendo que la concepción de atención primaria de salud debe ampliarse para garantizar que los principios del SUS se apliquen efectivamente a los pueblos indígenas en Brasil.

Palabras clave Movimientos sociales, Pueblos indígenas, Salud indígena

¹ Secretaria de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1.480, sala 618, Manguinhos. 21040-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. analupontes64@gmail.com

³ Departamento de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus BA Brasil.

⁴ Instituto Leônidas & Maria Deane – Fiocruz Amazônia. Manaus AM Brasil.

Ricardo Weibe Nascimento Costa, nacido el 8 de junio de 1983, pertenece al pueblo Tapeba, que habita la Tierra Indígena Tapeba en el estado de Ceará, Brasil. Es licenciado en Derecho e inició su activismo en el campo de los derechos indígenas desde muy joven, en el ámbito de la Educación Escolar Indígena, trabajando en varios frentes en las luchas por la educación diferenciada, la demarcación del territorio y la salud indígena. Es concejal del municipio de Caucaia, Ceará, desde 2016. Tiene amplia experiencia en el área de Control Social y ha trabajado como asesor jurídico de diversas organizaciones indígenas. Actualmente ocupa el cargo de secretario de Salud Indígena en el Ministerio de Salud.

Háblenos de su formación, su trabajo en el movimiento indígena y su relación con la salud indígena.

Mis padres y abuelos son líderes indígenas históricos del pueblo Tapeba y desde muy joven acompañé los espacios de los encuentros, asambleas, ocupaciones y retomas. Crecí dentro del movimiento indígena. A los 14 años, asumí un papel estratégico en la comunidad ayudando a mi tía, la profesora Sinhá, una de las pioneras de la educación escolar indígena en Ceará, que puso en marcha un proyecto de educación diferenciada en una escuela que funcionaba debajo de un anacardo. Cuando tenía 17 años, me contrataron en el marco del primer convenio entre la SEDUC [Departamento de Educación de Ceará] y la Asociación de Comunidades Indígenas Tapeba de Caucaia. Fui coordinador y director de escuela, fundé la Asociación de Profesores Indígenas de Tapeba y después la Organización de Profesores Indígenas de Ceará. Durante diez años formé parte de un órgano de control social, la Comisión Nacional de Educación Escolar Indígena, vinculada al Ministerio de Educación. Posteriormente, en 2006, fui nombrado relator de la Subcomisión de Tierra y Territorio en la Comisión Nacional de Política Indigenista, antes CNPI, que dio lugar al Consejo Nacional de Política Indigenista. Entre 2006 y 2010 fui asesor regional de la Coordinación Regional Nordeste II de la FUNAI [Fundación Nacional para los Pueblos Indígenas], que incluye Piauí, Rio Grande do Norte y Ceará. En mi último año como coordinador, en 2010, fui coordinador regional sustituto, cuando adquirí experiencia en una gestión más amplia en la región. También en 2010, fui prácticamente “empujado” a estudiar Derecho tras ser engañado por un fiscal de la FUNAI en Brasilia en un caso en el que nuestra demarcación había sido anulada

por una decisión del Tribunal Superior de Justicia. Trabajé para la Red Nacional de Abogados Indígenas, asesoré a la Articulación de Pueblos Indígenas de Brasil [APIB] y a APOINME [Articulación de Pueblos y Organizaciones Indígenas del Nordeste, Minas Gerais y Espírito Santo]. En el ámbito de la salud, he formado parte de los órganos de Control Social del Estado, del Consejo Local de Salud y del Consejo de Distrito. Mi madre es una agente indígena de salud, mi padre es miembro del grupo histórico que ha estado luchando por la política de salud y ha estado trabajando en esta área de Control Social desde los tiempos de FUNASA [Fundación Nacional de Salud]. Me considero un militante del movimiento indígena que trabaja en varias vertientes.

¿Cuál fue el escenario que llevó a su nominación y nombramiento como Secretario de Salud Indígena en el actual gobierno de Lula?

El entonces precandidato a la presidencia de la República, Luiz Inácio Lula da Silva, estuvo en el Campamento Tierra Libre [ATL] en 2022 y, por indicación de la APIB y APOINME, le dije que el movimiento indígena brasileño estaba interesado en garantizar su reelección, pero que “queríamos ayudar a gobernar este país”¹. Tras las elecciones, el presidente Lula se comprometió a crear el Ministerio de Pueblos Indígenas [MPI]. Durante este período, dejé el Ayuntamiento de Caucaia, donde había sido concejal desde 2016, para unirme al grupo de trabajo de transición del gobierno. En ese momento, formé parte de la triple lista de la APIB, junto con Joênia Wapichana y Sônia Guajajara, para asumir el MPI. Las organizaciones indígenas querían llegar de manera consensual y ayudar al proyecto de gobierno del presidente Lula. Así que, como miembro del Partido de los Trabajadores (PT), fui el primero en echarme atrás y me invitaron inicialmente a asumir la FUNAI o la SESAI. Fue junto con la APIB y las organizaciones regionales cuando acordamos la idea de formar parte del gobierno y cuando la ministra de Sanidad, Nísia Trindade, me invitó. No acepté inmediatamente porque necesitaba volver, hablar con [el gobernador] Elmano del PT, con mi familia, con los líderes de mi pueblo, con el movimiento de Ceará y hacer una composición con APOINME. Sólo entonces acepté la invitación de la ministra, planteando inicialmente dos puntos que para mí eran fundamentales². El primer fue restablecer el presupuesto de la SESAI. El presidente Bolsonaro había presentado una propuesta presupuestaria para recortar el presupuesto en un 59%, lo que prácticamente acabaría con

la política de salud indígena. Así, conseguimos, aun durante la transición, dos suplementos presupuestarios por un total de más de 500 millones de reales para garantizar el mantenimiento de los contratos hasta finales de año. Y el otro punto, también una cuestión personal, fue que, a principios de 2022, hubo una discusión en Brasilia que indicaba que se impediría a SESAI realizar inversiones en áreas [indígenas] no ratificadas, lo que violaba directamente los derechos de las comunidades indígenas. Cuando recibí la invitación, fue para mostrar que era posible hacer las cosas de otra manera y, en mi primer día en el cargo, dejé sin efecto esa decisión.

¿Qué significa y cómo valora el impacto de tener a alguien del movimiento indígena al frente de la SESAI?

Es la demarcación de una política enfocada en el suelo de los territorios indígenas, alineada con los intereses reales de los usuarios, empoderando a los indígenas para dirigir la Secretaría. Estamos viviendo un momento de protagonismo indígena aquí en nuestro país y ese es el primer punto. El segundo es que existe la visión de que sólo una persona vinculada al área de salud podría trabajar en la SESAI, o en cualquier otra secretaría del Ministerio de Salud. Si en el gobierno pasado el nivel central y los 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) fueron entregados a militares sin conocimiento ni compromiso con la causa indígena, ¿por qué ahora se cuestiona a una persona que viene del suelo del territorio, cuya madre es trabajadora de salud indígena, y que ha vivido y vive los mismos problemas? Tengo dos hernias discales por cargar cargas de agua durante 8 o 9 kilómetros. Así que sé lo que es tener dificultades para acceder al agua potable y conozco desde dentro los problemas de lo que ocurre en nuestros territorios. Puedo decir con tranquilidad que, de todas las secretarías del Ministerio de Salud, la SESAI fue la más afectada por la intervención militar en el gobierno de Bolsonaro. Ha habido un caos absoluto en el área de la salud. Hay muchos entresijos en la regulación de los municipios y estados, lo que está vinculado a un rencor de mucho prejuicio. Durante la última gestión, a la APIB y a sus organizaciones regionales se les impidió participar en las reuniones del Foro de Presidentes [de los Consejos de Salud Indígena Distritales] (FPCondisi), un órgano que se aparató con representación indígena para legitimar los actos que se aprobaban. Así que estamos tratando de ir a contracorriente de la destrucción que ocurrió antes: fortaleciendo el

Control Social; dando autonomía al FPCondisi, incluyendo a la APIB y sus organizaciones regionales; y orientando a los Consejos Distritales para garantizar una participación más efectiva en la creación del PDSI [Plan Distrital de Salud Indígena].

Considerando su experiencia en el “suelo del territorio”, ¿cuál fue, en un primer momento, el principal desafío como gestor que dialoga con el movimiento indígena desde el Ministerio de Salud?

La primera estrategia que utilizamos fue acoger a todo el mundo. Es importante dialogar con la gente, los líderes, los tuxaua, los jefes y las organizaciones indígenas. Había una orientación política previa de no dialogar con el movimiento indígena. Por eso, en los primeros meses, recibimos líderes día y noche porque había una gran expectativa de cambio inmediato. Buscamos una gestión compartida con los intereses de las propias poblaciones indígenas, yendo a los territorios siempre que era posible para establecer compromisos.

Tras un año en el cargo, que empezó en 2023, ¿qué puede decir de los avances y los retos?

Hicimos un diagnóstico que ha orientado la gestión para pensar en la superación de problemas de larga data. El suero antiofídico es un buen ejemplo de un ítem comprado por el Ministerio de Salud que no llegaba a la SESAI. Después de un debate interno, esos insumos están empezando a llegar a la Polos base [subdivisión territorial de los DSEI - Distrito Sanitario Especial Indígena] en nuestros territorios, los equipos están siendo capacitados y toda la red está siendo reestructurada para que nadie más muera por el ataque de un animal venenoso. Nuestras unidades necesitan más estructura y nuestra atención debe ser más eficaz. Hay un modelo de atención primaria que debe mejorarse y tenemos intención de debatirlo. La segunda estrategia fue reconocer que existen enormes pasivos en la estructuración de nuestras unidades de salud. Estamos hablando de las condiciones de trabajo de nuestros profesionales y de la atención a nuestros usuarios. Sólo en el 20% de los más de 700 territorios vigilados por nuestros equipos de salud hay saneamiento y algún tipo de solución de agua potable. Hay lagunas asistenciales, equipos incompletos y atención precaria en muchos territorios. Y nuestro presupuesto no ha estado a la altura de esta demanda, lo que constituye uno de nuestros principales retos. Hay retos de gestión y planificación, y las

garantías presupuestarias son fundamentales. En 2023 propusimos un aumento en nuestra LOA [Ley Anual de Presupuestos] y se aprobaron 900 millones más. Creo que aún no es suficiente y por eso buscamos nuevas fuentes de financiación. En el debate con la Casa Civil, conseguimos incluir por primera vez la salud indígena en el Plan de Aceleración de Crecimiento [PAC]. También dialogamos con FIOCRUZ sobre proyectos con el BNDES [Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social]. Con el Fondo Amazonía hay un campo favorable para financiar, por primera vez, proyectos en el área de infraestructura. El Ministerio de Salud tiene un programa llamado Proadi-SUS [Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del Sistema Único de Salud] que opera en la lógica de una especie de política de exención fiscal: los hospitales de excelencia financian proyectos especiales para fortalecer el SUS. En toda la existencia del Proadi-SUS, la SESAI nunca ha recibido financiación. También estamos en una asociación con el Mercosur, centrada en el saneamiento de los pueblos indígenas de las regiones fronterizas. El año pasado hicimos una campaña en la SESAI, enviando cartas a todas las oficinas de senadores y diputados en busca de enmiendas parlamentarias. Se trata de salir del agujero de la infrafinanciación, organizar parte de la planificación y la gestión y, de hecho, avanzar en una nueva política. Proponemos reestructurar creando una Coordinación General de Salud para indígenas aislados y recién contactados y una coordinación para Indígenas con Discapacidad, además de fortalecer sectores como el Centro de Salud de la Mujer Indígena, el Centro de Medicina Indígena y la coordinación de Salud Mental. Estamos reorganizando nuestra estructura con propuestas para fortalecer la gestión de los Distritos.

¿Cuáles son las posibles lecciones de la Emergencia Yanomami para la Salud Indígena?

En primer lugar, debo decir que 2023, nuestro primer año al frente de la SESAI, pudo haber sido un mejor año desde el punto de vista de la planificación y perfeccionamiento de la gestión de la salud indígena. Esto se debe a que tuvimos que enfrentar la primera emergencia sanitaria de interés nacional por falta de asistencia en toda la historia de la República. Muchas remociones en el territorio yanomami podrían haber sido evitadas y centenas de vidas preservadas si el Subsistema hubiese estado mejor estructurado, con una política centrada en lo que llamamos “atención integral”. Sabíamos que la salud indígena, en

cuanto Subsistema, tenía muchas limitaciones en su relación con los estados y municipios. ¿Qué tipo de atención primaria no puede tener un especialista en el territorio? ¿Qué tipo de atención primaria es si hay tantas remociones aéreas? La Emergencia Yanomami puso de relieve la más que urgente necesidad de mejorar la política. Tiene dimensiones simples, como el RENAME (Listado Nacional de Medicamentos [Esenciales]) que dirige su atención hacia el atendimento de la población indígena dentro del territorio. Eso es dialogar con los principios de universalidad, integralidad y equidad del SUS. Aunque hay muchos esfuerzos para llevar salud a los pueblos indígenas, estos principios no se aplican en el sentido de “atención integral”. Estamos en esa fase de contratar un servicio de transporte especializado para dar autonomía a nuestros equipos y mejorar las condiciones de trabajo, de modo que podamos implantar y construir nuevas unidades de salud, al tiempo que enfrentamos los desafíos de la logística. Entonces, una de las lecciones aprendidas es que, en aquel tipo de territorio, no se puede aplicar la misma atención primaria que es más común en el ámbito de la salud indígena. Además de los impactos en la salud directamente por la acción de la minería, como la contaminación por mercurio, la malaria y la desnutrición, nuestros equipos no pudieron entrar en ciertas comunidades dominadas por mineros armados. Hay necesidad de desintrusión del territorio lo antes posible, pero también hay la urgencia de perfeccionar la logística, las infraestructuras, ampliar el equipo de profesionales, el perfil de profesionales que necesitamos. Hay problemas estructurales que la Emergencia Yanomami está contribuyendo a revelar. Y muchos territorios están siendo penalizados por este mismo modelo de salud indígena.

¿Cómo percibe el diálogo de la SESAI con otras estructuras del Ministerio de Salud? ¿Se prioriza la Salud Indígena dentro del gobierno?

La SESAI, desde el punto de vista de la gestión, no dialogaba con otras instancias del Ministerio de Salud, ni con otros ministerios en general. La salud indígena es muy compleja y necesita trabajar con alianzas, cooperación y varias agencias. Entonces, propusimos romper con este aislamiento reposicionando la salud indígena dentro del plan estratégico institucional del Ministerio de Salud y del gobierno del presidente Lula. Y esto acabó siendo transformado por la Emergencia Yanomami. La Casa Civil creó un Comité Nacional de Coordinación y recientemente

instaló una Casa de Gobierno en Roraima. Pero insistimos en el reposicionamiento de la política de salud indígena como un tema transversal en la que las demás secretarías comparten la responsabilidad. La Emergencia está vigente, pero muchas secretarías no se dan cuenta de que también son responsables de la política de salud indígena. Estamos intentando reforzar esta idea de cooperación, atrayendo a los organismos gubernamentales y llevando esta responsabilidad más allá del Ministerio de Salud. En el Territorio Yanomami, si no hubiera sido por el Ministerio de Minas y Energía, no habríamos podido llevar los kits fotovoltaicos para suministrar energía a las unidades de salud. Ahora estamos en conversaciones con el Ministerio de Comunicaciones sobre la conectividad en los territorios indígenas. ¿Cómo se instala un profesional de la salud en un territorio, en una unidad de salud, que no tiene conectividad, electricidad o agua potable? En el contexto de la tecnología y enfocados en esta estrategia de “atención integral”, estamos intensificando y ampliando la estrategia de salud digital. El Sistema de Información para la Atención de la Salud Indígena (SIASI) es un sistema muy frágil que necesita ser mejorado. Propusimos junto con la Secretaría de Información y Salud Digital (SEIDIGI) y DATASUS, así como con la propia SAPS [la Secretaría de Atención Primaria de Salud], que la salud indígena se incluya en el nuevo e-SUS APS. Vamos a desarrollar un canal de entrada para la salud indígena con plena operatividad con los demás sistemas para permitir el acceso a la información de salud de la población indígena en todos los municipios. La idea es trabajar con un sistema que también funcione offline. Y que sea más transparente y accesible para cualquier investigador que esté interesado en buscar información sobre salud indígena. Y la otra cuestión es el SISREG [Sistema de Regulación del Ministerio de Salud], en el que la salud indígena no tiene incidencia directa. Hay mucho por hacer y puedo decir que el sistema interno de información es una prioridad.

En su opinión, ¿cuáles son las agendas prioritarias de investigación, considerando la presencia de investigadores indígenas, que involucran al Subsistema de Salud Indígena?

Hay temas sobre los que las propias comunidades indígenas crean un filtro protector para que no se capten los conocimientos tradicionales. Hay que tener cuidado, sobre todo en el ámbito de la medicina indígena, que trata muchas formas de espiritualidad y rituales. En fin, se trata de un tema

muy sensible para las propias comunidades. Creo que el mundo académico se ha sentido atraído por la cuestión de la salud indígena, así como por la educación, en los últimos años. Queremos, incluso, resolver las dificultades en la relación entre la academia, la SESAI y la asistencia directa, como las pasantías. Hoy, nuestros Distritos no están autorizados a hacer convenios con las universidades. Ya he hecho una propuesta para regular la actuación del coordinador del Distrito con el fin de hacer posible la actuación de los pasantes en el Polo base. Ahora bien, en el ámbito de la investigación en general, creo que hemos tenido colaboraciones importantes. La propia ABRASCO [Asociación Brasileña de Salud Colectiva] es una organización que, más allá de la actuación con la SESAI como institución, reúne grupos de investigadores que tienen una trayectoria histórica y una militancia en esta área que ha presentado buenos productos que pueden ayudar en la nueva orientación de la política. Fiocruz ha estado apoyado a la SESAI en la elaboración y aprobación de la resolución de la OMS. Son colaboradores, incluso, del movimiento indígena. Creo que, en esta fase de perfeccionamiento de la política, además de los seminarios regionales para consultar a la población indígena, necesitamos el apoyo de los investigadores.

Usted ha estado hablando sobre la revisión de la PNASPI [Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas]. ¿Podría hablar más sobre este proceso?

He hablado mucho de perfeccionamiento de la política de salud indígena^{3,4}. No queremos revisión porque no queremos hacerla de nuevo. Hay puntos positivos en el PNASPI, como el Control Social y la relación con las medicinas indígenas. Aunque el texto del PNASPI resguarda bien la valorización de las medicinas y conocimientos tradicionales, en la práctica es muy difícil garantizarlo. El año pasado, en Ginebra, se aprobó una importante resolución en la 76ª Asamblea Mundial de la Salud. Después de 75 años desde la fundación de la OMS [Organización Mundial de la Salud], era la primera vez que ésta interiorizaba una resolución que situaba la salud indígena como una cuestión prioritaria en el plan global de salud. Esta resolución señala la necesidad de mejorar la política. En el contexto de la ADPF [Acción por Incumplimiento de Precepto Fundamental] 709, que tramita ante el Supremo Tribunal Federal (STF), el ministro [Luis Roberto] Barroso señala la necesidad de perfeccionar la política. Tenemos documentos como el informe

del CMAP [Consejo de Monitoreo y Evaluación de Políticas Públicas], un manifiesto de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y análisis de la Contraloría [Federal] que apuntan a la misma necesidad. Nuestra actuación está orientada a perfeccionar la política en el sentido de “atención integral”. Es necesario revisar todos los actos normativos de salud indígena, y de otras secretarías, que han sido elaborados e implementados hasta ahora. Queremos desarrollar conceptualmente lo que es atención básica en los territorios indígenas. Y, sobre todo, pensando en la mediana complejidad, queremos garantizar la atención especializada en el territorio. Queremos discutir una nueva estrategia de gestión de lo que esta-

mos llamando “atención integral en territorios indígenas” que vaya más allá del actual modelo de atención primaria. Transformar o incorporar a la política el concepto de equipamiento de salud que supere la idea de unidad básica de salud indígena. ¿Por qué una casa de oración o un centro de partos no pueden ser reconocidos como establecimientos de salud y recibir algún tipo de financiamiento de la política de salud indígena? ¿Cuál es el papel de la partera en los equipos de salud? Por supuesto, vamos a consultar a la población indígena, a sus órganos representativos, a las organizaciones que ya militan en este ámbito, e incluso vamos a realizar seminarios regionales para debatir el perfeccionamiento de la nueva política.

Colaboradores

ALM Pontes, RV Santos, L Garnelo y RW Tapeba realizaron la estructuración, recolección de datos y producción del texto. DH Almeida contribuyó a la estructuración y redacción del texto. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del texto.

Referencias

1. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib). Carta aberta do Acampamento Terra Livre ao pré-candidato à presidência da República Luiz Inácio Lula da Silva [Internet]. 2022. [acessado 2024 jun 18]. Disponível em: <https://apiboficial.org/2022/04/12/carta-aberta-do-acampamento-terra-livre-ao-pre-candidato-a-presidencia-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva/>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ativista e advogado Ricardo Weibe Tapeba é o novo secretário de Saúde Indígena [Internet]. 2023. [acessado 2024 jun 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/ativista-e-advogado-ricardo-weibe-tapeba-e-o-novo-secretario-de-saude-indigena>
3. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib). Retrospectiva 2023: direitos indígenas não se negociam [Internet]. 2023. [acessado 2024 jun 18]. Disponível em: <https://apiboficial.org/2023/12/27/retrospectiva-2023-direitos-indigenas-nao-se-negociam/>
4. Passos J. Em 2024, vamos aperfeiçoar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Entrevista com o secretário da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai/MS) Weibe Tapeba [Internet]. 2024. [acessado 2024 jun 18]. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/entrevista/em-2024-vamos-aperfeiçoar-a-politica-nacional-de-atencao-a-saude-dos-povos>

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 19/06/2024

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