

2

Hacia el abordaje integral de la salud

Pautas para la investigación
con pueblos indígenas

Grupo de trabajo sobre investigación

29 de noviembre - 1 de diciembre de 1995

Marzo de 1997

Washington, D.C.



DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

El presente documento, producto del primer grupo de trabajo sobre investigación con pueblos indígenas, es una propuesta inicial en la búsqueda de una conceptualización integral de la salud, en el planteamiento de metodologías y técnicas útiles, y en la identificación de prioridades en la investigación con pueblos indígenas. El lector desde su experiencia teórica y práctica enriquecerá estos planteamientos con sus aportes. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud, como organismo de cooperación técnica, se compromete a promover espacios de reflexión que sistematicen la información para lograr el bienestar integral de los pueblos indígenas de la Región.

Nota: Agradeceremos completar las matrices anexas al presente documento: Banco de datos sobre investigadores y centros de investigación y enviarnos a la siguiente dirección: Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W. Washington, D.C. 20037, USA - Teléfono: (202)974-3214 E-mail: landsand@paho.org <http://www.paho.org>

© Organización Panamericana de la Salud, 1999

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 CONTEXTO GENERAL.....	1
1.2 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: PLAN DE ACCIÓN 1995 -1998.....	3
1.3 LA INVESTIGACIÓN EN LA INICIATIVA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.....	4
2. TENDENCIAS GENERALES EN LA INVESTIGACIÓN CON PUEBLOS INDÍGENAS.....	7
3. HACIA UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD.....	11
3.1 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	11
3.2 LA SALUD COMO UNA CONVIVENCIA ARMÓNICA.....	11
3.2.1 <i>Perspectivas diferentes en el abordaje de la salud</i>	11
3.2.2 <i>Fortalecimiento de los pueblos indígenas</i>	12
3.2.3 <i>Hacia la concepción de la salud como convivencia armónica</i>	14
4. ASPECTOS PRIORITARIOS.....	17
4.1 PROCESO DE SENSIBILIZACIÓN	17
4.2 RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	18
4.2.1 <i>Revalorización del conocimiento indígena</i>	18
4.2.2 <i>Recuperación de la información</i>	18
4.3 FORMACIÓN DE INVESTIGADORES INDÍGENAS Y CÓDIGO DE ÉTICA.....	20
4.4 CASOS PARTICULARES.....	21
4.4.1 <i>Enfermedades Infecciosas: la malaria</i>	21
4.4.2 <i>Salud Reproductiva</i>	23
5. PROPUESTA METODOLÓGICA	27
5.1 LA INVESTIGACIÓN DENTRO DE UN PROCESO DE CAMBIO.....	27
5.2 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN RÁPIDA	28
5.2.1 <i>Limitaciones</i>	30
5.2.2 <i>Utilidad de estas técnicas</i>	30
5.2.3 <i>Selección de las personas</i>	31
6. RECURSOS Y GESTIÓN.....	33
7. RECOMENDACIONES.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXO.....	41

1. ANTECEDENTES

1.1 Contexto general

En el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas llevado a cabo en Winnipeg, Canadá, en abril de 1993, por primera vez, se definieron los principios y se especificaron las recomendaciones para el trabajo en salud con los pueblos indígenas de la Región basados en el respeto y revitalización de la cultura de estos pueblos. Sin embargo, ya desde antes, y con el ingreso de la República Popular China al Sistema de las Naciones Unidas en 1971, se había empezado a considerar a nivel internacional los aspectos culturales y la posibilidad de aplicar programas de salud con una relación armónica entre la medicina tradicional y la medicina occidental. "Otras formas de curar", como las usadas en la India, el resto de Asia, África y América Latina fueron conocidas y difundidas (Ref:1).

En 1976 en la Organización Mundial de la Salud (OMS) se creó el Grupo de Trabajo para la Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional; y en 1978 en la Conferencia de Alma Ata, URSS, la OMS, y en los años 70s y 80s la OPS, se enfatizó en la atención primaria de salud como una prioridad en los países en desarrollo, afirmándose que ... con el apoyo de los sistemas formales de salud, los agentes de la Medicina Tradicional pueden llegar a ser aliados importantes en la organización de esfuerzos para mejorar la salud de la comunidad... (OMS y UNICEF 1978:33). Este planteamiento fue acogido con mayor entusiasmo por los países asiáticos y africanos que por los de la Región de las Américas.

En los últimos años se han dado iniciativas en los distintos países del continente americano con el fin de mejorar las condiciones de vida y el estado de salud de los pueblos indígenas. Se han realizado encuentros para intercambios de experiencias. Dos eventos importantes fueron: el I Encuentro Continental, "Quinientos Años de Resistencia Indígena", que se realizó en Quito, Ecuador en 1990 y la Campaña Continental 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular en Estelí, Nicaragua, llevado a cabo en octubre de 1992. La OPS ha prestado su cooperación en varias de estas iniciativas en distintas oportunidades.

Varios países han firmado acuerdos, leyes y resoluciones tanto a nivel nacional, como a nivel subregional y regional, redactados con el afán de favorecer a los pueblos indígenas. Lamentablemente muchos de estos acuerdos no han sido ratificados y la gran mayoría de ellos está sin ejecución:

Principales acuerdos internacionales	
•	El 10 de diciembre de 1948, se emitió la Declaración Universal de los Derechos Humanos, bajo los principios de equidad, igualdad y libertad.
•	El 7 de junio de 1989, se aprobó el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este es el primer documento que recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos; que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia.
•	En Junio de 1992, ante la emergencia de nuevos movimientos sociales, entre ellos los movimientos indígenas y étnico-culturales, se dió La Cumbre para la Tierra, en la cual, los "Estados admitieron la necesidad de reconocer que las poblaciones indígenas tienen valores, territorio, conocimientos tradicionales y derecho a la subsistencia; admitieron sus conocimientos ecológicos y agrícolas como vitales para la promoción del desarrollo sostenible".
•	El 26 de Julio de 1992, en la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, 19 países suscribieron el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe, cuyo objetivo general es el de "apoyar los procesos de autodesarrollo de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de la América Latina y el Caribe y orientar acciones, estrategias, formas propias y autónomas de organización de los Pueblos Indígenas en todos sus niveles".
•	En 1993, gracias a los esfuerzos de los propios pueblos indígenas que promovieron los derechos humanos, la conservación del medio ambiente, el desarrollo, la educación y la salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó al año 1993 como "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo". En 1994, en Viena, durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, se recomendó la conversión del Año Internacional en "Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo" (1994 - 2004) y se sugirió que se estableciera un foro permanente sobre el tema.
•	En abril de 1993, se dió el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá. En consulta con los representantes de estos pueblos, en el Taller se definieron los principios para el desarrollo y operacionalización de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Los principios establecidos en el Taller de Winnipeg fueron ratificados en los talleres subregionales de Santa Cruz, Bolivia y Quetzaltenango, Guatemala en 1994. Dichos principios son: . Necesidad de un enfoque integral de salud . Derecho a la autodeterminación . Respeto y revitalización de las culturas indígenas . Reciprocidad en las relaciones . Derecho a la participación sistemática

- Las recomendaciones del I Taller Hemisférico culminaron con la aprobación de la Resolución V en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, el 28 de septiembre de 1993. La Resolución V refleja la voluntad política de los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de promover la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, y da un mandato a la Secretaría de la OPS para que la impulse.
- En 1994, en consideración a las dificultades que confronta el sector salud, se dió La Cumbre de las Américas, cuyo Plan de Acción contiene la resolución sobre "el acceso equitativo a los servicios básicos de salud" y una agenda que incluye la reafirmación de las resoluciones de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990, del Acuerdo de Nariño de 1994 y de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994, de reducir la mortalidad infantil en un tercio y la mortalidad materna a la mitad hasta el año 2000; además del compromiso de desarrollar, de acuerdo a los mecanismos definidos por cada país, reformas destinadas a alcanzar las metas de salud infantil, materna y reproductiva; el acceso universal y no discriminatorio a los servicios básicos de salud; la atención a los pobres, discapacitados y poblaciones indígenas; una infraestructura de salud pública más sólida; alternativas de financiamiento, administración y prestación de servicios; garantía de calidad y una mayor participación de actores y ONGs.

- 1) Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas Tribales en Países Independientes 1989 - Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 4ta. Ed. actualizada: Nov. 1992.
- 2) "Proyecto para la creación del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe" - Serie de Documentos No 1.

1.2 La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: Plan de Acción 1995 -1998

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas surgió en septiembre de 1993, en apoyo al logro de la meta de Salud para Todos, bajo el principio de equidad, y como resultado del esfuerzo conjunto de los representantes de los Gobiernos de la Región, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones indígenas y los pueblos indígenas de las Américas. Los principios y recomendaciones para el desarrollo y operacionalización de la Iniciativa se definieron en el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá, y fueron ratificados en la Resolución V aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1993 (HSS/SILOS-34), y en los talleres Subregionales de Santa Cruz, Bolivia y Quetzaltenango, Guatemala en 1994.

En respuesta al mandato señalado en la Resolución V y considerando la complejidad de la problemática indígena, la Organización Panamericana de la Salud está promoviendo las primeras acciones, en las cuales los Estados Miembros están comprometidos a encontrar la forma de adaptar los servicios de salud a los valores y prácticas de sus pueblos indígenas, mientras se recupera y difunde el conocimiento indígena sobre prevención y curación de enfermedades y promoción de la salud.

En mayo de 1995, en consulta con representantes indígenas y de los Gobiernos Miembros, en el marco de las recomendaciones de Winnipeg, talleres Subregionales y lo especificado en la Resolución V, la OPS desarrolló un plan de trabajo amplio denominado: *Plan de Acción 1995-*

1998 de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El plan ha identificado cuatro líneas de acción: planes, políticas, procesos, recursos humanos, nacionales y locales; proyectos en problemas prioritarios y poblaciones vulnerables; desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales y coordinación, promoción, difusión, e; intercambio de información científica y técnica. Presenta, además, una visión general de los antecedentes, metas, cronograma de actividades, y resultados esperados para el Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo, para 1998, así como para cada uno de los años hasta 1998.

Por la complejidad de la problemática indígena y la necesidad de dar un tratamiento justo y particularizado a cada uno de los países y pueblos indígenas de la Región, la Iniciativa ha sido concebida para ser llevada en diferentes fases. La fase de aproximación que llevará al conocimiento más adecuado, y más cercano a cada realidad, ha empezado con Panamá, Honduras, Nicaragua, Colombia, Ecuador, Bolivia, Chile; continua con Guatemala, México, Perú y Venezuela; sigue con Argentina, Belice, Brasil, El Salvador, Guyana, Paraguay, Suriname, sin dejar de lado a los demás países.

En la operacionalización de la Iniciativa, a nivel interno la OPS- tanto en la Oficina Central como en las Representaciones- está impulsando un proceso interprogramático de trabajo conjunto entre las divisiones y programas de la Organización, coordinado por el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP/HSO). A nivel externo, la OPS ha asumido su rol como facilitadora y coordinadora del establecimiento de un proceso multidisciplinario, intersectorial e interinstitucional de cooperación recíproca entre los actores involucrados en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos de la Región, priorizando la participación de los pueblos indígenas, a través de sus representantes.

La concretización de estos procesos, determinará la vigencia de planes, políticas, proyectos, y programas de capacitación, adecuados, realistas, viables y sostenibles, el establecimiento de prioridades reales en el campo de la salud indígena basadas en datos reales y la estructuración de un sistema de salud accesible, eficiente y eficaz para toda la población de las Américas. En este contexto, la investigación tiene un papel preponderante, pues, el reto constituye lograr la consolidación de estos procesos sin interferir en la dinámica de vida de los pueblos indígenas, encontrar la metodología adecuada, convocar la participación igualitaria de todos sus actores, y trabajar sobre las bases firmes que da el conocimiento profundo de las condiciones reales de los pueblos indígenas y sus comunidades.

1.3 La investigación en la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas

Tanto en el taller de Winnipeg, como en los talleres subsecuentes, se reiteró la necesidad de priorizar la investigación como una alternativa de aprendizaje y conocimiento mutuo entre los pueblos de la Región. Así mismo, se puntualizó la urgencia de emprender un proceso de investigación sistemático, participativo y colaborativo, para la identificación de áreas prioritarias, metodologías, pautas, e indicadores, de acuerdo a las reales condiciones de vida y salud en las que se desenvuelven los pueblos indígenas.

La presente propuesta de reflexión, y las recomendaciones que se especifican en este documento, son el resultado del grupo de trabajo "Investigación: Pautas, metodologías y programas de capacitación con comunidades indígenas", llevado a cabo los días 29, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 1995 en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El grupo de trabajo contó con los aportes de 7 investigadores de diferentes sectores, 3 de ellos indígenas, y de los Puntos Focales de la Iniciativa de varios Programas Regionales. Los objetivos del grupo de trabajo fueron:

- Analizar las corrientes de investigación, presentes en la Región y su colaboración en el proceso hacia el bienestar integral de los pueblos indígenas.
- Identificar las áreas prioritarias que deben ser abordadas en la investigación con comunidades indígenas, y las estrategias en cuanto a la implementación de proyectos en estas áreas.
- Discutir aspectos relacionados con la metodología, indicadores y los códigos de ética en los diferentes tipos de investigaciones (epidemiológica, operacional, participativa, colaborativa, etnográfica) en comunidades indígenas.
- Obtener propuestas en cuanto a pautas para la investigación en metodología, reglamentación de la propiedad intelectual y establecimiento de códigos de ética para la investigación con poblaciones indígenas y la práctica de la medicina tradicional, incluidas las plantas medicinales y los programas de capacitación en investigación.

2. TENDENCIAS GENERALES EN LA INVESTIGACIÓN CON PUEBLOS INDÍGENAS

Los cambios sociales, económicos, políticos, y culturales de la última década han influido notoriamente en el estado de salud y bienestar de la mayoría de los países de las Américas. Los pueblos indígenas no están aislados, ni constituyen un grupo hermético. Ellos forman parte de la dinámica de la Región y por lo tanto sus problemas dependen, en gran medida, de la realidad histórica, social, cultural, política y económica del conjunto social. De acuerdo a las estimaciones y fuentes disponibles, la población indígena de las Américas se aproximaría a los 42 millones de personas distribuidas en unas 400 etnias, lo que representaría alrededor del 6% de la población continental y algo menos del 10% de la población de América Latina y el Caribe (HSS/SILOS - 34). Si bien los porcentajes pueden relativizar su presencia en el continente, la trascendencia histórica de los pueblos indígenas es indudable.

Como parte del proceso mundial de cambio, los países de la Región se han reorientado hacia la globalización de la economía, las comunicaciones y muchos de los servicios, con políticas neoliberales y de modernización del estado, dejando de lado el carácter multiétnico de su población. ¿Será posible que los pueblos indígenas sobrevivan al proceso de globalización? ¿Serán suficientemente fuertes los lazos comunitarios tradicionales para enfrentar los embates del libre mercado tan frío, tan exacto y tan deshumanizado? ¿Podrán darse en las Américas los cambios necesarios para que los grupos marginales formen parte de las sociedades nacionales, aplicándose efectivamente los derechos constitucionales de pluriculturalidad tan propagandizados? ¿Podrán los pueblos indígenas sobrevivir en las zonas en las cuales están los mayores recursos naturales estratégicos? ¿Podrán preservar su patrimonio genético y la diversidad biológica ante la presión por encontrar y producir nuevos principios terapéuticos? (Cunningham, 1996 Ref:2).

Hacia mediados de los ochenta prevaleció la noción de que los equilibrios macroeconómicos eran la condición fundamental para el desarrollo, y que los procesos inflacionarios afectaban con mayor intensidad a las personas de menores ingresos. A esto se sumó la presión para que el sector público eliminara los gastos destinados a atender a la población no necesitada y aumentara su eficiencia en la producción de servicios. Frente a esta situación en varios países se establecieron fondos de emergencia o inversión social, para mitigar los efectos de la crisis y de los programas de ajuste sobre los grupos sociales más vulnerables. Los fondos, que operan con bastante autonomía, fueron concebidos como complemento a un sector público cuya capacidad de ejecución estaba en cuestionamiento (Ref: 3).

La realidad mostró, que el solo crecimiento económico no traía como consecuencia el aumento de la equidad, como tampoco la sola redistribución de la riqueza conducía de forma automática al crecimiento económico. Se rescató la noción de que una apropiada distribución de los beneficios del crecimiento económico, reflejada en el progreso en las condiciones de vida de la población, era lo que diferenciaba a una economía que crece de una que se desarrolla. Esta nueva perspectiva se ha traducido en los compromisos asumidos en las recientes cumbres

internacionales sobre infancia, medio ambiente, población y desarrollo social, así como en la Cumbre de las Américas, que formulan lineamientos globales y soluciones para superar la situación de inequidad en que viven importantes grupos poblacionales. La instrumentalización válida de estas recomendaciones, deberá basarse en la investigación conjunta con la completa participación de los pueblos indígenas (Ref:3).

La investigación relacionada con los pueblos indígenas se ha dado siempre en términos de lo "otro" y por eso, probablemente ha sido incluida en la Antropología. El énfasis ha estado en estudiar las características "exóticas" de estos pueblos, como una curiosidad, cuyo valor llegó a ser mayor, durante la segunda mitad de este siglo, mientras el número de indígenas disminuía y aquellos que permanecían estaban atrapados en la abrumante ola de aculturación. Las principales áreas de investigación llegaron a ser los estudios tendientes a buscar mecanismos para asimilar a los pueblos indígenas al curso de la sociedad dominante. Un ejemplo de esto fue la escuela indigenista que predominó en México y en los Estados Unidos en la década de los 60s (Ortiz 1984: 78-81). Sin embargo, aunque algunos indígenas trataron de integrarse, la sociedad dominante se resistió a aceptarlos completamente, señalando su "calidad de otros" como obstáculo para su completa participación. La resistencia indígena y su decisión de seguir existiendo como culturas y sociedades "distintas" y "diferenciadas" es el elemento fundamental de la "persistencia" indígena en el continente.

Un gran número de investigaciones sobre plantas medicinales, la mayoría alejadas del contexto cultural de las etnias, se produjo en los años 70s y 80s. Las comunidades, casi en su totalidad, no fueron partícipes de los resultados obtenidos y menos aún de los beneficios económicos que varias de esas investigaciones han reportado. La década de los 80s y 90s ha puesto a los pueblos indígenas en la mira a medida que las fuerzas de globalización han incorporado a todos sin distinción alguna, como partes de los grandes bloques de la sociedad económica.

Al igual que muchos otros grupos minoritarios, los indígenas han encontrado la oportunidad de cuestionar su inserción en el nuevo orden del mundo. El tópico de la identidad cultural ha llegado a ser el principal tema de investigación, especialmente sus determinantes económicos, políticos y culturales (Benjamín y Tiessen 1994:252-261 y Fields 1994:232-248). En este contexto, un efecto importante del énfasis en la identidad cultural ha sido el aumento del número de personas indígenas que lentamente, han tomado la iniciativa de su propia investigación (Stavenhagen 1994; 77-80, Watanabe 1995: 25-46, y Warren 1994:81-86), llenando un espacio previamente dominado por personas no indígenas. Al hacer esto han volcado el duende de la "otredad" sobre su cabeza. Ellos buscan ahora determinar la agenda de la investigación acerca de ellos mismos, qué estudiar, cómo, y quién lo hará. La presencia de los profesionales indígenas, que expongan las necesidades de sus pueblos determinará un elemento nuevo y dinamizador en la investigación.

La participación de las comunidades, de sus líderes, consejos de ancianos, terapeutas tradicionales en el proceso de la investigación –desde el inicio de cualquier propuesta de investigación– será un factor muy importante en la recuperación de la confianza de estos pueblos

en las agencias, organizaciones, instituciones y personas que tienen propuestas de investigación que los involucran.

3. HACIA UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

3.1 La Reforma del Sector Salud

Muchos países americanos se encuentran embarcados en procesos que con llevan algún tipo de reforma de su sector salud. El tema de la equidad es central en la mayoría de las iniciativas en marcha, aún cuando en muchos casos sólo sea de una forma declarativa. En general, los procesos de reforma se han fijado como objetivos el logro de un mejor nivel de salud para toda la población, un acceso equitativo a la atención de salud y una mejor calidad y mayor eficiencia de los sistemas y servicios (Ref:3).

La ampliación de la cobertura de los sistemas de salud se refiere tanto a la provisión de servicios a grupos sociales actualmente sin acceso o con un acceso limitado a ellos, como a la inclusión de nuevas prestaciones que estaban ausentes en la cartera de servicios prestados. En el primer caso se destaca la cobertura de las poblaciones pobres de las periferias urbanas o de las zonas rurales, las madres y los niños, los indígenas y los trabajadores informales. El segundo caso tiene que ver con la atención de problemas emergentes relacionados con los cambios demográficos y epidemiológicos. Se suman a ésto, la globalización de patrones de consumo de servicios y las nuevas posibilidades de servicios abiertas por el desarrollo tecnológico en salud (Ref:3).

Al ser los indígenas uno de los sectores más marginados de la sociedad y los más afectados por las enfermedades emergentes, constituye un reto de la Reforma del Sector Salud encontrar una respuesta acorde a la realidad sociocultural de estos pueblos. El lugar de la salud en esta nueva agenda de investigación es esencial. El bienestar social y cultural no puede existir sin el físico, el cual por sí mismo es amenazado por la falta de acceso a los servicios existentes, la desnutrición provocada por el desmantelamiento del sistema de producción de alimentos y la destrucción de los medios de supervivencia. La alta tasa de morbilidad debida a varias enfermedades ha puesto en peligro de extinción a algunos pueblos, especialmente a aquellos que tienen poca población. La determinación del perfil epidemiológico de estos pueblos a nivel regional, nacional y local dibujará sus condiciones de vida y salud, la prioridad es ser capaces de traducir sus reales necesidades.

3.2 La salud como una convivencia armónica

3.2.1 Perspectivas diferentes en el abordaje de la salud

La gran resistencia de parte de la sociedad civil en general y de los profesionales de la salud, en particular, a conocer y comprender la cultura de los pueblos indígenas, ha llevado a reforzar los estereotipos negativos sobre estos pueblos. La gran mayoría de los programas de salud han tratado de promover indiscriminadamente cambios en el comportamiento y cambios en la vida

de los pueblos indígenas, como parte de las propuestas de "mejoramiento de su salud". La dimensión espiritual en la curación, tan esencial, no ha sido tomada en cuenta.

En el contexto de las Américas, la superación de los estereotipos y el conocimiento y difusión de los valores autóctonos, "protectores de la salud", determinarán soluciones válidas para estos pueblos. La salud no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, sino que depende además, de políticas adoptadas por los diferentes sectores de la estructura gubernamental.

La enfermedad para el mundo indígena es concebida como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. Problemas o desequilibrios de la esfera sobrenatural, del cuerpo, de las emociones, y del medio ambiente social o físico, son algunas de las causas que explican la presencia de la enfermedad. La cultura indígena entretiene la enfermedad con el mantenimiento del equilibrio físico, psíquico, espiritual, la religión y las relaciones sociales.

En este proceso, detectamos, por lo tanto la presencia de perspectivas muy diferentes en el abordaje de la salud. La situación empeora con problemas como la falta de consenso entre los actores dentro de cada país y los organismos de cooperación en relación a los contenidos y naturaleza de las propuestas de mejoramiento de la salud indígena, la viabilidad política, que exige una gran capacidad no sólo de liderazgo y negociación, sino también de ajuste inmediato a los cambios; la falta de continuidad en impulsar los procesos, de dirigir los estudios correspondientes y de negociar las propuestas; la complejidad técnica, que a veces dificulta obtener el apoyo social suficiente para vencer la resistencia de quienes se oponen al cambio por carecer de conocimientos adecuados acerca de los beneficios de propuestas alternativas; la atención insuficiente a la participación comunitaria en el procesos, son varios de los problemas que afrontan los procesos de mejora de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. La búsqueda de una mayor participación social, congruente con la creciente democratización en la Región, dará lugar a soluciones cooperativas y autóctonas a los problemas de salud de las Américas, donde la voz de los pueblos indígenas debe ser considerada.

3.2.2 Fortalecimiento de los pueblos indígenas

Los criterios más comunes para caracterizar a la población indígena han sido, la lengua, la autoidentificación y la concentración geográfica (territorialidad). Una combinación de los mismos es necesaria. En cuanto a la autoidentificación, la variable aculturación tiene mucha significación; sin embargo, es necesario puntualizar que la conciencia de pertenecer a un grupo, está sujeta a las diferentes etapas del individuo. Generalmente, mientras los adolescentes rechazan la pertenencia étnica, los adultos recuperan el estado de conciencia y se autoreconocen como parte de un grupo. Los indicadores de aculturación, de retorno y de revitalización son muy importantes. Hay pueblos que han perdido la lengua y otros que la han recuperado. En Perú y Paraguay un alto porcentaje de población no indígena habla las lenguas nativas, el quechua y el guaraní. En México la población indígena ha crecido porque se ha incrementado la autoidentificación. En la medida en que haya procesos que reconozcan los aportes de la población indígena, y su cultura, disminuirá la negación de la identidad indígena.

La identificación de indicadores válidos no es difícil cuando se conoce la cultura y la vida de la gente. Lo que piensan los "antiguos", está relacionado con la vida y los aspectos protectores de la salud y constituyen pautas para el establecimiento de variables.

En Winnipeg se debatió el alcance del término "indígena" y las connotaciones de su uso, llegándose al consenso de que son "indígenas" quienes se reconocen a sí mismos como tales. Por su parte, el Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) de la OIT reconoce como "indígena" a aquel sector diferenciado de la colectividad nacional, "... los pueblos en países independientes, 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." (Convenio No 169, Artículo 1).

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, asume estos conceptos y el compromiso de promover, como se explicita en sus principios, la participación sistemática de los representantes indígenas en cualquier propuesta que involucre a su pueblo y la reciprocidad en las relaciones entre los diferentes actores del proceso hacia el bienestar integral de estos pueblos. Por su parte en la Resolución V, los gobiernos de la Región se comprometen a promover el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas (HSS/SILOS-34, Resolución V). Con estas premisas, en el marco del reconocimiento explícito a la interculturalidad como mandato constitucional, el respeto a la interculturalidad de las naciones, la revaloración del saber indígena, el fortalecimiento de la singularidad de sus propias culturas, la meta debe ser que los pueblos indígenas retomen el control sobre el curso de sus propias vidas en las que la salud es sólo una parte.

El desafío que presenta la carencia de conocimientos e información adecuados y suficientes sobre la salud de los pueblos indígenas frente al imperativo de actuar y lograr impactos inmediatos, exige la presencia de la investigación operativa, mediante un proceso de planificación-acción-reflexión-acción participativas, como una estrategia de generación de conocimientos e información adecuada mientras se actúa. La investigación como herramienta de apoyo a la comunidad contribuirá a instrumentar soluciones a partir del conocimiento ancestral y fortalecerá la organización local a partir de la toma de decisiones y gestión de los pueblos indígenas.

Mientras el poder esté concentrado en el mundo no indígena, no se podrá hablar de equidad. El fortalecimiento de su capacidad como pueblo, llevará al pueblo indígena a generar su propia discusión sobre sus problemas y soluciones. La identificación y promoción de los factores positivos, protectores de la salud de la comunidad y de la familia, que han permitido su sobrevivencia, y en algunas zonas, mantener niveles de salud similares a los sectores más afortunados, es importante. El abordar esta problemática conjuntamente, y proponer su

fortalecimiento, no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos mutuamente con el fin de alcanzar la salud para todos (SILOS-34).

Los procesos vividos por los pueblos indígenas tienen 503 años de una historia de exterminio, abuso, explotación, colonialismo, discriminación, abandono, y olvido, que han marcado sus condiciones de vida y su puesto en la sociedad. En la Región, su lucha por mantener su cultura, su identidad y recuperar su tierra, territorio y sus derechos ha sido permanente, determinando un proceso de fortalecimiento de las organizaciones y del pueblo indígena. Un acompañamiento respetuoso en estos procesos, es una prioridad.

3.2.3 Hacia la concepción de la salud como convivencia armónica

El abordaje integral de la salud en la investigación con pueblos indígenas debe considerar una reflexión conceptual y epistemológica. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como el bienestar biológico, psicológico, social. El concepto de salud, como tal, no existe en el pueblo indígena; para ellos la salud es un asunto colectivo. El bienestar es la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es el derecho de tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social". (definición, de un grupo de indígenas de la provincia de Bolívar, Ecuador). La integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena matizados por la esencia del carácter multiétnico y pluricultural de este pueblo.

La priorización en salud desde un punto de vista ajeno a la realidad indígena lleva a la fragmentación de los problemas y de las soluciones, olvida su cosmovisión, los procesos históricos de la sociedad y el por qué del lugar de estos pueblos en la estructura social actual. Los indígenas tienen una forma diferente de analizar y priorizar. Ellos definen los problemas en cuanto a procesos, no en cuanto a problemas. Por ejemplo, la migración, el alcoholismo, la violencia doméstica, el abuso de drogas, el uso de armas, son definidos como problemas graves, mientras que la mortalidad infantil, puede ser un problema menos grave, si se considera las repercusiones directas en la comunidad.

Sin embargo, en el contexto actual de la estructura social, y de los cambios en la Región, ¿quién va a determinar las prioridades en el quehacer con pueblos indígenas, y cuál va a ser su participación? Los complejos procesos históricos y sociales incluyen muchas variables que urgen una conceptualización diferente. ¿Cómo vamos a superar los prejuicios teóricos? ¿Cómo son analizados los problemas sociales de los pueblos indígenas? Desde el punto de vista occidental, se ha enfatizado demasiado en problemas puntuales, olvidando el proceso y el contexto que reclama el análisis holístico de la cosmovisión indígena. La aculturación, la pérdida de territorio, las relaciones familiares, los asuntos sociales, los problemas del ecosistema, son problemas que nos lleva a pensar que tenemos que ampliar los sistemas de análisis y promover la identificación de un paradigma alternativo al impuesto por la cultura hegemónica.

Los indígenas no están en comunidades aisladas; para la mayoría, su vida diaria se desenvuelve en dos mundos. Los cambios en la Región, las diásporas y la migración, tanto

históricos como recientes, no han sido considerados lo suficiente. Estos procesos, empeorados por las crisis económicas, los conflictos bélicos, el impacto del mercado de trabajo, no son procesos individuales, son procesos políticos que tienen implicaciones en diferentes áreas. En este panorama surgen estas preguntas: ¿Cómo propiciar el mantenimiento de su cultura aprovechando los mecanismos que los han llevado a sobrevivir como pueblo? ¿cómo dar una respuesta real a sus necesidades y problemas en estas nuevas circunstancias? ¿cómo la globalización y modernización están afectando a los diferentes grupos, y en particular a los indígenas? con las propuestas de solución ¿se están creando más problemas sociales? Nadie ha analizado estos procesos desde el punto de vista de los pueblos indígenas. En el contexto de la Reforma del Sector Salud, ¿qué pasará con los pueblos indígenas en cuanto a: transiciones epidemiológicas, enfermedades crónicas; factores de riesgo versus factores "protectores de la salud" propios de estas comunidades?

4. ASPECTOS PRIORITARIOS

4.1 Proceso de sensibilización

La discriminación en muchos países de la Región, es parte de la vida de la sociedad, esta cotidianidad parecería haberla dado el carácter de "normal". La escala de prestigios artificiales producto de la colonización puso a los indígenas en el más bajo sitio. Posteriormente la ausencia de políticas que los favorezcan, no sólo que los ha condenado a la situación de pobreza y abandono en la que viven sino que los ha señalado como "culpables" de permanecer en esas condiciones, dando lugar a estereotipos negativos, el uso de adjetivos peyorativos en referencia a todo lo que recuerde lo indígena, y al maltrato que llega a niveles de discriminación institucionalizada. La alienación causada por estas condiciones tan adversas ha llevado a muchos indígenas a negar sus raíces y a sus ancestros. La aculturación se ha transformado en un factor debilitante de estos pueblos.

La necesidad de sensibilización y la promoción de la autoevaluación de las propuestas en marcha a todos los niveles es una tarea urgente. La Organización Panamericana de la Salud, como organismo de cooperación técnica tiene un papel fundamental, su presencia en la Región a través de las Representaciones facilitan la creación de espacios propicios de concertación entre los diferentes sectores del país.

El establecimiento de un proceso permanente de educación intercultural y autoeducación, y por lo tanto de revaloración de estos pueblos tanto en el nivel formal como informal, permitirá conocer el inmenso bagaje cultural que ha sobrevivido a pesar de las condiciones tan negativas.

En esta campaña de sensibilización, el rol de los gobiernos, de los medios de comunicación, de la sociedad civil y de los propios pueblos indígenas, es fundamental. El reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de la población de los países de las Américas en la Constitución de cada país pondría el marco legal para la implementación de planes y programas acordes a las características de la población. El reconocimiento de las diferencias como una riqueza daría paso a la necesidad de conocer más de las culturas con las que estamos conviviendo. La promoción de seminarios donde se discutan temas referentes tanto a las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, como a los procesos que conciernen a la sociedad en general, abrirían espacios de reflexión donde los mismos representantes de estos pueblos expliquen su situación y/o posición y expongan y recepten propuestas de solución y trabajo conjunto.

La difusión de los acuerdos internacionales que favorecen a los pueblos indígenas del mundo y de la Región; la difusión de información tanto técnica que encauce el trabajo directo en los niveles de decisión, como de la información accesible a la población en general, la difusión de los principios y líneas de trabajo que rigen el quehacer de salud indígena en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, y su evolución, presenta la oportunidad

de conocer y contribuir a los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud y contribuyen al proceso de sensibilización de la Región.

4.2 Recuperación de la información

4.2.1 Revalorización del conocimiento indígena

La tendencia de considerar al conocimiento indígena como no científico, ha determinado que las normas del conocimiento científico, desde el punto de vista occidental, primen en el sector académico. En no pocos casos, los pensums de estudios, el abordaje de la temática indígena y el análisis de esta problemática, han ignorado el contexto socio cultural de estos pueblos. La búsqueda de un paradigma que complementen las propuestas tanto del conocimiento indígena como del no indígena, es necesaria.

En las comunidades existe un acervo de conocimiento acumulado, al que los mismos indígenas tienen acceso limitado. El estudio del proceso de generación y utilización del conocimiento de estos pueblos se enmarcaría en las exigencias de lo llamado científico; y el reconocimiento de que la contribución que el saber indígena ha hecho a la conservación de la naturaleza, el medio ambiente y a la vida misma— no sólo de los pueblos indígenas sino de la población en general —apoyaría a la revaloración de la cultura indígena.

El reto es saber cómo usar el conocimiento occidental para el bienestar de los pueblos indígenas y en cuáles circunstancias el conocimiento indígena o el conocimiento occidental es el más adecuado. Los dos conocimientos no se oponen, el acceso a ambos los haría complementarios.

Como un paso previo a este trabajo conjunto, todos debemos ser capaces de "hablar el mismo idioma". El hecho de pertenecer a tal o cual mundo, permite a la persona entender mejor la problemática de su mundo, y ésto, en lugar de ser una dificultad, se debiera transformar en una ventaja. A través del establecimiento de un proceso de aprendizaje y capacitación intercultural, multidireccional, simultáneo y operativo llegaríamos a aprender, entender, comprender y respetar lo que es diferente a nuestro mundo. Seríamos capaces de generar conocimientos e información adecuada mientras actuamos —"aprender haciendo"— , y rescatar de manera sistemática el conocimiento y la información generados por la experiencia —"aprender de lo que se ha hecho y de lo que se está haciendo".

4.2.2 Recuperación de la información

Por lo general existe acuerdo en considerar a América Latina y al Caribe como un conjunto multiétnico y pluricultural. A pesar de la importancia numérica de la población indígena en las Américas, no todos los países han recopilado información al respecto. En la década de 1980, sólo 9 de los 35 países de la Región incluyeron en sus censos o encuestas de hogares información sobre la población indígena. En general, la información proveniente de fuentes oficiales de los países de las Américas y el Caribe, salvo la que se refiere a brotes epidémicos o estudios especiales, ha utilizado definiciones cambiantes, o simplemente ha omitido la calificación étnica

en los censos nacionales de población, así como en los registros continuos de nacimientos, defunciones y migraciones (Ref:4). Los datos nacionales disponibles son homogenizantes y enmascaran la realidad de las poblaciones indígenas, a tal punto que, como es el caso del Caribe, estos pueblos no entran en los programas de ayuda social o como en el caso de la Argentina los grupos étnicos tehuelche y auki ken están en peligro de extinción, sin que existan políticas que los favorezcan. Si reconocemos que los pueblos indígenas tienen problemas específicos y derechos específicos inalienables, la falta de datos ha sido una de las excusas de los niveles de decisión, para no hacer nada por mejorar su situación. La información disponible en la Organización Panamericana de la Salud es también incompleta.

Los datos e información de fuentes secundarias, por otra parte, demuestran que el nivel de salud y nutrición entre las poblaciones autóctonas de América está varias veces por debajo de los promedios nacionales y en algunas regiones llega a extremos alarmantes (HSS/SILOS-34). Si bien es cierto que la conformación de un banco de datos tiene connotaciones políticas, y por la desconfianza generada por experiencias negativas, es posible que algunas organizaciones indígenas se opongan a la obtención de datos en relación a su pueblo; es cierto también, que la ausencia de datos impide el seguimiento, supervisión y evaluación de los proyectos, programas, planes y propuestas que involucren a los pueblos indígenas; sobre todo retrasa la visualización de los problemas que agobian a estas poblaciones, y la formulación de políticas que respondan a las necesidades reales de estos pueblos. En este contexto la conformación de una base de datos supone el trabajo conjunto de los diferentes sectores y disciplinas y sobre todo la participación sistemática de los representantes de los pueblos indígenas de la Región.

La poca disponibilidad de experiencias documentadas y sistematizadas, por otra parte, impide la difusión y el aprovechamiento de las lecciones aprendidas, tanto a nivel local, nacional y regional. En este aspecto, debemos enfatizar la importancia de los datos del nivel local que muestran las particularidades y/o similitudes de los pueblos. Varios son los pueblos fronterizos que comparten las nacionalidades, al referirnos a los pueblos indígenas las fronteras nacionales de las repúblicas son lábiles. Un mapa étnico se sumaría a un mapa epidemiológico y completaría el cuadro de las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas, y los esfuerzos multipaís dinamizarían el logro del bienestar integral de estos pueblos.

La Organización Panamericana de la Salud tiene una experiencia acumulada en el área de registro y evaluación de niveles de salud y condiciones de vida en casi todos los países de la Región, la misma que se vería fortalecida al establecer mecanismos apropiados de recolección y utilización de la información que cuente con la perspectiva y el apoyo de las organizaciones y comunidades indígenas. La complejidad de la problemática indígena y la falta de recursos suficientes que imposibilita abordar todas y cada una de las necesidades urgentes de estos pueblos, reclaman la búsqueda de alternativas para que los recursos existentes puedan ser mejor utilizados, evitando la duplicación de esfuerzos y promoviendo un proceso de aprendizaje mutuo en base a las experiencias presentes en la Región.

4.3 Formación de investigadores indígenas y código de ética

Mientras la formulación de políticas, la gerencia de proyectos, la elaboración de proyectos, etc, sean elementos extraños a los indígenas, estas tareas seguirán en manos no indígenas. Mientras el mundo no indígena no conozca las alternativas del conocimiento ancestral y las alternativas que ofrece la conceptualización desde la cosmovisión indígena, esta colaboración de los dos mundos no tendrá bases firmes. A menudo, el investigador, indígena o no, que trabaja con pueblos indígenas ha sido subestimado. La presencia de investigadores indígenas en el quehacer de la Iniciativa, exige derechos y responsabilidades igualitarias, así como algunos cambios del enfoque mismo del proceso investigativo.

La dinámica de los pueblos indígenas es diferente, el tiempo tiene diferente connotación, el calendario agrícola y los días festivos marcan ejes que deben ser respetados. La ausencia de servicios básicos, la poca accesibilidad a las comunidades, las dificultades por el clima según la época del año, etc., no entran en la lógica de la urgencia occidental que exige el cumplimiento estricto de cronogramas. Sin que la consideración a estas diferencias signifique disminuir la rigurosidad de los requerimientos y normas, la planificación de la investigación con pueblos indígenas debe tener en cuenta el contexto global de este mundo.

En relación a los requerimientos para el acceso de recursos para la investigación y la información relacionada con los tópicos de interés y lineamientos, la Organización Panamericana de la Salud ha publicado, a través del Programa de Investigaciones y Desarrollo Tecnológico en Salud de la División de Salud en el Desarrollo, el "Manual Sobre Políticas, Normas y Procedimientos" (Marzo, 1994) y el documento: "Áreas, Líneas y Temas Prioritarios de Investigación". La difusión de éstas y otras publicaciones similares abriría espacios de reflexión, permitiría la recepción de nuevas ideas y complementaría la información existente.

En cuanto a la propiedad intelectual y a las investigaciones que involucran a los seres humanos existen regulaciones aceptadas internacionalmente. Sin embargo, cuando estos aspectos se refieren a los pueblos indígenas, no existen regulaciones específicas que respondan a la especificidad de estos pueblos. Muchas experiencias negativas han creado desconfianza y recelo en los representantes de los pueblos indígenas que ante la ausencia de normas que los respalden, ven como única opción el impedir el acercamiento de cualquier sector que intente trabajar con ellos.

El sentido colectivo de los pueblos indígenas urge la determinación de normas acordes a su idiosincracia. En las comunidades indígenas existen códigos de ética que han perdurado de generación en generación, donde los roles de los miembros de la comunidad y la confidencialidad son esenciales. ¿Cómo se trabajaría si hay una enfermedad transmisible en una comunidad donde hay ciertas normas que tienen que ver con roles femeninos o masculinos? ¿Qué información proporcionada a los investigadores puede ser difundida? ¿Cuáles temas pueden ser discutidos colectivamente? ¿Pueden quebrantar los investigadores una norma ética de la comunidad si difunde una determinada información? La comprensión de estos códigos para la formulación de normas específicas en la investigación con pueblos indígenas, debe irse clarificando en el trabajo diario con estos pueblos.

La propiedad intelectual como un derecho colectivo, ha cobrado importancia no sólo en la investigación de plantas medicinales, sino en aquellos estudios tendientes al rescate de las prácticas médicas, de conservación del medioambiente y de aquellas que apoyan estudios de biodiversidad. Es urgente la accesibilidad y difusión de material publicado sobre la formulación de pautas que regulen los beneficios obtenidos, tanto intelectuales como materiales, del conocimiento adquirido.

El análisis del impacto de las propuestas con pueblos indígenas debe incluir la formulación de las mismas. No son raros los resultados exitosos que ignoran la publicación de los resultados negativos y menos aún de los daños provocados a la comunidad en el proceso del proyecto: aculturación, destrucción del medio ambiente, alteración de la dinámica de la población, dependencia, etc.

La Organización Panamericana de la Salud dentro de su programa de apoyo a las investigaciones, ha priorizado el trabajo de organizaciones e instituciones cuyas líneas de acción y filosofía concuerdan con las de la Organización; sin embargo, reconociendo los vacíos normativos en referencia a la ética en la investigación con pueblos indígenas priorizará la discusión que lleve a la formulación de normas de acuerdo a los derechos y las diferencias de los pueblos indígenas de la Región.

4.4 Casos particulares

4.4.1 *Enfermedades Infecciosas: la malaria*

En las Américas existen aún grupos, donde no sólo la incidencia de las enfermedades prevenibles, sino también la mortalidad por estas enfermedades, es alta. La malaria es endémica en muchas de las regiones tropicales del mundo. En las Américas, de los 740,3 millones de habitantes, 665,6 millones viven en áreas alguna vez consideradas propicias para la transmisión de la malaria; los grupos indígenas son los que han sufrido las peores consecuencias. En 1991 se realizó en el Brasil un estudio en 16 pueblos indígenas del área yanomami, en el que se examinaron 18.140 personas; las enfermedades más importantes fueron la malaria (357,9 casos por 1.000 habitantes) y la parasitosis intestinal (117,5 casos por 1.000 habitantes) que, junto con las infecciones respiratorias agudas (104,2 Por 1.000 habitantes) representaron alrededor del 60% del total de los diagnósticos.

¿Cómo estos grupos que no utilizan el conocimiento occidental que la sociedad ha aceptado como bueno, pueden enseñarnos principios y prácticas beneficiosas, aún para nuestra sobrevivencia como especie, si ellos mismos están en peligro de extinción? Al proponer el conocimiento y difusión del saber indígena, ¿quiénes serán los reales beneficiarios de esta investigación?

Los prejuicios sociales y los estereotipos bloquean el trabajo con los pueblos indígenas. En la evaluación de un programa de malaria en la amazonía colombo-venezolana los indígenas fueron descritos como "incapaces de aprender". Cuando se conversó con los líderes indígenas se supo que su pueblo conocía la enfermedad y la diferenciaba de otras enfermedades febriles; sin

embargo, la extracción de sangre solicitada para el diagnóstico de la malaria tenía una connotación cultural profunda y por eso se negaba a este procedimiento. En una encuesta local llevada a cabo por William Millike de Kew Gardens, sobre especies cultivables y no cultivables usadas por los indígenas yanomami en la Amazonía, se identificaron 80 especies de plantas usadas para el tratamiento de fiebre en general, incluyendo la malaria (Ref:5). En los niveles concernientes a los tratamientos disponibles, la investigación y las políticas de salud, existe la necesidad de cuestionar y reformular los conceptos fundamentales sobre los sistemas de salud. Tal reformulación reconocería la capacidad del conocimiento indígena para apoyar, y en algunos casos, liderar en la búsqueda de tratamientos efectivos y métodos disponibles para el control de enfermedades tropicales y endémicas.

Las soluciones a los problemas urgentes identificados con las comunidades, tiene como real prioridad la comprensión de los problemas en su contexto por parte de la gente que va a trabajar con los pueblos indígenas. Es necesario ir más allá de una definición específica de salud que en lugar de seguir un paradigma predominantemente occidental, incluya y respete otros conceptos igualmente válidos en salud, y en el caso particular de la malaria como enfermedad específica, en su diagnóstico, seguimiento y tratamiento. De hecho, muchos de los abordajes usados en la medicina "alternativa" o "complementaria" en América del Norte, Europa Occidental y Australia tienen sus orígenes en las antiguas formas tradicionales de cuidado de la salud.

En las poblaciones que tienen acceso a la medicina occidental, el tratamiento contra la malaria varía de región a región e inclusive de país a país, sin embargo, se han identificado algunos aspectos comunes en relación a la medicación empleada. Las drogas convencionales antimaláricas son generalmente caras, difíciles de conseguir localmente y en algunos casos ineficaces. Algunas cepas de *plasmodium falciparum* han desarrollado resistencia a la cloroquina (Ref:5).

En las zonas en las que la población no tiene acceso a la medicina occidental, la medicina tradicional presenta alternativas. Varios estudios etnobotánicos de investigación han documentado la eficacia de tratamientos basados en plantas medicinales; muchos como el qinghaosu (*Artemisia annua*), del cual se deriva el artemisinín usado en la China y Vietnam para combatir la malaria, han sido usados por cientos de años. Los tratamientos tradicionales pueden proveer no sólo una alternativa confiable ante la escasez y carestía de los tratamientos biomédicos, sino que pueden proporcionar la connotación esencialmente cultural y espiritual en las comunidades locales. A través de una participación directa con los pueblos locales, un entendimiento preciso de cómo se concibe a la malaria, y consecuentemente cómo puede ser tratada, esta enfermedad podrá ser erradicada. Esta área del conocimiento, hasta hoy, ha sido dejada de lado (Ref:5).

La investigación sobre plantas medicinales que actúan en el control de los vectores, como el trabajo realizado en Etiopía y Uganda sobre el uso de la *phytolacca dodecandra* en el control de esquistosomiasis y otras enfermedades parasitarias, ofrece nuevas direcciones importantes en cuanto a prevención. Es necesario re-equilibrar el énfasis académico y la distribución de recursos en la investigación concerniente exclusivamente al aislamiento de principios activos de las plantas. Los estudios in vivo e in vitro, por lo tanto, serían un segundo paso después de que las

plantas medicinales hayan sido identificadas en el campo, en conjunción con la información sobre la preparación de las medicinas, modo de cultivo, y valores culturales.

Para asegurar la sustentabilidad del cuidado natural de la salud, y de las alternativas basadas en plantas medicinales para las generaciones futuras, las políticas necesitan abordar la interacción fundamental entre la salud y la biodiversidad. Esto requerirá nuevas inversiones bilaterales y multilaterales en la conservación y cultivo de plantas medicinales; requerirá el fortalecimiento en algunos países, la creación de políticas y de una infraestructura organizacional para el desarrollo de la medicina tradicional. Finalmente requerirá la generación de nuevas y costeables metodologías de investigación junto a políticas nacionales para garantizar su seguridad y eficacia (Ref:5).

En reconocimiento a la validez de las alternativas que presenta la medicina tradicional, se debe, además, considerar un intercambio sistemático de conocimientos entre shamanes, curanderos, hierbateros, para promover la comunicación entre grupos indígenas, documentar y difundir experiencias en el trabajo complementario de los sistemas médicos y, donde se considere apropiado, codificar el conocimiento para hacerlo disponible a todos.

4.4.2 *Salud Reproductiva*

La salud reproductiva como parte del bienestar integral, se enmarca en la concepción comunitaria de equilibrio del individuo con la naturaleza, la sociedad, la familia y consigo mismo y responde a una ideología comunitaria actualmente signada por grandes problemas (Ref: 6). Las altas tasas de morbilidad materno-infantil, la discriminación, la ausencia de oportunidades de superación para la mujer y el hombre indígenas, la violencia, son ejemplos del deterioro de la salud reproductiva, en el más amplio sentido del concepto, en los pueblos indígenas.

Durante el decenio de 1990, un ciclo de conferencias, especialmente la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), sumado a la Convención de los derechos del niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, culminaron en un programa progresivo y ambicioso para lograr la igualdad social, la justicia, el desarrollo y la paz (Ref:7).

Concretamente, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer establecieron que la salud y los derechos sexuales reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo. A pesar de que el tema de la salud reproductiva en relación a la problemática indígena fue discutido en varios países en las reuniones preparatorias a estas conferencias, no hubo la debida atención a la voz de la mujer y del hombre indígenas en el establecimiento de las resoluciones.

La incipiente representatividad de los pueblos indígenas en el Cairo, Beijing y otras reuniones internacionales, sumada a las experiencias negativas en referencia a la salud reproductiva y a la implantación de programas de planificación familiar, ahondan los recelos que impiden la

concretización de un proceso de trabajo conjunto (De Souza, 1995 y Hartman, 1995). En este documento es importante presentar un resumen de lo establecido en el Cairo y Beijing como una invitación a los diferentes sectores a abrir un espacio de reflexión donde los pueblos indígenas tengan poder de decisión.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, haciéndose eco de otros acuerdos internacionales, apoyaron conceptos básicos que deberían transformar el proceso de formulación de políticas en esta esfera:

- *La salud y los derechos sexuales y reproductivos*, especialmente el derecho fundamental de una mujer a asumir control y tomar decisiones respecto de su cuerpo y su sexualidad, son una parte integrante del desarrollo y los derechos humanos.
- *Una buena salud sexual y reproductiva*, más allá del hincapié en la demografía y la planificación de la familia, es un requisito previo para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible. Asegurar el acceso universal a una amplia gama de información y servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente para las mujeres y los adolescentes, debe ser una meta prioritaria de los programas nacionales.
- *Las políticas de población y los programas de planificación de la familia deben apoyar los principios de elección voluntaria e informada* y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales, especialmente de las mujeres.
- *La integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y actividades* es esencial para mejorar el impacto de los mismos y utilizar mejor los recursos disponibles. Incorporar una perspectiva de género no requiere necesariamente una gran inversión financiera, ya que se basa en cambios de conducta y de actitud. Sin embargo, los resultados son una solución muy económica para abordar muchos problemas de atención de la salud, así como los obstáculos que impiden el desarrollo socioeconómico en general.
- *La asociación con la sociedad civil*, en especial con las organizaciones no gubernamentales especializadas en la esfera de la salud sexual y reproductiva y con grupos de mujeres, debería llegar a ser un elemento integrante de las políticas gubernamentales y la planificación, ejecución y supervisión de los programas. Las aportaciones y las iniciativas innovadoras y económicas de los grupos no gubernamentales se han reconocido en muchos casos como modelos que se deberían replicar.

Si bien los aspectos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos pueden ser a menudo temas controversiales y delicados, la comunidad internacional ha reconocido que ya no se los puede pasar por alto (Ref:7). Para la Organización Panamericana de la Salud, el abordaje de la Salud Reproductiva en pueblos indígenas, es una prioridad, por lo tanto es importante conocer la posición de estos pueblos y particularmente de las mujeres indígenas en este tema. El promover mayor apertura para que las comunidades participen en la planificación, implementación y ejecución de las propuestas en Salud Reproductiva, determinará su control sobre los fondos disponibles y su responsabilidad en el seguimiento, supervisión y

evaluación de las mismas, asegurándose de que la prioridad de los programas de Salud Reproductiva sea la protección de la mujer, del hombre y del niño.

5. PROPUESTA METODOLÓGICA

5.1 La investigación dentro de un proceso de cambio

La salud es un valor que no está igualmente distribuido, no importa si el individuo es indígena o no. La distribución está relacionada con las "oportunidades de la vida": dónde nació la persona, quiénes fueron sus padres, etc. Por lo tanto, es importante entender cómo maximizar la distribución sin olvidar la influencia, que en este aspecto tienen las políticas de las diferentes áreas públicas, no sólo las del sector salud. Al plantearnos una investigación tenemos que analizar, antes de nada, cómo el proceso y los resultados de la misma van a influenciar en las condiciones de vida de los pueblos indígenas.

En general las propuestas de investigación y el acercamiento a la comunidad, en particular, crean expectativas. Al obtener la información y el conocimiento de la situación de la comunidad, no estamos seguros de que la gente que toma las decisiones realmente tomará en cuenta la información. La credibilidad del investigador está en juego. El involucrar a los diferentes sectores que están presentes en la comunidad determinará el compartir responsabilidades desde el inicio de las propuestas.

En este contexto, la investigación debe ser entendida como la generación de conocimiento que contribuya a la solución de problemas; debe ser aplicable y debe usar los recursos locales disponibles óptimamente, como un proceso que lleva a una escala de logros (Ref: 8).

En este proceso existen cinco etapas:

- 1) *Presentación de un hecho en los ojos del mundo.* Por ejemplo, el momento que la gente habla sobre violencia doméstica, o discriminación, o la existencia de técnicas beneficiosas en el conocimiento indígena, ya es un éxito. En esta etapa, no va a haber un cambio de las políticas, pero la sensibilización de la sociedad civil por la difusión del tema promoverá el mejor conocimiento del mismo y llevará a la segunda etapa de este proceso.
- 2) *Generación de debate sobre un tema.* Esto conduce a más investigación, ya que crea inquietud y se difunde el interés por el tema.
- 3) *Presentación de hechos negativos a la opinión pública.* Esto puede frenar políticas nocivas.
- 4) *Presentación de resultados que promuevan un cambio en los programas de políticas actuales.* Esto es ya la contribución concreta de la investigación.
- 5) *Desarrollo de nuevas políticas,* como la meta de la utilización efectiva de la investigación.

La documentación y presentación de problemas locales específicos a las comunidades indígenas, en idioma nativo cuando el caso lo amerite, o en un lenguaje simple, contribuirán al autoconocimiento de los problemas por parte de la comunidad y a un análisis compartido que estructure una epidemiología alternativa provista de variables aplicables a contextos particulares, a fin de convertirse en el apoyo a la formulación de políticas según las necesidades de estos pueblos.

El reconocimiento de la diversidad de los pueblos indígenas recoge la necesidad de formular propuestas que respondan a situaciones y contextos que varían de un país a otro, de una región a otra y de un pueblo a otro. En este sentido la investigación, provista de una metodología adecuada, es una herramienta de cambio en potencia que contribuirá a generar respuestas tan variadas y diversas como las situaciones y los pueblos las exijan; la necesidad de incorporar el abordaje integral a la investigación con pueblos indígenas supone la colaboración mutua de la metodología epidemiológica con la metodología sociológica y antropológica tanto en su abordaje cuantitativo como cualitativo complementariamente, para asegurar que la voz de la comunidad de contenido y estructura al análisis de los problemas, dentro de reconocidos marcos científicos.

La tendencia mayoritaria de traducir lo científico a términos estadísticos ha ignorado la validez científica de la metodología cualitativa, y la descripción de los pasos previos de conocimiento de la comunidad y de establecimiento de una relación de confianza, como parte de la metodología de investigación con pueblos indígenas. Ante la necesidad de obtener información que visualice las reales condiciones de estos pueblos, surgen estas preguntas: ¿Cómo se deben obtener los datos necesarios? ¿Qué tipo de datos son importantes y cuáles los indicadores más adecuados?

La desmitificación de la investigación, la hará accesible a la gente que no tiene una educación tan especializada. Una de las premisas importantes es capacitar a la gente en las comunidades para generar datos locales y poner en manos de la comunidad el diagnóstico de salud para promover la implementación de programas, identificación de prioridades, acciones, soluciones e indicadores de impacto y evaluación propios.

El marco de referencia de una investigación debe entender lo conceptual y el modelo social, de acuerdo a la ciencia que la está planteando. Se debe, además, considerar los prejuicios que puede tener el investigador y la gente de su equipo y el contexto que favorece, muchas veces, la explicitación de los mismos.

5.2 Técnicas de evaluación rápida

El proceso de planificación, acción, reflexión, acción participativas de la investigación operativa, corresponde metodológicamente a una combinación de estrategias técnicas/metodologías, que incluyen: estrategias de acercamiento y conocimiento de la comunidad, estrategias de intervención específicas de acuerdo al caso o problema, estrategias de comunicación y de retroalimentación en la generación de conocimiento y soluciones. En este proceso la comunidad recuperará su capacidad de gestión y se constituirá en un verdadero ente participativo y corresponsable de su bienestar.

La metodología de investigación actualmente dispone de técnicas cuantitativas y cualitativas, cuya utilidad ha sido probada en diferentes ámbitos. En el caso particular de la investigación con pueblos indígenas reconocemos las limitaciones que presentan cada una de ellas individualmente.

En el presente documento presentamos una descripción de las técnicas de evaluación rápida con el ánimo de promover la reflexión en la búsqueda y desarrollo de alternativas nuevas y/o complementarias, válidas y factibles en el trabajo conjunto con los pueblos indígenas en contextos particulares.

La metodología de evaluación rápida incluye un conjunto de técnicas epidemiológicas y antropológicas, que permiten obtener información en forma rápida, simple y con bajo costo. Las técnicas de evaluación rápida incluyen el uso de:

- a) *Informantes claves*: Es un grupo selecto de 25-50 personas que deben tener conocimiento y experiencia en el tema a investigarse y estar abiertos a responder cuestionarios. La identificación de estas personas no está basada en la probabilidad sino en el criterio del investigador. Por medio de la entrevista directa se obtienen sólo los elementos esenciales.
- b) *Grupo Focal*: Es un grupo conformado por 8 a 12 personas, el número ideal es 8, cuya dinámica se asemeja a una entrevista grupal donde el papel del moderador es clave. El moderador, que es a su vez el investigador que presentará las conclusiones, debe ser una persona muy hábil, capaz de mantener el interés del grupo, obtener ideas, sugerencias, conclusiones, sin influenciar a los participantes. Los resultados obtenidos sirven para compararlos con los de los informantes claves. Los grupos focales son útiles para hablar sobre las creencias, actitudes, cultura, para obtener el consenso popular sobre algunos temas, constituyen una herramienta de conocimiento de las poblaciones en desventaja. En las comunidades indígenas deben ser organizados por los líderes indígenas, como un mecanismo que impulse la apropiación de las propuestas que surjan del proceso.
- c) *Entrevistas comunitarias*: Son entrevistas directas realizadas en la comunidad en reuniones públicas, abordan temas específicos o de actualidad, por ejemplo el cólera, y llevan a la reflexión.
- d) *Observación directa del universo de acción*: En la observación directa, se requiere la preparación de "formularios de observación" donde los datos que se desea obtener están organizados metódicamente. Para minimizar la influencia de prejuicios personales en la aplicación de esta técnica se prefiere la participación de un equipo de investigadores.
- e) *Encuestas Informales*: En las encuestas informales 25 a 50 personas contestan libremente a preguntas sobre ellos mismos en sus propias palabras. No es una muestra de probabilidad, es un grupo de personas afectadas directamente por un problema en

particular. Por ejemplo, en una epidemia los informantes son los padres de los niños que han sufrido la enfermedad.

Las encuestas epidemiológicas rápidas se basan en una adaptación de técnicas epidemiológicas standard. Algunas de las técnicas para evaluación epidemiológica rápida son: muestreo en una área geográfica limitada, técnicas de muestreo de grupos cerrados, evaluación y seguimiento de los factores de riesgo.

5.2.1 Limitaciones

Las técnicas de evaluación rápida, son útiles, menos costosas, rápidas, menos complejas, generan ideas y recomendaciones, son flexibles y aceptadas científicamente, sin embargo tienen limitaciones. En cuanto a su confiabilidad y validez, al no escoger una muestra al azar, ésta puede no ser representativa. La selección de la muestra y de los datos obtenidos pueden estar influenciados por los prejuicios del investigador, preferencias personales, puntos de vista del observador o del entrevistador. Su validez depende en gran parte de la capacidad del investigador y de su conocimiento de la cultura y de la comunidad.

Estas técnicas generan datos cualitativos y cuantitativos; a menudo los datos cualitativos son difíciles de registrar, codificar y analizar, objetivamente. Si la muestra no es representativa, la generalización no es posible y puede ser perjudicial cuando están de por medio decisiones de intervención. Por lo general, las personas que tienen en su responsabilidad la toma de decisiones prefieren basarse en datos cuantitativos. Sin embargo los datos cualitativos obtenidos por medio de la metodología adecuada, particularizan a los datos cuantitativos y los contextualizan.

5.2.2 Utilidad de estas técnicas

Estas técnicas son útiles:

- cuando las descripciones o datos cualitativos son suficientes para la toma de decisiones. Por ejemplo, ante la presencia de una epidemia, o una catástrofe, o si se quiere implementar algún programa, como la provisión de agua;
- para entender actitudes en cuanto a un programa de intervención o un programa en marcha, para obtener opiniones en cuanto a si se continúa con el trabajo presente o no;
- cuando las cifras cuantitativas necesitan ser interpretadas. Por ejemplo si el 25% de la población no está usando un servicio y queremos saber por qué;
- cuando el objetivo primordial es desarrollar sugerencias y recomendaciones;
- cuando se quiere identificar pautas para desarrollar cuestionarios, propuestas, hipótesis para estudios más comprehensivos.

5.2.3 Selección de las personas

La selección de las personas se realiza de acuerdo al asunto a tratarse. Por ejemplo, si se desea conocer la opinión de los adolescentes sobre un tema específico, el grupo no puede estar conformado por gente de cualquier edad; si existen tensiones entre diferentes sectores, los sectores involucrados en el conflicto no pueden participar en el mismo grupo si se desea avanzar en las soluciones al conflicto. La claridad de los objetivos para conformar un grupo focal, el conocimiento de la problemática a tratarse, la imparcialidad, ética y habilidad del investigador en la identificación de las personas apropiadas, son fundamentales.

Las técnicas de evaluación rápida son una metodología poderosa y la observación el mejor método de aprendizaje. En la generación de conocimiento debemos plantear hipótesis que a veces reten a la verdad previa.

Comprender y entender profundamente los datos que se obtienen es un proceso que demanda paciencia. El abrir la posibilidad a posturas menos académicas, pero igualmente válidas, complementaría la metodología disponible e identificaría alternativas particulares en la investigación con pueblos indígenas.

6. RECURSOS Y GESTIÓN

La complejidad de la problemática de los pueblos indígenas, y las precarias condiciones de vida y salud de estos pueblos rebasan los recursos disponibles. La crisis económica que afecta a la Región ha llegado a todos los niveles determinando que el acceso a los recursos sea cada vez más difícil, particularmente para acciones con grupos por siempre marginados. Paradójicamente los cambios y corrientes que vive la Región pregonan la equidad.

Al igual que en otros aspectos, el casi ausente poder del mundo indígena se traduce en la falta de conocimiento de su realidad y sus reales capacidades, obstaculizando la movilización de recursos. Un acercamiento de conocimiento mutuo y diálogo respetuoso entre los dos mundos, disipará los recelos y el temor de "perder poder" en beneficio del menos poderoso. La promoción de instancias pluralistas, interdisciplinarias e intersectoriales con poder de decisión, en las cuales los principales actores sean los representantes de los pueblos indígenas es indispensable. Esta promoción permitirá la elaboración de propuestas realistas que impidan la duplicación de esfuerzos, promuevan la coordinación entre las diferentes organizaciones, la mejor utilización de los recursos disponibles, el seguimiento, supervisión y evaluación de las mismas en el marco de un plan local, nacional, subregional o regional.

En este contexto, la experiencia de instituciones como el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), que apoyan abiertamente a las propuestas innovadoras en la investigación con pueblos indígenas y a la formación de investigadores en este campo, es primordial.

Si bien es cierto que la Organización Panamericana de la Salud, por su prestigio, capacidad técnica y presencia en la Región ha sido la depositaria y canalizadora de recursos desde varias financieras, este mecanismo no debe ser tomado como un requisito para la obtención de recursos. El nivel local, nacional, subregional y regional, y los mismos pueblos indígenas deben compartir la responsabilidad de esa búsqueda y por lo tanto del manejo de recursos.

El fortalecimiento de las organizaciones indígenas es fundamental para su gestión eficiente y eficaz en el manejo de los recursos. La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, acatando el mandato explícito en la Resolución V, y lo expuesto en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995 - 1998, OPS/OMS está promoviendo este fortalecimiento al priorizar el entrenamiento de líderes indígenas, la participación de representantes indígenas en la revisión de documentos y proyectos, y la contratación de personas indígenas para el trabajo de la Organización con estos pueblos. Además, congruente con la relevancia del abordaje integral de la salud, ha iniciado un proceso interprogramático de apoyo y elaboración de propuestas para la movilización de recursos.

7. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que a continuación se presentan, intentan contribuir a la operacionalización del abordaje integral de la salud en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas en lo que se refiere a la investigación:

- 1) La Organización Panamericana de la Salud, a través de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, presenta una propuesta integradora que concuerda con los aspectos fundamentales de los pueblos indígenas, por lo tanto se recomienda promover la consolidación de un trabajo conjunto, multidisciplinario e intersectorial, basado en la comunicación, coordinación y difusión de información, garantizando la participación de las organizaciones y comunidades indígenas, de manera que las bases tengan un rol activo y responsabilidad compartida tanto en la identificación de prioridades en la investigación, búsqueda de recursos, formulación de propuestas, como en el seguimiento, supervisión y evaluación de las mismas.
- 2) El conocimiento en cuanto al proceso que ha seguido la investigación con pueblos indígenas y sobre los recursos humanos disponibles es imprescindible, por lo tanto se recomienda:
 - a) promover a nivel de los países y/o subregiones el análisis de la investigación sobre el tema de la salud de los pueblos indígenas para poder identificar sus fortalezas y debilidades; sus marcos conceptuales y en base a las conclusiones, determinar las prioridades para el futuro;
 - b) la formación de un banco de datos sobre investigadores indígenas e instituciones dedicadas a la investigación con pueblos indígenas que cuenten entre sus profesionales a personas indígenas.
- 3) Considerando que la ausencia de información específica sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, contribuye a su marginación y olvido en las políticas de salud e impide cuantificar el impacto de las propuestas y proyectos con estas comunidades, se recomienda:
 - a) que el análisis de las condiciones de los pueblos indígenas no se basen en los datos nacionales;
 - b) que la OPS impulse la formación de un banco de datos y su análisis a nivel de país que visualice las condiciones de los pueblos indígenas tanto a nivel nacional como local y de ser posible, por comunidades indígenas, a través de sus oficinas nacionales, en conjunto con el Ministerio de Salud y las organizaciones indígenas;
 - c) que la OPS promueva la inclusión de la variable étnica y de género en los sistemas de información del país;

- d) que se promueva la identificación de variables alternativas en el análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.
- 4) Puesto que los pueblos indígenas no constituyen una entidad aislada de la dinámica general de la Región, se recomienda enmarcar cualquier propuesta de investigación en este contexto, considerando los aspectos socioculturales.
- 5) Las experiencias negativas producto de investigaciones impuestas han contribuido a la desconfianza de los pueblos indígenas, por lo tanto se recomienda:
 - a) que en todos los proyectos de investigación con pueblos indígenas se incluya la evaluación del impacto del mismo tanto en el medio ambiente, como en la salud y en la cultura de estos pueblos.
 - b) promover la consulta entre los representantes indígenas en relación a este tema.
- 6) Reconociendo la validez del conocimiento indígena y de sus prácticas, el enfoque holístico y la vigencia de los terapeutas indígenas, se recomienda:
 - a) determinar las pautas a seguirse en cuanto a la disseminación y el intercambio de conocimiento entre los terapeutas indígenas;
 - b) seguir un proceso de investigación de los sistemas médicos indígenas y sus prácticas en el campo de la salud integral, llevado a cabo por los pueblos indígenas, sus autoridades formales y tradicionales (representantes, miembros del consejo de ancianos) y los recursos humanos de la salud indígena;
 - c) plantear las propuestas de investigación de manera integral, evitando considerar aspectos aislados de la cultura indígena y del habitat donde se desenvuelven estos pueblos, por ejemplo, estudios de plantas medicinales fuera del contexto cultural. Todo esto se deberá hacer por medio de métodos que no atenten contra la seguridad del individuo, la comunidad, y del medio ambiente.
- 7) Considerando que los pueblos indígenas son los dueños absolutos de sus conocimientos, se insiste en que se promueva el establecimiento oficial de normas que favorezcan a estos pueblos en cuanto a los derechos de propiedad intelectual y los beneficios obtenidos de la investigación.
- 8) Reconociendo que la dinámica de los pueblos indígenas es diferente se recomienda considerar estas diferencias en la planificación de la investigación y en los aspectos referentes a la contratación de investigadores.
- 9) Puesto que existe falta de conocimiento de la realidad de los pueblos indígenas se recomienda que la Organización Panamericana de la Salud promueva una campaña de sensibilización a todos los niveles, incluyendo el uso de los medios de comunicación y la participación de la sociedad civil y formación de recursos locales en investigación.

- 10) La falta de información en cuanto a los requerimientos para acceder a financiamiento ha impedido la participación de investigadores indígenas en la presentación de propuestas para sus pueblos, por lo tanto se recomienda la difusión de la información disponible en este sentido.
- 11) Reconociendo la necesidad de la participación sistemática, igualitaria de las organizaciones indígenas, se recomienda:
 - a) fortalecer a las organizaciones indígenas tanto a las que tienen presencia Regional, como las del nivel Subregional, nacional y local;
 - b) promover el contacto e intercambio de experiencias entre los representantes indígenas a nivel de la Región;
- 12) En reconocimiento de la necesidad del establecimiento de un proceso de educación intercultural:
 - a) se recomienda codificar la información disponible en investigación, en cuanto a los conocimientos occidentales e indígenas, de tal manera que sea accesible a todos;
 - b) promover la participación de representantes indígenas a las reuniones nacionales e internacionales, tanto a las que aborden temas que los involucre, como aquellas que incluyan temáticas generales;
 - c) promover la incorporación del conocimiento intercultural en los pensums de estudios de las escuelas de formación de recursos humanos en la investigación.
- 13) Considerando que este tipo de reuniones promueven la reflexión y el intercambio de experiencias, se recomienda promoverlas, como un paso previo a la consolidación de un grupo asesor en lo referente a investigación con pueblos indígenas.
- 14) Considerando que el tema tratado en el grupo de trabajo de investigación tiene como principales actores a los pueblos indígenas, se recomienda difundir el documento producto del grupo de trabajo de investigación a las diferentes organizaciones indígenas del país, reconociendo que se contó con participantes indígenas y que estos pueblos estuvieron representados en el grupo de trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una agenda regional para la Reforma del Sector Salud, documento de la Reunión especial sobre Reforma del Sector Salud, Washington, D.C., 1995.
2. Alderte E. The Formulation of a Health Research Agenda by and for Indigenous Peoples: Contesting the Western Scientific Paradigm. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol. 2(3), 1996.
3. Benjamín C. Tienssen R. Indigenous Peoples in a against the global Economy Labour, Capital and Society. Vol. 26(2):252-261, 1994.
4. Cunningham M. Expectativas de de salud de los pueblos indígenas, ponencia presentada en la reunión sobre Colaboración ONGs-Gobierno fomentada por la OPS, Washington, D.C., 1996.
5. De Souza M.C. Os Muitos Brasis: Saúde e populacao na década de 80. Rio de Janeiro, 1995.
6. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas, PAHO/HSS/SILOS-34.1993.
7. Family Care International. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. New York, 1995.
8. Fields Les W. Who are the Indians? Reconceptualizing indigenous identity, resistance, and the role of social science in Latin America. *Latin American Research Review*, Vol 29 (3):237-248, 1994.
9. Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health. Report and Recommendations, Oxford, September 1995.
10. Hartmann B. Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control. Massachusetts, 1995.
11. Islam A. Focus Groups: A Tool for Qualitative Research. Ottawa, Canada, 1995.
12. Las Condiciones de Salud de las Américas. Vols I y II, Publicación Científica No 549. OPS/OMS, Washington, D.C.,1994.
13. Ortiz R. Indians of the Americas. London:Zed Books, 1984.

14. Palacio J. Brief Summary Statement on Research on Indigenous Peoples. fax, diciembre 8, Belize, 1995.
15. Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional. Consejo de Médicos Indígenas Tradicionales, México, D.F., 1992.
16. Stavenhagen R. The Indian Resurgence in Mexico. Cultural Survival Quarterly Vol. 8 (2,3):77-80.
17. Warren K. Language and the politics of self-expression-Maya revitalization in Guatemala. Cultural Survival Quarterly Vol.18 (2,3):81-86.
18. Watanabe J. Unimagining the Maya: Anthropologists, Others, and the Inescapable Authorship. Bulletin of Latin American Research Vol.14(1):25.
19. Yúnez del Pozo J. Comunicación personal. Washigton, D.C., mayo 19, 1996.

Grupo de Trabajo sobre Investigación con Pueblos Indígenas

Agenda:**Primer día: Investigaciones e Investigadores en la Región**

- 08:30 am. Presentación de los participantes
- 09:00 Objetivos, expectativas y metodología del Taller - **Dra. Sandra Land**
- 09:15 La Investigación en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: **Dra. Rocío Rojas**
- 09:30 Corrientes de Investigación Presentes en la Región (incluyendo lo referente a la práctica de la Medicina Tradicional) - **Dr. Joseph Palacio**
- 10:30 Café
- 10:45 Principales obstáculos en el trabajo de investigación con pueblos indígenas - **Dr. Anwar Islam**
- 12:30 pm Almuerzo
- 02:00 Areas Prioritarias en investigaciones con pueblos indígenas - **Sra. Wara Aldarete**
- 03:15 Café
- 03:30 Necesidad de investigación sobre Salud de los Pueblos Indígenas en áreas como:
a. Enfermedades transmisibles, incluyendo enfermedades transmitidas por vectores
Dr. Fabio Zicker
- 04:30 b. Salud Reproductiva - **Sra. Isabel Hernández**

Segundo día: Metodologías de Investigación con Pueblos Indígenas

- 08:30 am. Eficiencia y utilidad de las metodologías disponibles en la investigación con pueblos indígenas - **Sra. Alice Pineda**
- 10:30 Café
- 10:45 Metodologías Alternativas según el tipo de investigación (epidemiológica, operacional, participativa, colaborativa, etnográfica - **Sra. Wara Aldarete**
- 12:30 pm. Almuerzo
- 02:00 Metodología en cuanto al abordaje integral de la salud de los pueblos indígenas y su saber médico, y en cuanto a sus problemas de salud (enfermedades crónicas, incapacidad

física, salud mental, violencia, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etc.) - **Dr. Joseph Palacio**

04:00 Café

04:15 Metodologías en el abordaje de áreas específicas: Técnicas de evaluación rápida, elaboración de protocolos, elaboración de cuestionarios, identificación de indicadores adecuados, identificación de mecanismos idóneos de comunicación, elaboración de programas de entrenamiento en Investigación, etc. - **Dr. Anwar Islam**

Tercer día: Legislación, ética e investigación

08:30 am. Los códigos de ética internacionales en la investigación con pueblos indígenas (reglamentación de la propiedad intelectual)

09:30 Fuentes de financiamiento en investigación con pueblos indígenas
Programa de Subvención - OPS - **Dra. Rebecca de los Ríos**

10:30 Café

10:45 Propuestas

12:30 pm Almuerzo

02:00 Propuestas

04:00 Café

04:15 Presentación de conclusiones relevantes

Clausura

Noviembre 1995

Nómina de participantes

Lc. Wara Aldarete

Argentina
Research Associate
School of Public Health
University of California, Berkeley
2140 Shattuck Ave. Suite 801
Berkeley, CA 94704
Tel. (510) 841-8877
Fax (510) 204-9710

Dr. Anwar Islam

Medical Sociologist
Health Sciences Division
International Development Research Center
250 Albert St.,
Ottawa Canada
Tel (613) 236-6263
Fax (613)2387230

Dra. Sandra Land

Organización Panamericana de la Salud
División de Desarrollo de Sistemas y
Servicios de Salud
525 23rd Street, N. W.
Washington, D. C. 20037
Tel. (202) 974-3214
Fax (202) 974-3641

Dr. Enrique Fefer

Organización Panamericana de la Salud
División de Desarrollo de Sistemas y
Servicios de Salud
525 23rd Street, N. W.
Washington, D. C. 20037
Tel. (202) 974-3238
Fax (202) 861-3610

Lic. Alice Pineda

Enfermera - Epidemióloga
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud -
Managua
Semáforos Repuestos
a 15 75 vrs. al Sur
Apartado 3507
Managua, Nicaragua
Internet ciesuniv@uni.rain.ni
Tel: 78-3700, 78-3688, 78-4383
Fax: 78-6775

Dr. Joseph Palacio

University of West Indies
University Centre
P.O. Box 229
Belize City, Belize
Tel. 501-2-30484/35320
Fax 501-2-32030

Dr. Gerard Bodeker

Global Initiative For Traditional Systems
(GIFTS) of Health
Department of Dermatology, The Churchill
Headington, Oxford OX3 7LJ England
Tel. +44 1865 228274
Fax +44 1865 228260

Dra. Rebecca de los Rios

Organización Panamericana de la Salud
División Salud y Desarrollo Humano
525 23rd Street, N. W.
Washington, D. C.
Tel. (202) 974-3115
Fax (202) 974-3663

Lcda. Isabel Hernandez

UNFPA
Santiago, Chile

Dra. Rocío Rojas

Consultora
Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas
Organización Panamericana de la Salud
División de Desarrollo de Sistemas y
Servicios de Salud
525 23rd Street, N. W.
Washington, D. C. 20037
Tel. (202) 974-3827
Fax (202) 861-3641

Dra. María Rumbaitis

Banco Inter-Americano de Desarrollo
Consultora
Unidad de los Pueblos Indígenas y
Desarrollo Comunitario
1300 New York Ave., N. W.
Washington, D. C. 20577
Tel. (202) 623-2836
Fax (202) 623-1463

Ponencias de los participantes

- **Dr. Anwar Islam**
Focus Groups: A tool for qualitative research, Ottawa, Canada, 1995
- **Lic. Alice Pineda**
Eficiencia y utilidad de las metodologías disponibles en la investigación con pueblos indígenas
- **Lic. Isabel Hernández**
Salud Reproductiva con poblaciones indígenas en América Latina
- **Lic. Wara Aldarete**
Investigación con pueblos indígenas: ¿Áreas prioritarias o temas significativos?

Documentos de referencia

1. Declaración del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, 1994.
2. Resolución V, 1993.
3. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas, 1993. PAHO/HSS/SILOS-34.
4. Plan de Acción 1995-1998 de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas OPS/HSP/HSO/95.22, 1995.
5. Plan de Trabajo 1995-1996, Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, HSP/HSO, 1995.
6. Incorporación del enfoque de género en los Programas de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas, PAHO/HDW/95-002, Washington, D.C., 1995
7. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Normas Éticas Internacionales para las investigaciones Biomédicas con sujetos humanos., 1992.
8. Division of Mental Health, World Health Organization, Qualitative Research for Health Programmes, Geneva, 1994.
9. Manual sobre Políticas, Normas y Procedimientos, documento del Programa de subvenciones para la investigación en salud de la División de Salud en el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1994.
10. Áreas, Líneas y Temas Prioritarios de Investigación, documento del Programa de subvenciones para la investigación en salud de la División de Salud en el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1994.
11. Hernández, Isabel., EAT-FNUAP/FLACSO., La Investigación Sociocultural en Población: Un enfoque innovador para América Latina y El Caribe, Santiago de Chile, 1995.
12. WHO Report on the Tuberculosis Epidemic, 1995, Geneva, 1995
13. Joseph O. Palacio, Health conditions of aboriginal peoples in Belize, Guyana, and Suriname, Report submitted to PAHO, Washington, D.C., 1994.
14. Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health, Report and Recommendations, Oxford, September 1995.
15. Ruiz Magda, Bodnar Y., El carácter multiétnico de Colombia y sus implicaciones censales. Documento presentado en el Seminario Taller "Investigación Sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas", Santa Cruz, Bolivia, 1993.

16. Peyser Alexia, Chackiel J., La población indígena en los censos de América Latina. Documento presentado en el Seminario Taller "Investigación Sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas", Santa Cruz, Bolivia, 1993.
17. Urrea Girardo Fernando., Pobladores urbanos redescubiertos: Presencia indígena en ciudades colombianas. Documento presentado en el Seminario Taller "Investigación Sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas", Santa Cruz, Bolivia, 1993.
18. Recolección de datos: Censos Nacionales de Población y Vivienda y Censos Indígenas. Documento presentado en el Seminario Taller "Investigación Sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas", Santa Cruz, Bolivia, 1993.
19. Bridge, An international newsletter linking the producers and users of Health Systems Research and Clinical Epidemiology, Number 12 and 13, 1993.
20. Instituto Indigenista Interamericano, América Indígena, Vol. LIII, No 4, oct-dic.

INICIATIVA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS
BANCO DE DATOS

[illegible]

PUBLICACIONES DE LA DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

SERIE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

- 1 - LA DESCENTRALIZACIÓN, LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 2 - GUIDELINES FOR DEVELOPMENT OF EYE CARE PROGRAMS AND SERVICES IN THE CARIBBEAN
- 3 - LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS PARA LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS FUNCIONALES DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD
- 4 - CONSIDERACIONES SOBRE RECTORÍA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA
- 5 - MACROCONDICIONANTES EXTERNOS AL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 6 - DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN SECTORIAL EN SALUD (UNA PROPUESTA OPERACIONAL)
- 7 - EL NUEVO PAPEL DE LAS REGULACIONES GUBERNAMENTALES EN SALUD A CARGO DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 8 - LA CUESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO Y EL NUEVO PARADIGMA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA
- 9 - REUNIÓN SUBREGIONAL SOBRE RECTORÍA SECTORIAL Y LIDERAZGO DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- 10 - REUNIÓN REGIONAL SOBRE PROGRAMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS REFORMAS SECTORIALES
- 11 - ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTROAMÉRICA
- 12 - SISTEMAS DE PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS EN PAÍSES LATINOAMERICANOS Y DE LA OCDE (VERSIÓN PRELIMINAR) (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 13 - GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS EN POLÍTICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS NACIONALES DE SERVICIOS DE URGENCIA MÉDICA. INFORME FINAL (10-12 DE SEPTIEMBRE DE 1997, MÉXICO, D.F., MÉXICO) (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 14 - LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PERFILES DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN
- 15 - REUNIÓN CENTROAMERICANA DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD. INFORME FINAL. SAN JOSÉ, COSTA RICA, 20-22 DE AGOSTO DE 1997
- 16 - LA ENFERMERÍA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 17 - LA PRÁCTICA DE LA RECTORÍA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA
- 18 - THE PAN AMERICAN NETWORK OF NURSING AND MIDWIFERY COLLABORATING CENTERS. NURSING AND MIDWIFERY MAKING A DIFFERENCE. PANMCC MEETING, 7-8 OCTOBER 1998
- 19 - ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL INFORME DE REUNIÓN, SAN JUAN, PUERTO RICO, 9-10 DE FEBRERO DE 1998 (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 20 - FRAMEWORK FOR A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CHANGES IN NURSING PRACTICE, REGULATION AND EDUCATION IN THE CONTEXT OF HEALTH REFORM

SERIE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y TECNOLOGÍA

- 1 - DIRECTORIO DE FACULTADES DE FARMACIA DE AMÉRICA LATINA Y DE ESPAÑA
 - 2 - ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA EN AMÉRICA LATINA
 - 3 - LA FARMACIA EN UN MARCO DE ATENCIÓN REGULADA
 - 4 - DIRECTORIO DE AUTORIDADES NACIONALES DE REGISTRO Y DE CONTROL DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS. REGIÓN DE LAS AMÉRICAS
 - 5 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: CONCEPTUALIZACIÓN (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.1 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: SELECCIÓN Y FORMULARIO DE MEDICAMENTOS
 - 5.2 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: LOGÍSTICA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
 - 5.3 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA
 - 5.4 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS
-

-
- 5.5 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE AMBULATORIO
 - 5.6 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
 - 5.7 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: FORMULACIONES MAGISTRALES
 - 5.8 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE USO INTRAVENOSO
 - 5.9 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: NUTRICIÓN PARENTERAL (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.10 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: RECONSTITUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS
 - 5.11 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: SEGUIMIENTO A LA TERAPIA MEDICAMENTOSA (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.12 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.13 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.14 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: USO DE MEDICAMENTOS BAJO INVESTIGACIÓN (*EN PREPARACIÓN*)
 - 5.15 - GUÍA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS: FARMACOCINÉTICA CLÍNICA
 - 6 - CONFERENCIA PANAMERICANA SOBRE ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA. ANALES (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 7 - ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA BANCOS DE SANGRE
 - 7.1 - GUÍA DE CONTROL DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS "ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA BANCOS DE SANGRE"
 - 8 - GRUPO DE CONSULTA PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL COMITÉ DIRECTIVO DE LAS CONFERENCIAS PANAMERICANAS SOBRE ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA (14-15 DE ENERO DE 1999, CARACAS, VENEZUELA) (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 9 - CONSULTA DE EXPERTOS EN BIOEQUIVALENCIA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS. CARACAS, VENEZUELA, 13-15 DE ENERO DE 1999. INFORME FINAL. (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 10 - ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE LEGISLACIONES EN MEDICAMENTOS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN
 - 11 - GUÍA METODOLÓGICA PARA INVESTIGACIÓN DE ASPECTOS SOCIO-CULTURALES RELACIONADOS CON DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 12 - NORMAS FARMACOLÓGICAS DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (NFCARD)
 - 13 - PLAN BÁSICO DE EDUCACIÓN FARMACÉUTICA . (PROPUESTA DE GRUPO DE TRABAJO. LIMA, PERÚ, DEL 6 AL 9 DE JULIO DE 1998) (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 14 - OPORTUNIDADES DE POSTGRADO OFRECIDAS POR LAS ESCUELAS/FACULTADES DE FARMACIA LATINOAMERICANA
 - 15 - PROPUESTA DE NORMAS ARMONIZADAS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS CON MEDICAMENTOS. REGIÓN DE LAS AMÉRICAS (INFORME DE REUNIÓN, 17-19 DE MAYO DE 1999, BUENOS AIRES, ARGENTINA) (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 16 - TALLER SOBRE EVALUACIÓN DE SOLICITUDES DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS (PANAMÁ, DEL 10 AL 14 DE MAYO DE 1999)
 - 17 - REUNIÓN DE CONSULTA SOBRE REGULACIÓN DE EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS (WASHINGTON, D.C., DEL 20 AL 22 DE OCTUBRE DE 1999) (ESPAÑOL/INGLÉS)
 - 18 - II CONFERENCIA PANAMERICANA DE LA ARMONIZACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN FARMACÉUTICA (2-5 DE NOVIEMBRE DE 1999 – WASHINGTON, DC – INFORME FINAL) (ESPAÑOL E INGLÉS)

SERIE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD

- 1 - TELECOMUNICACIONES EN SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 2 - NUEVO PARADIGMA PARA EL DESARROLLO Y LA EVALUACIÓN DE LA TELEMEDICINA: UN ENFOQUE PROSPECTIVO BASADO EN UN MODELO
 - 3 - REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS PARA TRES PAÍSES DE CENTROAMÉRICA
-

4 - LA TELEMÁTICA Y LA UNIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- 1 - RELATORÍA DE LA REUNIÓN SOBRE FORMACIÓN Y UTILIZACIÓN DE TÉCNICOS MEDIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS
- 2 - TESAURO SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
- 3 - INFORME TALLER REGIONAL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
- 4 - STUDY OF INTERNATIONAL HEALTH ACTIVITIES AT SCHOOLS OF NURSING IN THE UNITED STATES AND SOME SCHOOLS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
- 5 - PROYECTO RED DE FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD RETS
- 6 - PLAN DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA PARA AMÉRICA LATINA: UNA PROPUESTA
- 7 - INFORME DEL TALLER REGIONAL SOBRE GESTIÓN DESCENTRALIZADORA DE RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS SECTORIALES EN SALUD (SEGUNDA VERSIÓN)
- 8 - RECURSOS HUMANOS: FACTOR CRÍTICO DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD INFORME REUNIÓN REGIONAL (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 9 - RELATORÍA REUNIÓN DE LA RED DE TÉCNICOS DE SALUD RETS
- 10 - PRODUCTIVIDADE E DESEMPENHO DOS RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- 11 - EL DESAFÍO EDUCATIVO DE LAS REFORMAS SECTORIALES: CAMBIOS EN LA CAPACITACIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA EL TRABAJO EN SALUD
- 12 - RELATORÍA DEL TALLER CENTROAMERICANO SOBRE TÉCNICOS EN SALUD
- 13 - ESTUDIO DE ACTIVIDADES EN SALUD INTERNACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN CANADÁ (ESPAÑOL E INGLÉS/FRANCÉS)
- 14 - HACIA UN NUEVO ABORDAJE EN ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
- 15 - II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA - REFORMA SECTORIAL Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. INFORME - MÉXICO, D.F., MÉXICO, 11-13 DE NOVIEMBRE DE 1998 (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 16 - FACTORES RESTRICTIVOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN EN RECURSOS HUMANOS
- 17 - HACIA EL LOGRO DE EQUIDAD Y CALIDAD DE LA RESPUESTA SOCIAL EN SALUD: INTERVENCIONES EN LA INTERFASE DE LA PRÁCTICA Y LA EDUCACIÓN MÉDICAS. PROPUESTA DE COOPERACIÓN ENTRE PAÍSES (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 18 - EL SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA EN AMÉRICA LATINA. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS. (INFORME DE UN TALLER REGIONAL, WASHINGTON, D.C., 9-11 DE ABRIL DE 1997)
- 19 - FORMACIÓN DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA CENTRADA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL: ELEMENTOS ESENCIALES. (INFORME DE UN TALLER REGIONAL, CIUDAD DE GUATEMALA, GUATEMALA, 11-14 DE AGOSTO DE 1997)
- 20 - SALUD Y TURISMO EN LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA. PRINCIPALES IMPLICACIONES
- 21 - CALIDAD Y REGULACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA. REVISIÓN DEL TEMA Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SEIS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
- 22 - ESPECIALIDADES MÉDICAS EN AMÉRICA LATINA: ANÁLISIS DE SU DISPONIBILIDAD E INSTITUCIONALIDAD EN OCHO PAÍSES SELECCIONADOS
- 23 - INFORME REUNIÓN EVALUACIÓN DE LA RED DE TÉCNICOS EN SALUD (RETS)
- 24 - INFORME DEL TALLER SOBRE PROCESOS DE APROBACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA (OTTAWA, CANADÁ, DEL 28 AL 30 DE MAYO DE 1999)
- 25 - COMPETENCIA COMO PRINCIPIO PARA PREPARACIÓN DE PERSONAL DE SALUD. BIBLIOGRAFÍA ANOTADA.

SERIE REFORMA DEL SECTOR SALUD

- 1 - REFORMA DEL SECTOR SALUD: EL CASO DE PUERTO RICO (ESPAÑOL E INGLÉS)
 - 2 - TEMAS CLAVE RELATIVOS AL RACIONAMIENTO Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD (VERSIÓN PRELIMINAR)
 - 3 - ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN PANAMÁ
-

SERIE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

- 1 - SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 2 - HACIA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD. PAUTAS PARA LA INVESTIGACIÓN CON PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 3 - TALLER PILOTO SUBREGIONAL ANDINO DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS
- 4 - INFORME EJECUTIVO TALLER SUBREGIONAL MESOAMERICANO PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD
- 5 - INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE LA OPS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 6 - FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES: ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIONES MULTICULTURALES
- 7 - MEMORIA DEL PRIMER ENCUENTRO NACIONAL SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS: HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL INTERCULTURAL EN SALUD
- 8 - INICIATIVA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS INFORME DE PROGRESO (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 9 - ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS PARA EL DESARROLLO DE LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (ESPAÑOL E INGLÉS)
- 10 - PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS
- 11 - ORIENTACIÓN DE LOS MARCOS JURÍDICOS HACIA LA ABOGACÍA EN SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS - ESTUDIOS DE LAS LEGISLACIONES DE COLOMBIA, BOLIVIA, EL SALVADOR, MÉXICO Y HONDURAS
- 12 - INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
- 13 - SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INFORMACIÓN BASE (ESPAÑOL E INGLÉS)

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ORDENAR EJEMPLARES DE LAS PUBLICACIONES DE HSP, FAVOR DIRIGIRSE A:

**DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

525 23RD STREET, N.W. WASHINGTON, D.C. 20037

Visite nuestra página electrónica en <http://www.paho.org>
