

6

Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales:

*Organización y
Provisión de Serivcios
de Salud en
Poblaciones
Multiculturales*

Agosto 1997
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

*Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales:
Organización y Provisión de Servicios de Salud
en Poblaciones Multiculturales*

**Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud**

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Washington, D.C.

Marzo, 1997

El presente documento se inscribe dentro del proceso de implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. La identificación y profundización en las áreas de *Complementación Teórica*, *Complementación Operacional*, *Promoción de la Interculturalidad* y *Marco Legal* parecen ser las más adecuadas para la consecución de los objetivos propuestos.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
SUMARIO	4
INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES	1
1.1. El tema de los Sistemas de Salud Tradicionales en la Organización Panamericana de la Salud	1
1.2 La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas	1
2. LA SALUD DENTRO DE UN EJE CONCEPTUAL DE EQUILIBRIO, ARMONÍA E INTEGRALIDAD	8
2.1 Corrientes, reformas y multiculturalidad en la Región de las Américas	8
2.2 Inequidades en salud	10
2.3 Los sistemas de salud tradicionales	12
3. APRENDIZAJE MULTICULTURAL	20
4. AREAS ESTRATÉGICAS DE OPERACIONALIZACIÓN	25
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
5.1 Inequidades en salud	32
5.2 Referencias	32
Resolución V. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS"	36

SUMARIO

Se describe la evolución del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en el tema de los Sistemas de Salud Tradicionales, el surgimiento y trayectoria de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. Se reconoce el carácter multicultural de los pueblos de la Región, cuya expresión se traduce en sociedades heterogéneas de diferente grado en los países. Se plantea además, la necesidad de formular propuestas que aporten a la colaboración de las diferentes respuestas no oficiales al nexo salud-enfermedad con los sistemas de salud oficiales y que respondan a situaciones y contextos que varían de un país a otro, de una región a otra y de un pueblo a otro. Las propuestas se basan en un proceso de aprendizaje y capacitación intercultural, de carácter multidireccional: intersectorial, interinstitucional, interdisciplinario, simultáneo y operativo. Finalmente se identifica y describe cuatro áreas estratégicas que permitirán la operacionalización de los planteamientos.

INTRODUCCIÓN

Los diferentes sistemas de salud, como respuesta de las culturas al problema de la enfermedad o como estrategia para el mantenimiento del estado de salud, emergen y se desarrollan, matizados por su mutua existencia, en las diferentes sociedades. Es decir, en estructuras localizadas en un determinado ámbito geográfico y que tienen características propias, derivadas de los diferentes procesos históricos que han delineado las relaciones políticas, sociales, económicas y culturales de los individuos que las conforman.

Este documento, en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, responde al *"Plan de Acción 1995-1998 para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas"*, como una de las estrategias en la operacionalización del Tercer Componente del Plan: *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales*. En base a la experiencia y resultados obtenidos, apoya la continuidad en la implementación de la Iniciativa. Refuerza y amplía no sólo el marco conceptual y de referencia sino las actividades que se desarrollaron y se están desarrollando, tanto a nivel Regional, como en los países, en la identificación de vías alternativas que contribuirán la estructuración de un sistema de salud accesible, eficiente y eficaz para todos los pueblos de las Américas.

1. ANTECEDENTES

1.1. ***El tema de los Sistemas de Salud Tradicionales en la Organización Panamericana de la Salud***

La misión de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos (Documento Oficial No 269).

En cumplimiento de su misión, las acciones de la Organización han llegado tanto a la población urbana como rural de los países de la Región y por lo tanto a zonas con alto porcentaje de población indígena. El tema de la medicina tradicional, ha merecido atención desde la Oficina Central y las Representaciones, en reconocimiento de su presencia innegable.

En 1983, se llevó a cabo el Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y El Caribe. En su informe, se puntualiza la necesidad de "fundamentar y ampliar el espacio de participación de las culturas médicas tradicionales en el logro de las metas de salud para la Región" (OPS/OMS, 1985 Ref:30).

Las acciones interprogramáticas de la Organización, la coordinación con instituciones internacionales y subregionales (International Development Research Center (IDRC), The Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health), Institutos Nacionales de Medicina Tradicional, el trabajo conjunto con los Parlamentos de la Región, la búsqueda de alternativas válidas para la atención de todos los pueblos de la Región, pusieron la simiente para la consolidación de un compromiso particular, explícito, de la Organización Panamericana de la Salud con la salud de los pueblos indígenas, a través de la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*.

1.2 ***La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas***

Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos, el Convenio 169 de OIT¹, las movilizaciones de los 500 años², la proclamación del "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo" por parte de la ONU, que luego sería Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo³, el Premio Nobel de la Paz a Rigoberta Menchú⁴, fueron las vertientes que

¹ 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 (OIT, 1992).

² En 1992 se cumplieron 500 años del arribo de Cristóbal Colón al Continente Americano. Con este motivo los pueblos indígenas, sus organizaciones y las organizaciones e instituciones afines a su lucha, protagonizaron diferentes eventos. Entre ellos se destacan 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 que se realizó en Estelí, Nicaragua, en octubre de 1992.

³ 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

confluyeron hacia la necesidad de promover un proceso de trabajo conjunto y coordinado en favor de los pueblos indígenas de la Región.

En este contexto, la Iniciativa 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 Gobiernos de la Región, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones indígenas y los pueblos indígenas de las Américas (OPS/OMS, 1993 Ref:34).

En el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá, se definieron los principios (Cuadro No 1) y recomendaciones para el desarrollo y operacionalización de la Iniciativa, los mismos que fueron ratificados en la Resolución V (Anexo 1) y en los talleres Subregionales de Santa Cruz, Bolivia y Quetzaltenango, Guatemala en 1994 (OPS/OMS,1994 Ref:30; OPS/OMS, 1994 Ref:31).

Cuadro No 1. Principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

- . Necesidad de un enfoque integral de la salud
 - . Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas
 - . Respeto y revitalización de las culturas indígenas
 - . Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos
 - . Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes

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.

⁴ En 1992 se le otorgó el Premio Nobel de la Paz a Rigoberta Menchú, indígena del pueblo Quiché -uno de los 22 pueblos indígenas de Guatemala -en reconocimiento a su lucha por los derechos humanos y los derechos de su pueblo.



La Resolución V (Anexo 1.), aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1993, representa el compromiso político de los Gobiernos Miembros y de la Organización Panamericana de la Salud para priorizar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la Región, enfatizando el respeto a su cultura y a los conocimientos ancestrales (Cuadro No 2).

Cuadro No 2. Resolución V *

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - b) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, dentro de la estrategia de los Sistemas de Salud Locales (SILOS), incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.
 3. Solicitar al Director que:
 - a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas.
- * Recomendaciones tomadas de la Resolución V (Anexo 1.)

Como parte del proceso de operacionalización de la Iniciativa, en 1994, se publicó y difundió información sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de la Región⁵, resaltando el rol de los sistemas de salud tradicionales en el mantenimiento de la salud de estos pueblos. Además, se apoyaron encuentros y seminarios internacionales sobre cultura y sistemas de salud tradicionales y se realizaron, proyectos e investigaciones en el tema⁶.

El trabajo durante los primeros años de la Iniciativa, a través de la Oficina Regional y de las Representaciones en los países y la necesidad de instrumentalizar de una manera sistemática las recomendaciones del I Taller Hemisférico y los mandatos presentes en la Resolución V,

⁵ Las Condiciones de Salud en las Américas. Vol I, Vol II, Publicación Científica No 549. OMS/OPS, Washington DC, 1994 (OPS/OMS Ref:32).

⁶ Algunos de los eventos y proyectos son:
Seminario Cultura, Salud y Ciencia, Quito, Ecuador
Proyecto de Cooperación Técnica entre países: México y Bolivia: Una experiencia en el trabajo con parteras tradicionales, OPS/OMS, México y Bolivia
Reuniones Regionales en colaboración con el Proyecto Global Initiative For Traditional Systems (GIFTS) of Health
"La medicina tradicional: una oportunidad para los educadores y las investigaciones de enfermería", Ponencia presentada en el IV Coloquio Internacional sobre Investigaciones de Enfermería, Concepción, Chile.
Reunión sobre Legislación y Relaciones Políticas en el Area Azteca, Maya y Andina (Memorias Publicadas, Cabieses, 1994, Ed.)

contribuyeron a la identificación de estrategias, áreas de trabajo y metas claras, en la estructuración del llamado *Plan de Acción de la OPS/OMS para el impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas 1995-1998*(OPS/OMS, 1995 Ref:28).

El Plan tiene cuatro componentes: 1) Planes, políticas, procesos, recursos humanos, nacionales y locales; 2) proyectos en problemas prioritarios y poblaciones vulnerables; 3) desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales; 4) coordinación, promoción, difusión, e intercambio de información científica técnica. En ellos se describen los logros esperados, tanto para cada uno de los años hasta 1998, como para el 2004, año de culminación del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo. La evaluación de los primeros dos años del Plan, como una herramienta de ajuste de las propuestas de operacionalización de la Iniciativa, se llevará a cabo al finalizar 1997. El presente documento enfatiza en el Componente 3 del Plan de Acción cuyos logros propuestos para 1998 se detallan en el Cuadro No 3.

Cuadro No 3. Tercer Componente del Plan de Acción *

Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales

Logros propuestos para 1998:

. Se habrán determinado pautas para el desarrollo legislativo de políticas de salud y prácticas tradicionales de salud de los pueblos indígenas basadas en el intercambio de experiencias a nivel local.

Responsable: Oficina de Representación de OPS/OMS (PWR)

. Se habrán propuesto pautas para la protección de los derechos de propiedad intelectual y otras cuestiones éticas relativas a la salud de los pueblos indígenas.

Unidad Responsable: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)

. Estará en curso un proceso de sensibilización y movilización de instituciones formadoras de recursos humanos en actividades relacionadas con la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

Unidad Responsable: Desarrollo de Recursos Humanos (HSR), Oficina de Representación de OPS/OMS (PWR)

. Estará en curso un proceso de sensibilización y capacitación a las personas que proporcionan atención de salud tendiente al establecimiento de un trabajo conjunto y de mutuo respeto. (Documentado en cuatro países).

Responsable: Oficina de Representación de OPS/OMS (PWR)

. Se habrán documentado las experiencias de articulación de las prácticas tradicionales y occidentales de salud en niveles locales en cinco países.

Unidad Responsable: Organización y Gestión de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria (HSO), Oficina de Representación de OPS/OMS (PWR)

* *"Plan de Acción 1995-1998 para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas"*

En la consecución de lo propuesto para 1998 y como parte del Tercer Componente del Plan, se ha puesto énfasis en las áreas de desarrollo legislativo e investigación. Así, en cuanto al desarrollo legislativo, en noviembre de 1995, en el VI Período Extraordinario de Sesiones del Parlamento Andino en Lima, Perú, se presentó un documento de trabajo: *"Lineamientos para la*

Regulación de la Práctica de la Medicina Tradicional". Como punto de esta reunión se creó un Grupo de Trabajo para el estudio de los temas vinculados a los pueblos indígenas, incluidos los sistemas de salud tradicionales y dentro de ellos las plantas medicinales. Así mismo, se decidió realizar una reunión interparlamentaria con este propósito.

El 1o de mayo de 1996, la Organización Panamericana de la Salud y el Parlamento Indígena de América firmaron la *Declaración de compromiso entre el Parlamento Indígena de América y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Este es un acuerdo de colaboración mutua para el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.

En este sentido, en noviembre 1996, se realizó en Quito, Ecuador la Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas con la participación de representantes del Parlamento Andino, Parlamento Indígena, Parlamento Amazónico, Organizaciones Indígenas y sectores involucrados en el bienestar de estos pueblos. En la agenda se incluyó la reflexión sobre el marco legal de la práctica de la medicina tradicional y sus terapeutas, el tema de las plantas medicinales y de la propiedad intelectual⁷.

En cuanto a la investigación, en 1995 se reunió el Grupo de Trabajo sobre Investigación con Pueblos Indígenas con la participación de tres investigadores indígenas⁸. En el mismo año, se llevaron a cabo cinco proyectos de ejecución y sistematización de experiencias en diferentes áreas de los sistemas de salud tradicionales, en Guatemala y Ecuador⁹, como parte de los Proyectos de Colaboración ONGs-Gobierno.

En 1996, desde el Programa Salud de la Familia y Población, se desarrollaron 3 proyectos (en Ecuador, Guatemala y Panamá) que aportan a la formulación de pautas en la identificación de modelos de atención en salud reproductiva a población indígena. En este mismo año, en

⁷ Las memorias de evento serán publicadas en 1997.

⁸ El documento: *"Hacia el abordaje integral de la salud: Pautas para la Investigación con Pueblos Indígenas"*, producto de las discusiones mantenidas en el Grupo de Trabajo fué publicado en 1996 y será difundido en 1997.

⁹

1. Proyecto Medicina Tradicional, Asociación Toto Integrado, ATI, Guatemala. El proyecto terminará en junio de 1996
2. Proyecto Plantas Medicinales, Asociación Médicos Descalzos de Guatemala, Guatemala.
3. Centro de Salud Comunitaria, Proyecto Chixim, Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala.
4. En la Mira de Nuestras Abuelas, Ecuador
5. El deterioro de las condiciones de salud y vida de la población indígena, Ecuador.

colaboración con la Oficina de Medicina Alternativa del National Institute of Health, se formuló el proyecto: Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base, cuyos resultados servirán de referencia para el planteamiento de estrategias y estudios en el futuro.

2. LA SALUD DENTRO DE UN EJE CONCEPTUAL DE EQUILIBRIO, ARMONÍA E INTEGRALIDAD

2.1 *Corrientes, reformas y multiculturalidad en la Región de las Américas*

Se reconoce que las desigualdades sociales en América Latina y el Caribe son de las más acentuadas en el mundo, exacerbadas como fruto de la implementación de las políticas de ajuste. Según el Centro de Estudios Para América Latina (CEPAL), entre 1980 y 1990 aumentó en 60 millones el número de pobres, alcanzando la cifra total de 196 millones con una renta mensual inferior a los US\$ 60 (OPS/OMS, 1995 Ref:27). Actualmente, 10 millones de latinoamericanos en edad y con deseos de trabajar no encuentran trabajo, mientras otros 54 millones sobreviven en actividades de baja productividad en el sector informal. El desempleo y la pobreza dificultan en gran medida el acceso a condiciones de vida razonables, reduciendo la capacidad de las personas para participar en el desarrollo y, como consecuencia, afectando negativamente la salud (OPS/OMS, 1995 Ref:27).

Como parte del proceso mundial de cambio, los países de las Américas se han orientado hacia la globalización de la economía, las comunicaciones y muchos de los servicios, con políticas neoliberales y de modernización del estado y se encuentran embarcados en procesos que conllevan algún tipo de reforma de su sector salud. En general, estos 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 (OPS/OMS, 1995 Ref:27)¹⁰. 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.

La Organización Panamericana de la Salud, insiste en los considerandos y recomendaciones presentes en la Resolución V (Anexo 1) y se compromete a operacionalizar estas reflexiones dentro del Plan de Acción para la Implementación de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas en las Región de las Américas. Lo anterior, dentro de un marco de respeto, integralidad e interculturalidad, mientras se fortalece la voluntad política de los Gobiernos

¹⁰ 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 esto, la globalización de patrones de consumo de servicios y las nuevas posibilidades de servicios abiertas por el desarrollo tecnológico en salud (Reforma, 1995).

Miembros para implementar un sistema de salud nacional acorde a los valores y prácticas de sus pueblos.

Los procesos históricos de colonización y la tendencia a homogenizar a los pueblos de la Región, han impedido considerar en serio la característica multicultural del continente. En este sentido, han sido dejados de lado, tanto el real valor de las culturas que han sobrevivido y están vigentes, como la presencia de nuevas expresiones culturales que nacieron como resultado del mestizaje y de la interacción entre las culturas (Yáñez del Pozo, 1996 a.b.).

Los habitantes del continente americano, a la llegada de los europeos, presentaban diferentes grados de desarrollo social y cultural. Los pueblos que habitaban en lo que hoy es Canadá y la parte norte de los Estados Unidos, y las regiones tropicales de América Latina, dependían de la caza, la pesca y la recolección para su subsistencia. En contraste, los pueblos de Mesoamérica y de los Andes Centrales eran sociedades agrícolas (Yáñez del Pozo, 1995-1996). Varios dominaban el uso de las matemáticas, la arquitectura, la música, la astronomía, las plantas medicinales y sus civilizaciones se encontraban entre las más desarrolladas de su época.

En el siglo XV, vivían en las Américas cerca de 80 millones de indígenas (Schwerin, 1984). La invasión europea desequilibró la dinámica de estos pueblos. Probablemente el efecto más drástico de este desequilibrio, catalogado por los investigadores modernos como un verdadero desastre demográfico, fue la masiva disminución de la población. La población indígena del continente disminuyó entre el 95 y 96 por ciento en 130 años y la población indígena del Caribe fue exterminada en menos de 50 años (Cambridge, 1992).

Las principales causas de esta "catástrofe demográfica" fueron la introducción de nuevas enfermedades como la viruela, el sarampión, el tifus, la fiebre amarilla, la malaria y la muerte sistemática de los indígenas, sometidos a trabajos forzados y a castigos (Cambridge, 1992).

Para reemplazar la fuerza de trabajo indígena fueron traídos los esclavos africanos, completando de esta manera la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas (Cuadro No 4). Este conjunto de identidades, se ha ido construyendo de manera asimétrica dando como resultado el carácter multicultural de los actuales pueblos de la Región.

Los países que conforman la Región de las Américas y el Caribe, como producto de su proceso histórico, difieren tanto en tamaño como en estructura social y económica. La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos de la Región hace difícil -si no imposible- la aplicación de modelos únicos de atención (OPS/OMS, 1993 Ref:34). Junto a estas diferencias, la mayoría de países, sin embargo, comparten características comunes: la presencia vital de pueblos indígenas y negros a lo largo del continente y de las manifestaciones culturales propias del mestizaje (Yáñez del Pozo, 1996 a.b.).

Cuadro No 4
Composicion étnica en los países de la región de las Américas
(porcentajes)

País	Blancos	Negros	Indígenas	"Mestizos"	Otros
Argentina	85			15	
Bolivia	5	2	52 – 70	32	1
Brasil	60	7	0,3	22,7	10
Chile	30	-	3	65	2
Colombia	20	4	1	75	...
Costa Rica	97	2	0,5	0,5	...
Cuba	37	11	...	51	1
República Dominicana	15	11	...	73	...
Ecuador	10	5	43	37	5
El Salvador	2	...	6	92	...
Guatemala	8,5	...	66	25,5	...
Guyana	1,40	30	4,6	13,2	50,76
Honduras	1	2	7	90	...
México	9	1	30	60	...
Nicaragua	...	10	5	85	...
Panamá	9	14	7	70	...
Paraguay	2	0,3	0,10	97,6	...
Perú	15	...	45	37	3
Uruguay	99,8	0,2
Venezuela	20	9	2	69	...

Consideraciones: El término *mestizo*, estrictamente, se refiere a una población que posee herencia caucásica e indígena. Sin embargo en esta tabla el término "mestizo" indica el grupo poblacional que posee herencia caucásica e indígena, caucásica y negra, negra e indígena. El perfil étnico de los países reflejan los procesos históricos seguidos por sus sociedades. Así por ejemplo, el mestizaje en los países del área andina está basado en su herencia indígena mayoritaria, en tanto que el de los países del Caribe, en su herencia negra mayoritaria.

Fuente: Frank E. Bair, Editor. Countries of the World and Their Leaders Yearbook 1992, Volume I and II. Gale Research Inc., Detroit - London.

Elaborado por: Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, OPS/OMS, 1996

2.2 Inequidades en salud

Como resultado del crecimiento económico global, la pobreza se redujo en muchas áreas del mundo, sin embargo las inequidades sociales y económicas entre los países y dentro de ellos son alarmantes (Alleyne, 1989; Harpham y Stephens, 1991 en Rodríguez-García, 1994; OPS/OMS, 1995 Ref:29). Las desigualdades sociales han marcado, no sólo la distribución de las enfermedades emergentes y la prevalencia y mayor incidencia de enfermedades prevenibles, sino el curso de éstas y otras enfermedades en aquellos que las padecen (Farmer, 1996). El no asignar el mismo valor social a las poblaciones indígenas en comparación con otras en la sociedad es el resultado de procesos históricos que han establecido "normas y modelos" desde la cultura hegemónica etnocéntrica, determinando "límites étnicos".

La inequidad no se manifiesta de la misma manera en todos los países o grupos de población. En consecuencia, es esencial analizar las diferencias en las condiciones de salud y la

cobertura de la atención, teniendo en cuenta las características que distinguen a los diversos grupos tales como sexo, etnia, ingreso, lugar de residencia y grado de instrucción. En cada país, será necesario trazar el perfil y las características de la inequidad en diferentes grupos de población y zonas geográficas, con el fin de determinar las medidas que deben adoptarse para eliminarla (Estrella, 1981; OPS/OMS, 1995 Ref:29, OPS/OMS, 1996 Ref:24).

De acuerdo a las estimaciones y fuentes disponibles, la población indígena de la Américas se aproximaría a los 42 millones de personas comprendidas en unas 400 etnias (OPS/OMS, 1993 Ref:34). Aunque no se dispone de datos estadísticos a nivel nacional en los países, estudios de caso muestran que el perfil de enfermedades, incluye muchas de las entidades que agobian a los grupos socio-económicos más desfavorecidos, como resultado de un sistema de opresión socio-económica, de discriminación social y cultural y de ausencia de participación política¹¹. Estos son unos ejemplos (Ver: Referencias-Inequidades):

- En Belice, los niños Maya en edad escolar, en comparación con los niños de los otros grupos étnicos, mostraron un retardo del crecimiento mayor (Ministry Education, 1996)
- En Bolivia, el 20% de niños indígenas mueren antes de cumplir un año de edad y un 14% de los sobrevivientes mueren antes de alcanzar la edad escolar (Asongs 1986; Cenda, 1993)
- En Canadá, la tasa de 1990 estandarizada por edad en cuanto a muertes por accidentes y violencia para las poblaciones indígenas es de 81 por 100.000 habitantes, comparada con 46 por 100.000 para la población canadiense (Ministro de Salud y el Bienestar Social Nacional, 1992).
- En Chile, la mortalidad infantil a nivel nacional fue de 17,1 por 1000 nacidos vivos comparada con 20,6 en las comunidades indígenas (UFRO indígena, 1988);
- En los Estados Unidos, la mortalidad asociada con diabetes fue 166% mayor en la población indígena (United States Indian Health Service, 1996)
- En Guatemala, la tasa de mortalidad materna en la población indígena es un 83% mayor que la tasa nacional (Velásquez 1994)
- En Honduras, la esperanza de vida para los hombres indígenas es de 36 años comparada con 65 años para los hombres a nivel nacional y 43 años para las mujeres indígenas comparada con 70 años para las mujeres a nivel nacional (Rivas y Ramon, 1993).
- En México, la mortalidad entre los niños indígenas preescolares es de 12,8% comparada con 4,8% a nivel nacional (Instituto Nacional Indigenista, 1993)

¹¹ Como resultado de los procesos históricos, en la Región existe un colonialismo externo e interno. "Sin temor a exagerar, podemos afirmar que existe, sobre todo en países con fuerte población indígena, un colonialismo interno que se ejerce en detrimento de las poblaciones autóctonas" (Burgos, 1993).

- En Panamá, la mortalidad infantil es 3,5 veces mayor en los niños indígenas en Panamá (OPS, 1996)

- En Perú, la mortalidad infantil a nivel nacional fue de 169 por 1000 nacidos vivos comparada con 269 en las poblaciones indígenas (Masferrer, 1983); La salud como bienestar integral, no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, sino que depende también de las políticas adoptadas por los diferentes sectores estatales en el marco de la equidad. De esta forma, las reformas deben enfatizar en la necesidad de reforzar la capacidad del sector salud para conocer la realidad del país y movilizar, negociar y monitorear la acción de otros sectores que pueden tener impacto sobre la situación de salud de la población. Este es un proceso complejo, cuyo desarrollo involucra no sólo componentes técnicos gerenciales, sino también políticos, económicos, sociales, académicos y culturales, que no puede admitir fórmulas únicas para su desarrollo (OPS/OMS, 1995 Ref:27). En este sentido, se hace imperativo el establecimiento de nuevos paradigmas que tomen en cuenta los diferentes componentes y concepciones de los procesos de salud, enfermedad y bienestar integral.

Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, han resultado inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución (OPS/OMS, 1993 Ref:34). La búsqueda de la complementación, desarrollo y fortalecimiento, de las diferentes estrategias ante el nexo salud-enfermedad que confluyan al establecimiento de sistemas nacionales de salud acorde con las características de la población beneficiaria, se muestra como una alternativa válida para el mejoramiento de la salud de la población (Sola, 1995 en Malo 1995; OPS/OMS, 1996 Ref:23).

2.3 Los sistemas de salud tradicionales

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos - cosmovisión - e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado (Cross, Bagron, Dennis, and Isaacs, 1989; Pinderhughes, 1989). La etnia, la raza y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales (Pinderhughes, 1989), a lo que hay que añadir el ámbito geográfico.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social - y económica - y el ámbito geográfico - naturaleza - en el que se asienta cada cultura (Estrella 1977; Cáceres, 1988, Yáñez del Pozo, 1995-1996). Por ello, éstas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas¹².

¹² Pocas sociedades, hoy en día, están limitadas a mecanismos únicos para la obtención y mantenimiento de su salud. En una comunidad pueden estar disponibles un gran número de terapéuticas tradicionales y alternativas introducidas que ofrecen diferentes tratamientos, costos y beneficios para los individuos. Aunque los estudios culturales cruzados sobre los sistemas terapéuticos han señalado la naturaleza múltiple de la atención de la salud en la comunidad, pocos han detallado el amplio rango de alternativas de tratamiento disponibles (Finerman, 1989 en Shepherd, 1989, Yáñez del Pozo, 1996 b.). La existencia de un sector "popular" entre los múltiples sistemas de salud que contrasta con los

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo (OMS, 1990). Lo que equivaldría a bienestar, para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a 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." (Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995).

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión que se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos Sistemas de Salud Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas. La *Medicina Tradicional* comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades (OMS, 1977; Valdivia, 1986). Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal (Valdivia, 1986).

De acuerdo al concepto aceptado, los sistemas locales de salud, son el complejo conjunto de procesos, que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud (OPS/OMS, 1993 Ref:33). De esta manera los sistemas de salud tradicionales son un tipo de sistemas de salud locales donde la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena (Yáñez del Pozo, 1996 b.).

En los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar (Bastien, 1992). La mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales- encantos, vientos, espíritus -que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena (Polia

sistemas de salud tradicionales y sistemas de salud occidentales, ha ganado actualidad en la literatura antropológica médica (Kleinman, 1980; Leslie, 1977 en Shepherd, 1989).

Meconi, 1988). Existen diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades: la vela, el cuy, el huevo, la orina del paciente. En general, cada terapeuta las usa de acuerdo a su formación, según sus poderes y preferencias. Otros terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales.

El individuo acude al terapeuta tradicional¹³ en busca de ayuda ante la presencia de una enfermedad, para protegerse de una posible enfermedad o para reafirmarse en su estado de salud.

¹³ Los terapeutas tradicionales reciben nombres de acuerdo a su especialidad y éstos varían muchas veces de pueblo a pueblo de acuerdo a su historia. Por ejemplo: en la Costa Atlántica de Nicaragua se han mezclado elementos de la cultura indígena con elementos de la cultura negra afrocaribeña, como en el caso de los *obiaman* con los *sukias*, los *dopi* con los *espíritus* (Fundación Wangki Lupia, 1994). Entre los pueblos de la Amazonía el líder espiritual es el *shamán*. En los pueblos de los Andes los

La atención del terapeuta tradicional se basa en sus conocimientos sobre las enfermedades, la connotación general de las mismas y su presencia particular en el enfermo. La curación busca recuperar el equilibrio que se ha perdido y la acción del terapeuta resulta eficaz cuando, una vez identificado el mal, se logra restablecer la unidad y la armonía en el enfermo y entre el enfermo y el mundo que lo rodea¹⁴.

La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas de su habitat respectivo. Las plantas

terapeutas indígenas se pueden diferenciar, entre otros, a los *hierbateros*, *fregadores*, *hueseros*, *limpiadores de mal viento*, *llamadores de la sombra*, *curanderos mayores*, *parteras*, *chupadores* (Balladelli 1990; Bastien, 1992). En el pueblo mapuche la líder espiritual es la *machi*.

¹⁴ Al igual que en el sistema médico occidental, en los sistemas de salud tradicionales, por cada enfermedad existe una etiología, una anamnesis, una sintomatología, un examen físico instrumental del enfermo- diagnóstico y diagnóstico diferencial -y un pronóstico y una terapia (Muñoz-Bernard, 1986; Kroeger, 1988; Polia Meconi, 1988; Balladelli, 1990), a lo que se suman prácticas preventivas y de promoción de la salud. La presencia de prácticas nocivas, por ejemplo, la utilización de sustancias y/o "instrumental" contaminado en heridas abiertas, la mala práctica médica, los efectos colaterales de los medicamentos, la yatrogenia, etc. son aspectos de tomarse en cuenta tanto en los sistemas médicos tradicionales como occidentales. La investigación sobre la eficacia de las prácticas y códigos de ética, tanto en los sistemas médicos tradicionales, como en el sistema médico occidental beneficiará a los usuarios de los diferentes sistemas de salud.

son parte integral de la cultura y lo cotidiano, sus categorías y usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos indígenas (Yáñez del Pozo, 1995-1996). Al abordar el tema de los sistemas de salud tradicionales, reconocemos que estamos frente a algo más que sustancias terapéuticamente potentes extraídas de las plantas medicinales. Por esta razón, entre otras, el tema de las plantas medicinales merece un sitio especial dentro de los sistemas de salud tradicionales y por lo tanto de la cultura de los pueblos indígenas.

Si bien es cierto los terapeutas especializados son los que más dominan este conocimiento médico, las normas y conceptos generales de los sistemas médicos indígenas son conocidos a nivel comunitario. Sus prácticas y terapias pueden ser administradas en cualquier momento en el ambiente familiar¹⁵. Cada uno de los adultos, hombres y mujeres, potencialmente puede ser hierbatero, limpiador, llamador de la sombra¹⁶. Los niños enfermos reciben los primeros auxilios y tratamientos de sus padres, infusiones de plantas medicinales según la enfermedad sea por exceso de calor o de frío, "limpiadas del mal viento" con ortiga, huevo o cuy, "llamadas del espíritu" en el caso del espanto. El parto, frecuentemente es atendido por la mamá o la suegra de la parturienta, sin la presencia de la partera. Muchas de las enfermedades más comunes, cuando no se consideran graves, pueden ser curadas en la casa sin acudir al terapeuta tradicional o a la partera (Balladelli, 1990). En este contexto, la familia, la familia extendida y el círculo de vecinos y amigos cercanos se transforman en los principales escenarios de provisión de cuidados de la salud, en los cuales la mujer tiene un rol preponderante en el cuidado de la salud de la comunidad y la preservación de la cultura y dentro de ella, del conocimiento médico tradicional¹⁷.

La connotación "mágica" que es propia del curandero/el terapeuta tradicional, entra como elemento catalizador del uso de sus "poderes" por parte de la gente. Según el pueblo al que

¹⁵ Anastasio Ferreira afirma: "Tenemos poder en la casa mediante el poder de Nanderuvusu- el poder del remedio del monte -y de los oporaiva que reciben en sueños los remedios para curar" (De Lucca 1996)

¹⁶ Las personas de la comunidad tienen contacto con estos conocimientos desde temprana edad. Los niños son conocedores de las plantas medicinales más utilizadas en la comunidad: son ellos los que generalmente van a buscar y recoger las plantas para curar al enfermo que está en la casa (Balladelli, 1990).

¹⁷ De acuerdo a una encuesta realizada en la comunidad de Saraguro, Ecuador, de las enfermedades que se presentaron en 140 familias en un año, las mujeres fueron consultadas en el 86% de casos y fueron el único recurso en el 76% de los mismos. Ellas fueron especialmente madres y abuelas (Valdivia, 1986; Finerman, 1989 en Shepherd 1989).

pertenezca, el curandero/terapeuta es un llamado por Dios o por los cerros. Muchas veces ha empezado a tener "poderes" después de haberse bañado en lagunas o en fuentes "bravas". Ha tenido "suerte" y por lo tanto ha empezado a ejercer su arte médico, ha heredado el arte de curar o es terapeuta en cumplimiento de su misión en este mundo. El curandero en su comunidad es insustituible en cuanto es conocedor profundo de las leyes que regulan el equilibrio y los desequilibrios productores de la salud y de la enfermedad. En él los indígenas reconocen al indígena defensor de su propia identidad y al indígena que a través de su arte reafirma los conocimientos y los valores del pueblo (Valdivia, 1986; Balladelli, 1990).

"Si crees los Apus (dioses, espíritus) te curan", es la expresión simbólica que el altomisayoq/terapeuta tradicional reclama constantemente al paciente cuando lo trata de su enfermedad. La creencia expresa reafirmación de la identidad cultural del paciente andino; la identidad cultural para el paciente y el especialista andino es muy importante, pues debe "recordarse de su tierra", o sea debe saber "quien es". Estos elementos le darán la fe necesaria y la confianza plena para asegurar la curación (Cáceres, 1988).

3. APRENDIZAJE MULTICULTURAL

En la movilización de todos los recursos disponibles sugeridos por la OMS como un medio legítimo para alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000", los sistemas de salud tradicionales brevemente descritos no han encontrado todavía un espacio de manifestación en los planes de salud de los países de la Región (OPS/OMS 1985, Ref:35; McEwan, 1982, FITOMED, 1993; Groce y Reeve, 1997). Ante esta realidad, proponemos una reflexión atenta de lo más profundo de los sistemas médicos tradicionales a fin de mejorar sustancialmente nuestros planes de lucha contra la enfermedad y en pro de la salud para todos y por todos.

Probablemente debido a que las condiciones de la salud se deterioran en los países de la Región, la búsqueda de respuestas alternativas y estrategias de intervención que reconocen a los sistemas de salud tradicionales, como poseedores de soluciones, avanza. Su accesibilidad, humanidad, el abordaje integral del problema de la enfermedad y la naturaleza holística de las intervenciones, son ejemplos de algunas de las posibles contribuciones de estos sistemas de salud¹⁸. De la misma manera, se evidencia la preocupación por un mejor conocimiento de los mismos y la necesidad de identificar vacíos legales y revisar la legislación vigente desde la perspectiva intercultural en relación a temas como: prioridades de salud, práctica y ejercicio de la Medicina Tradicional, aspectos éticos, propiedad intelectual, patentes; producción, procesamiento, comercialización de plantas medicinales; investigación, programas de educación, protección del medio ambiente, etc.

¹⁸ Además de factores económicos y culturales, las crisis nacionales han servido para urgir a los gobiernos a evaluar los sistemas de salud tradicionales como alternativas para proporcionar atención médica a sus ciudadanos. La guerra y las epidemias nacionales son dos ejemplos comunes. Durante la reciente guerra en Nicaragua, se produjo una aguda escasez de medicamentos (Bodeker, 1993). En 1985, en respuesta a esta emergencia, el país volvió su mirada a sus tradiciones herbarias como un medio para asistir al país en sus necesidades de salud. Se estableció un departamento dentro del Ministerio de Salud para desarrollar "la medicina popular y la tradicional como una estrategia en la búsqueda de una respuesta de autogestión ante la difícil situación económica, militar y política. "Como resultado de este esfuerzo, se produjeron medicinas a precios accesibles para tratar una amplia gama de enfermedades, incluyendo enfermedades respiratorias, de la piel, del sistema nervioso, diarrea, diabetes y otras (Sotomayor Castellón, 1992 en Bodeker, 1993). La presencia de cepas de plasmodium resistente a la cloroquina ha llevado a varios países a considerar los métodos tradicionales para tratar la malaria (Bodeker, 1993) y a la identificación de plantas con actividad antibacteriana y antimicótica (Naranjo, 1995).

La recuperación y conservación del conocimiento cultural debe ser integral con la participación de los pueblos involucrados y ligada a la preservación de la diversidad biológica. La protección y el cultivo de las especies en peligro de extinción deben formar parte de las políticas nacionales. El conocimiento sistemático del saber indígena, el intercambio local, nacional y regional de la información es esencial como un medio para sensibilizar y educar a la sociedad civil acerca de las culturas que integran el país (OPS/OMS, 1996 Ref:23).

El concepto específico de salud que sigue un paradigma predominantemente "occidental", debe evolucionar a una concepción que abarque y respete otros conceptos de salud igualmente válidos y probados en la práctica. La complementación entre los sistemas médicos tradicionales y occidental, en el marco de la integralidad e interculturalidad, se daría tanto en el plano intelectual - la teoría, los conceptos - como en la constatación de que las soluciones identificadas en este trabajo conjunto son válidas y permanentes - la práctica.

En la mayoría de los países no existen iniciativas sostenidas, ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención con la participación de poblaciones indígenas o grupo étnicos específicos (OPS/OMS, 1993 Ref:34). Por este motivo aparecen discrepancias de base cultural entre los servicios médicos provistos y la atención domiciliaria a cargo de familiares y terapeutas tradicionales¹⁹.

En este contexto, es necesario que el énfasis académico y la asignación de fondos para la investigación preocupada exclusivamente por la identificación y aislamiento de los principios bioactivos de las plantas, se oriente hacia proyectos que aborden los temas desde una perspectiva integral, coordinados localmente por la comunidad. Que también consideren e insistan en la contextualización cultural, la reciprocidad, el respeto y la participación activa y horizontal de todos los actores (Bodeker, 1995; Fassin, 1992).

La recuperación del conocimiento ancestral, la capacitación, desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos locales y la implementación de programas de educación acordes a la realidad del país, son la base de un proceso de aprendizaje permanente multidireccional, multidisciplinario, intra e intersectorial e institucional. La investigación colaborativa, interdisciplinaria y operacional alimentará este proceso (OPS/OMS, 1996 Ref:23).

Al referirnos a recursos humanos, incluimos al personal de las instancias gubernamentales responsables de la formulación y ejecución de políticas que involucran el bienestar de los pueblos; a los profesionales de salud, formados y en proceso de formación; a los líderes formales e informales de la sociedad civil; a los terapeutas tradicionales como guardianes

¹⁹ La emergencia sanitaria por la aparición de la epidemia del cólera destapó abruptamente la situación crítica de salud en los países, y mostró la necesidad de una planificación participativa, que genere soluciones desde la comunidad.

y mantenedores del conocimiento ancestral²⁰ y particularmente a la sociedad civil como ente activo y participativo en el logro de su bienestar. Un saber médico popular se hace presente en la vida cotidiana de los pueblos de la Región, su orientación contribuiría a mejorar las prácticas de autocuidado de la población.

Si bien es cierto que, la falta de conocimiento más profundo de los sistemas de salud tradicionales y su aplicabilidad a la solución de problemas ha llevado a analizarlos desde la perspectiva médica occidental, es cierto también que las analogías en relación al sistema médico occidental, demuestran su estructura provista de métodos de prevención, promoción, diagnóstico, diagnóstico diferencial, y por lo tanto tratamiento diferencial y seguimiento del paciente. Aún más, por ser parte de la cultura de un pueblo, el abordaje del paciente se realiza de una manera integral, considerando su bienestar, biológico, psíquico, social, espiritual, en todos los ámbitos de interacción, sea como individuo- consigo mismo -como parte de un grupo- familia, sociedad - y como parte de la naturaleza- el cosmos -que lo rodea (Polia Meconi, 1988; Cáceres, 1989; OPS/OMS, 1993 Ref:23).

El darnos cuenta de los significativos roles objetivos y subjetivos de los terapeutas tradicionales, de los beneficios médicos, económicos y sociales resultantes de la investigación de la medicina indígena es un logro, pero no es suficiente. Hay una necesidad de diseñar programas de atención primaria de salud que involucren exitosamente a los terapeutas tradicionales y a la población civil (Groce y Reve, 1997). Necesitamos saber cómo los trabajadores de los sistemas formales de salud pueden trabajar con los terapeutas tradicionales para el beneficio de la población; cómo los terapeutas tradicionales, los líderes formales e informales de la comunidad pueden acceder a roles de responsabilidad y liderazgo en los servicios nacionales de salud. También, es necesario saber, cómo los profesionales de la salud pueden ser sensibilizados y entrenados para que apoyen a la complementación de los sistemas de salud existentes; cómo la legislación concerniente a los sistemas de salud tradicionales debe ser revisada; cómo los países pueden desarrollar políticas nacionales para la regulación del cultivo, comercialización, protección de las plantas medicinales, cómo recuperar, difundir y a la vez proteger el conocimiento ancestral; cómo actualizar el estado de la investigación para que proporcione marcos válidos para estudios posteriores. Y por fin, cómo la investigación y los proyectos que

²⁰ La disminución de parteros y curanderos y el alto porcentaje de ancianos entre ellos, indican un hecho muy significativo: la desaparición progresiva de un cierto saber médico, el de los especialistas, gente de mucho saber y gran práctica que constituían en un pasado próximo los elementos claves en la transmisión de los conocimientos (Fassin, 1992).

involucran a los pueblos indígenas y promueven su gestión y corresponsabilidad, pueden ser financiados y apoyados.

El establecimiento de un marco legal sobre la Medicina Tradicional- sus recursos, prácticas y terapeutas -revisado de acuerdo a las características de los países y adoptado por consenso, fortalecerá a las instituciones y consolidará la confianza de la sociedad civil en los países de la Región.

La similitud de la mayoría de los países de las Américas, en cuanto a sus rasgos poblacionales, su diversidad cultural, problemas y características geográficas y ecológicas, pertenencia a subregiones ya establecidas y a organismos internacionales de larga data, facilitan la promoción y establecimiento de acuerdos internacionales que sin violar la soberanía nacional de cada uno de ellos, fortalezcan el sentido de solidaridad en la Región.

La coordinación, la sistematización y la difusión de las lecciones aprendidas en las experiencias presentes en la Región en las diferentes áreas de los sistemas de salud tradicionales permitirán el mejor uso de los recursos existentes, e impedirán la duplicidad de los esfuerzos. En este aspecto, el establecimiento de redes en los diferentes ámbitos de acción - Regional, nacional, local - que agrupen a los diferentes actores y utilicen los medios de comunicación de acuerdo a las características de su ámbito, serán espacios de discusión y reflexión que aportarán al conocimiento de las diferentes culturas que interactúan en la Región.

4. AREAS ESTRATÉGICAS DE OPERACIONALIZACIÓN

Para operacionalizar la reflexión anterior, proponemos cuatro áreas estratégicas complementarias (Cuadro No 5.)

Cuadro No 5. Areas estratégicas de Operacionalización

1. *Marco Legal*: Ejecución de convenios, revisión y desarrollo legislativo en las áreas de los sistemas de salud tradicionales
2. *Complementación Teórica*: Recuperación del conocimiento y consolidación de marcos conceptuales
3. *Complementación Operacional*: Desarrollo y fortalecimiento de recursos humanos locales en la interculturalidad
4. *Promoción de la Interculturalidad*: Producción, difusión y aplicación de información en las áreas de los sistemas de salud tradicionales

1. *Marco Legal*: Ejecución de convenios, revisión y desarrollo legislativo en las áreas de los sistemas de salud tradicionales

La falta de políticas que consideren la multiculturalidad de los pueblos de la Región, producto de un colonialismo institucionalizado y de los procesos de ajuste y globalización presentes en los países de las Américas, ha determinado la marginación legalizada de ciertos sectores de la población en cuanto a la atención de sus necesidades básicas. Ante esta realidad, desde los pueblos indígenas, se cruza la doble demanda de la igualdad: el reclamo de sus derechos civiles y la eliminación de todas las formas de discriminación; y la demanda por la diferencia, a través de la búsqueda del reconocimiento de su identidad (Saltos, 1995).

El planteamiento se orienta a una reforma profunda del Estado, que implicaría entre otras cosas, el reconocimiento de las lenguas indígenas, la democratización del poder político, mediante la representación directa de los pueblos indígenas y de otros actores sociales en el Parlamento y las instituciones del Estado. El establecimiento de la educación intercultural, no solamente para los pueblos indígenas, sino para toda la población; el reconocimiento de legislaciones paralelas y compartidas entre el derecho oficial y el derecho consuetudinario indígena²¹ y la vigencia de sistemas de salud paralelos y complementarios. En definitiva, que la multiculturalidad de la población de los países de la Región, sea un elemento decisivo, no sólo para el autogobierno, sino para la reforma y transformación del estado²² y la sociedad globales (Saltos, 1.995, Yánez del Pozo, 1996 b,c).

²¹ A este respecto la dirigente indígena ecuatoriana Nina Pacari, asegura: "Somos pueblos originarios, con formas de vida distintas. Por ser una sociedad distinta a la occidental tenemos normas, leyes y formas de administrar justicia que han sido parte de nuestros mecanismos de sobrevivencia. Estas normas jurídicas responden a tres principios básicos: no mentir, no robar, no matar. Ama quilla, ama llulla, ama shua." (Entrevista, El Comercio 4-9-96, Quito, Ecuador)

²² La misma dirigente indica: "Cuando hablamos de Estado plurinacional, estamos hablando de un solo Estado en el que se reconozca la pluralidad jurídica en el territorio donde estamos asentados y el derecho a poder decidirnos política, económica, cultural y socialmente". (Entrevista, El Comercio, 4-8-96, Quito, Ecuador)

La participación en eventos especializados en el tema de legislación²³ nos permite plantear las siguientes reflexiones: la legislación, códigos de salud y normas que desde una perspectiva unilateral determinan pautas para la caracterización de la Medicina Tradicional, sus recursos y terapeutas deben ser revisados.

Las consideraciones éticas dentro del marco legal del Estado, son una prioridad. El tema de los derechos de propiedad intelectual, denominados también de propiedad cultural e intelectual, ha estado presente en varios foros de discusión. En este aspecto, surgen varios interrogantes. ¿Quién va a normar las acciones que involucra a estos pueblos? ¿Cuáles serán los parámetros para estas normas? ¿Sería dable que cada país norme a nivel nacional o hacen falta convenios a nivel internacional, considerando que varios pueblos indígenas son binacionales y trinacionales? ¿Quién posee los derechos del conocimiento que ha sido transmitido de generación a generación y está vigente como parte del conocimiento popular y cuando es "validado" por la ciencia occidental se intenta patentarlo? ¿Qué sucede si diferentes comunidades han desarrollado, independientemente, métodos similares, utilizando las mismas plantas para tratar las mismas dolencias? ¿Qué sucede si el producto final producido por una empresa farmacéutica se basa en las plantas locales y en el conocimiento local, pero el producto final es un derivado químico del agente activo original?.

En la Región existen varios convenios, acuerdos y declaraciones internacionales que involucran a los pueblos de la Región y particularmente a los pueblos indígenas. El seguimiento a su ejecución los transformaría en instrumentos legales y su aporte contribuiría a las estrategias que aportarán al logro de la equidad en las Américas.

2. *Complementación Teórica: Recuperación del conocimiento y consolidación de marcos conceptuales*

²³ Reunión de la Comisión II de Salud, Trabajo, Medio Ambiente y Otros Asuntos Sociales del Parlamento Andino en el VI Período Extraordinario de Sesiones del Parlamento Andino, Noviembre, Lima, Perú, 1995
 Encuentro Subregional Andino de Salud Indígena, Enero, 1996, Quito, Ecuador
 Conferencia: "Current Situation and Perspectives on Non-Prescription Herbal Medicines", Ciudad de México, México. Septiembre, 1996
 Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas, Quito, Ecuador. Noviembre, 1996

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, en el marco de los principios de Winnipeg, aboga por el abordaje integral de la salud y el respeto y revitalización de la cultura de los pueblos indígenas de la Región en un clima de mutuo respeto, participación sistemática y reciprocidad en las relaciones.

El desafío que presenta la carencia de conocimientos e información adecuados y suficientes sobre la salud de los pueblos indígenas y sobre experiencias en la complementariedad de los sistemas médicos tradicionales y occidentales, frente al imperativo de actuar y lograr impactos inmediatos, exige el diseño de estrategias que permitan tanto, generar conocimientos e información adecuada mientras se actúa ("aprender haciendo"), como 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"). Los conocimientos generados, deberán convertirse en las pautas que orienten el trabajo con pueblos indígenas y de quienes se comprometan con el mismo (OPS/OMS, 1993 Ref:23).

Los sesgos de tipo profesional, étnico o racial se traduce en la incapacidad por parte de muchos profesionales de la salud, para entender las enfermedades, la definición y caracterización de los síntomas y su manejo explicados en términos y conceptos estructurados por el saber cultural, se suman a los factores que refuerzan estereotipos y aíslan al sistema de salud occidental de ciertos sectores sociales (Balladelli, 1990; Cabieses 1993, OPS/OMS, 1996 Ref:23) . Cuando un paciente rehusa aceptar la vacunación, los tratamientos, o las normas de higiene es tildado de ignorante y resistente al cambio, sin tomar en cuenta que esta resistencia al cambio tiene explicaciones estructurales y epistemológicas que podrían ser puestas al servicio del mejoramiento de la salud de todos los pueblos (Bastien, 1987).

Desde la cosmovisión indígena, el principio de dualidad (hombre-mujer; frío-calor; alto-bajo; etc), constituye el eje fundamental del equilibrio global (Yáñez del Pozo, 1995; 1996 a.). El complejo sistema de las diferencias entre frío y caliente y la filosofía de las comidas, presupone que muchas cosas en la naturaleza son frías o calientes, sin depender de su temperatura real o sus propiedades físicas²⁴. Estas cosas pueden incluir comidas, líquidos, estados del cuerpo, medicinas, enfermedades, aún objetos que (desde el punto de vista occidental) son considerados inanimados, como piedras y minerales. Estos conceptos traen como consecuencia, una serie de prohibiciones, tabúes, recomendaciones, y son importantes en las diferentes creencias y comportamientos relacionados con la comida, hábitos de trabajo; embarazo, parto y cuidado del niño; y aplicables a todo el sistema de salud-enfermedad, incluyendo prevención, diagnóstico, cuidados en la casa y convalecencia. Además, proporciona explicaciones culturalmente creíbles para las enfermedades agudas y crónicas e inclusive para la muerte (Kroeger, 1988; Joshi and Mahajan, 1990; Ruiz,1993).

El conocimiento de la comunidad, sumado a la comprensión de los principios y fundamentos de los sistemas de salud tradicionales, permitirá una mejor comunicación y

²⁴ La dualidad frío-caliente/fresco-cálido, está descrita en casi todos los países de la Región. De acuerdo a la información disponible, este sistema tiene más importancia entre la población de las regiones montañosas de los Andes que en las regiones bajas y selváticas (Kroeger y Ruiz Cano, 1988).

comprensión en la relación de los profesionales de la salud y el paciente, y proporcionará las pautas para la organización y provisión de servicios interculturales y la formulación de indicadores de salud para los individuos y sociedades.

3. *Complementación Operacional:* Desarrollo y fortalecimiento de recursos humanos locales en la interculturalidad

"La distancia cultural" entre los sistemas médicos, ha sido impuesta como parte de la historia de colonialismo en la Región que ha dado forma a las dimensiones conceptuales, profesionales, sociales, culturales, económicas y políticas (Bastien, 1992).

Si bien es cierto que los cambios sociales, culturales y ambientales que han acompañado a las transformaciones geopolíticas, tecnológicas, científicas y económicas, han estimulado las corrientes de democratización en los países de las Américas, los últimos veinte años han sido testigos de las crecientes desigualdades sociales y económicas entre los países y dentro de las sociedades (OPS/OMS, 1996 Ref:25).

La Reforma del Sector Salud en los diferentes países de las Américas, como parte de los cambios presentes en la Región, muestra ciertos principios y planteamientos generales para la formulación de programas de salud y desarrollo humano concebidos para aliviar la pobreza, maximizar el uso de los recursos locales y fortalecer las capacidades humanas e institucionales. Los proyectos incluyen la reformulación de las funciones de los Ministerios de Salud para fortalecer su rol normativo y rector y enfatiza en la descentralización, que incluye una participación pluralista de los diversos actores en la planificación y prestación de servicios, para identificar modelos de organización y atención equitativos (OPS/OMS, 1996 Ref:27).

En reconocimiento del carácter multicultural de los pueblos de la Región, la propuesta de un sistema de salud universalmente accesible, demanda el fortalecimiento y desarrollo de recursos humanos en el marco de la interculturalidad e integralidad. El abordaje integral de la salud debe considerar una reflexión conceptual y epistemológica en la necesidad de ampliar los sistemas de análisis y promover la identificación de un paradigma alternativo al impuesto por la cultura hegemónica.

En el proceso de descentralización, se está dando una redefinición de la gestión del sector salud y del papel que juegan las instituciones formadoras de recursos humanos - universidades e instituciones de educación media - los gobiernos centrales, intermedios y locales en relación a la salud. En este sentido, el nivel local es el ámbito en el que se amalgaman la solidaridad social, la equidad en la cobertura, la integración de los programas y el financiamiento de los servicios, la intersectorialidad y el balance entre la iniciativa privada, la acción estatal, y las demandas de la población civil y de sus organizaciones en salud.

4. *Promoción de la Interculturalidad:* Producción, difusión y aplicación de información en las áreas de los sistemas de salud tradicionales

En este componente se propone la identificación de estrategias efectivas para la comunicación intercultural, tanto a nivel local, como nacional, subregional y regional, incluyendo medios de comunicación masivos y otras alternativas disponibles.

Este proceso se desarrolla en el contexto de una comunidad internacional, gobiernos, instituciones, ONGs, empresas privadas y sociedad civil en su conjunto, cada vez mejor informadas sobre los problemas de salud, las nuevas alternativas y posibilidades tecnológicas para controlar viejos y nuevos desafíos, que alteran fuertemente la demanda de servicios de salud, exigiendo la reorientación de los modelos de atención y el aumento de la acción intersectorial y de la participación social para su control. En este sentido, la investigación sobre sistemas cognitivos estructurales es una prioridad.

La producción de material informativo y didáctico que responda a las necesidades, intereses y contextos socio-ligüísticos de los países de la Región, llevará a un proceso de comunicación permanente que facilitará tanto la coordinación entre los diferentes actores sociales como el aprendizaje permanente y efectivo. La devolución del conocimiento que desde los pueblos indígenas ha sido generado es un reclamo justo que debe ser respondido adecuadamente.

En la concretización de estos procesos, se reitera, la necesidad de compartir responsabilidades entre los pueblos indígenas, los Estados Miembros y la Organización Panamericana de la Salud, sobre las bases firmes que da el conocimiento profundo de las condiciones reales de estos pueblos y sus comunidades. Esto determinará la vigencia de planes, políticas, proyectos, y programas de capacitación, adecuados, realistas, viables, técnicamente sólidos y sostenibles. De la misma manera, el establecimiento de prioridades en el campo de la salud, identificadas en consenso con la comunidad y sus líderes, basadas en datos reales y la estructuración de sistemas de salud accesibles, eficientes y eficaces para todos los pueblos de las Américas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

5.1 *Inequidades en salud*

1. Amaris A, Flores Carlos, Mojica Jesús. *Mortalidad Infantil en Panamá: Un análisis de sus tendencias derivadas del Censo 1990*. Panamá, 1992.
2. ASONGS 1986, en CENDA: Centro de Comunicación y Desarrollo Andino. *Los Jampiris de Ragaypampa*. Bolivia, 1983.
3. Indian Health Service. *1996 Trends in Indian Health*. Washington, DC, 1996.
4. Masferrer E. La situación social de los grupos indígenas de América Latina, en Rodríguez J, Masferrer, Vargas Vega R. *Educación etnias y descolonización en América Latina: Una guía para la educación bilingüe intercultural*. Vol II UNESCO. México, 1983.
5. Minister of National Health and Welfare, Minister of Supply and Services. *Aboriginal Health in Canada*. Minister of Supply and Services Canada. Canada, 1992.
6. Rivas R. *Pueblos Indígenas y Garifunas*. Honduras, 1993.
7. Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. México, 1993.
8. The Government of Belize, Ministry of Education, Pan American Health Organization, Institute of Nutrition of Central American and Panama, United Nations Children's Fund, Development Programme. *Closing the gap: National Height Census of School Children in Belize*, 1996. Ministry of Education. Belize, 1996.
9. UFRO. *Censo de Reducciones Indígenas seleccionadas. Análisis demográfico*. Chile, 1988.
10. Velázquez L. *Mujer Maya y salud*. Guatemala, 1994.

5.2 *Referencias*

1. Bair E. F, (Editor). *Countries of the World and Their Leaders Yearbook 1992*, Volume I and II. Gale Research Inc., Detroit - London, 1992.
2. Balladelli P, con la colaboración de Miguel Colcha, *Entre lo mágico y lo natural: La medicina indígena, testimonios de Pesillo*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1990
3. Bastien J. *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*, Bolivia 1992.
4. Bastien J. "Cross-cultural Communication between doctors and peasants in Bolivia", *Social Science and Medicine* Vol. 24, No. 12, pp. 1109-1118, Great Britain, 1987
5. Bodeker G, *Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health, Report and Recommendations*, September 1995
6. Burgos E. "Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia", Siglo XXI Editores, 9na Edición, Bogotá, Colombia, 1985
7. Cabieses F. "Apuntes de Medicina Tradicional: La racionalización de lo irracional", Convenio Hipólito Unanue, Lima, Perú, 1993
8. Cáceres E. *Si Crees los Apus te Curan: Medicina Andina e Identidad Cultural*.

- Centro de Medicina Andina, Cusco, Perú
9. Cambridge University. *Cambridge Encyclopedia of Latin America and the Caribbean*, Cambridge, England, 1992
10. Cross N, Bagron, Dennis, and Isaacs, 1989; Pinderhughes, 1989 en "*The delivery of child welfare services to African American clients*", USA, 1992
11. De Lucca M, Zalles Asin J, Tomo 1: *Enfermedades del Chaco: "Nana Mya Nandereta Rupigua: Plantas Medicinales de nuestro territorio"*
12. El Comercio, Domingo, 4 de agosto de 1996, Cultura: "*Indígenas: ¿Un mediador de leyes como opción?*", Entrevista a Nina Pacari, Quito, Ecuador, 1996.
13. Estrella E, *Medicina y Estructura Socio-Económica*, Editorial Belén, Quito, Ecuador, 1982
14. Fassin D. *Antropología y Salud en Comunidades Indígenas, Manual de Capacitación para promotores campesinos de salud*, Instituto Francés de Estudios Andinos, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1992
15. FITOMED II, *Plantas Medicinales*, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1993
16. Fundación Wangky Lupia. *Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas del RíoCoco*, Nicaragua 1994.
17. Groce N, Reeve M. *Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases: Closing the Gap*, (tcanet@aegis.com), 1997
18. Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA). Cabieses F, (Editor). *Medicina Tradicional: Legislación y Relaciones Políticas en el Area Azteca, Maya y Andina. OPS/OMS*, Instituto Nacional de Medicina Tradicional del Perú, Organización Panamericana de la Salud. Antigua, Guatemala, 1994.
19. Kroeger A, Ruiz Cano W (Compiladores). "*Conceptos y Tratamientos Populares de Algunas Enfermedades en Latinoamérica*", Centro de Medicina Andina, Cuzco, Perú, 1988
20. McEwan J. M. P, (Editor in Chief), "*Utilization of Indigenous Healer in National Health Systems*". Social Science and Medicine, Pergamon Press, 1982
21. Muñoz-Bernard C, "*Enfermedad, Daño y Etiología*", Ediciones Abya-Yala, Quito-Ecuador, 1986
22. Naranjo P, Ruperto E. *La Medicina Tradicional en el Ecuador*. Universidad Andina, Simón Bolívar, Quito, Ecuador, 1995
23. Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el abordaje integral de la salud: Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. OPS/OMS, Washington, D.C. 1996
24. Organización Panamericana de la Salud. *En Busca de la Equidad, Informe del Director, 1995*, OPS, Washington, D.C., 1996
25. Organización Panamericana de la Salud. *Fortalecimiento del Proceso de Colaboración entre ONG y los gobiernos para la Salud y el Desarrollo Humano 1996 - 2000, Documento de Trabajo de la OPS/OMS*, OPS/OMS, Washington, D.C. 1996
26. Organización Panamericana de la Salud. *Documento Oficial No 269*. OPS/OMS, Washington, D.C., 1995.
27. Organización Panamericana de la Salud. *Reforma del Sector Salud, "Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud"*, OPS/OMS, Washington, D.C., 1995
28. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción 1995-1998 para el*

- Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas*, Washington, D.C., 1995
29. Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998*. OPS/OMS, Washington, D.C. 1995
30. Organización Panamericana de la Salud. *Taller Piloto Subregional Andino de Salud Para los Pueblos Indígenas. Informe Final*, Santa Cruz-Bolivia, 1994 OPS/HSL/94.16, Washington, D.C. 1994.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Ejecutivo. Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud*. Quetzaltenango-Guatemala, 1994. OPS/HSS/HSL/96.01, Washington, D.C. 1994.
32. Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Vol I, VolII, Publicación Científica No 549. OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.
33. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud*, HSS/SILOS-26. OPS/OMS, Washington, D.C., 1993.
34. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de los Pueblos Indígenas*, SILOS - 34, OPS/OMS, Washington, D.C., 1993.
35. Organización Panamericana de la Salud. *Informe del grupo de trabajo sobre Salud y culturas Médicas Tradicionales en América Latina y El Caribe*, OPS/OMS, Washington, D.C. Julio, 1985.
36. Polia Meconi M. *Las Lagunas de los Encantos: Medicina Tradicional Andina del Perú Septentrional*. Central Peruana de Servicios CESPES, Piura, Perú, 1988
37. Ruiz E, con la colaboración de G. de Frucci N, *Plantas Medicinales Andinas*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1993
38. Saltos G. N, *Indios, Derecho Consuetudinario y Salud*, Quito, Ecuador, 1995
39. Shepherd Mc Lain C (Editors). *"Women as healers"*, British Cataloging, 1989
40. Sola J. *"La búsqueda de un nuevo modelo de atención es urgente"*, en Malo M, Terán C. Compiladores. *Políticas de Salud y Pueblos Indios*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1995
41. Valdivia P. O, *Hampicamayoc, Medicina Folclórica y su substrato aborigen en el Perú*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú, 1986
42. Yáñez del Pozo J. *Los intelectuales indígenas del Ecuador*, Ponencia Presentada en el Andean Seminar. George Washington University, 23 de Febrero de 1996, Washington D.C., 1996 a.
43. Yáñez del Pozo J. *"Sinchi Runami cani (Soy un hombre fuerte): Filosofía de un vendedor indígena en Estados Unidos"* en Nagy-Zegmi S.(Ed.), *Pensamiento Neoindigenista Andino: Identidades en transformación*. Editorial Abya-Yala, Quito, Ecuador (en prensa)b.
44. Yáñez del Pozo J. *Comunicación Personal*. Washington D. C., 1995-1996

Resolución V. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS"

Aprobada por la XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

El Consejo Directivo,

Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

Tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993;

Reconociendo que las condiciones de vida y de salud que prevalecen entre una población estimada en unos 43 millones de indígenas en la Región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aun la acentuación de las desigualdades de las poblaciones indígenas en relación con otros grupos sociales homólogos;

Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;

Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;

Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas,

RESUELVE:

1. Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

a) Promuevan 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;

b) Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;

c) Pongan en marcha las acciones intersectoriales que corresponda en los campos de la salud y el medio ambiente, tanto a nivel del sector oficial como a través de organizaciones del sector no gubernamental (ONG), universidades y centros de investigación que trabajan en colaboración con organizaciones indígenas;

- d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;
- e) Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.
3. Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que:
- a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas;
- b) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;
- c) Coordine el esfuerzo regional para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;
- d) Amplíe las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países;
- e) Promueva la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas.

(Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 28 de septiembre de 1993)