

12 | Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos

Abril de 1998
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

© 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

PRESENTACIÓN	V
RESUMEN EJECUTIVO	VII
1. MARCO DE REFERENCIA	9
1.1 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS	9
1.1.1 Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6.....	10
1.1.2 Acuerdos y Declaraciones Internacionales	10
2. GRUPO DE TRABAJO: PROPÓSITO, OBJETIVOS, PARTICIPANTES Y METODOLOGÍA	13
2.1 PROPÓSITO.....	13
2.2 OBJETIVOS	13
2.3 PARTICIPANTES.....	13
2.4 METODOLOGÍA	14
3. MARCO CONCEPTUAL	15
3.1 PUEBLOS INDÍGENAS	15
3.2 MEDICINA TRADICIONAL/SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES	16
3.3 COSMOVISIÓN.....	17
3.4 SOCIEDADES MULTICULTURALES E INTERCULTURALIDAD	17
3.4.1 Interculturalidad.....	18
4. ELEMENTOS A TOMARSE EN CUENTA EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD	21
5. PERSPECTIVAS DE LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS EN EL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD	25
6. LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	29
7. DESAFÍOS EN LA ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIONES MULTICULTURALES	37
8. NIVELES DE ANÁLISIS: ESTRATEGIAS EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD	41
9. RETOS EN LA INCORPORACIÓN DEL ABORDAJE INTERCULTURAL EN EL PENSUM DE ESTUDIOS DE LAS ESCUELAS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS .	47
10. PAUTAS	51
10.1 PROCESOS NACIONALES, SUBREGIONALES Y REGIONALES	51
10.2 FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	52
10.3 CRITERIOS DE ELABORACIÓN DE PENSUMS.....	52
10.4 DIDÁCTICA Y METODOLOGÍA	53
10.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	54
10.5.1 Estudiantes, personal y acreditación de instituciones	54
10.5.2 Recursos humanos: desempeño y modelos de atención.....	54
10.5.3 Alianzas de cooperación técnica	55
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXO A: LISTA DE PARTICIPANTES.....	59
ANEXO B: AGENDA	63
ANEXO C: ACUERDOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES	69

PRESENTACIÓN

La preocupación por las graves consecuencias del deterioro de las condiciones de salud que afectan a la población de la mayoría de los países de la Región, ha llevado a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a plantearse innovativas formas de análisis y abordaje del nexo salud-enfermedad y a reafirmar sus compromisos con los sectores poblacionales más afectados, entre ellos los pueblos indígenas.

En estos procesos, la enfermedad ha sido contextualizada por variables sociales y culturales. Las percepciones de la población en cuanto a la salud y a la enfermedad recobran importancia en el universo multicultural, multiétnico y plurilingüe de las Américas. Así, el enfoque intercultural de la salud, al tomar en cuenta las particularidades de los pueblos en cuanto a su forma de vida, valores, creencias y aspiraciones, se presenta como una estrategia que apoyará la consecución de las metas de la reforma sectorial, que básicamente se proyectan al logro de la equidad en cuanto al acceso y cobertura universal de la población de la Región a una atención de salud con calidad.

La OPS, en el marco de la Iniciativa de Pueblos Indígenas, se halla impulsando acciones que permitan la generación de conocimiento y metodología que faciliten la incorporación del enfoque intercultural de la salud, con plena participación de los pueblos interesados. El presente documento obedece a este interés y está basado, principalmente, en los análisis y discusiones que tuvieron lugar durante las sesiones del Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad que se llevaron a cabo en Managua, Nicaragua del 9 al 11 de septiembre de 1998.

Además de los participantes del Grupo de Trabajo, varios profesionales contribuyeron en la revisión del presente documento y sus aportes permitieron ampliar los elementos de análisis, las bases conceptuales y los aspectos a considerarse en la operacionalización del enfoque intercultural de la salud. Para todos ellos dejamos constancia de nuestro reconocimiento.

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas que impulsa la Organización Panamericana de la Salud, en el período del 9 al 11 de septiembre de 1998, se llevaron a cabo las sesiones del Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad en Managua, Nicaragua con la asistencia de 26 participantes de siete países que representaban a diferentes sectores. El propósito fue promover un proceso de trabajo coordinado, entre los centros académicos de la Región, instituciones y líderes indígenas, que contribuya a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en la Región de las Américas. Los objetivos fueron: identificar pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de formación y capacitación de recursos humanos; promover la revisión del pensum de las escuelas de ciencias de la salud, con el fin de incorporar el enfoque intercultural en salud y promover un proceso de trabajo conjunto multidisciplinario e intersectorial en el tema.

Los temas abordados por los participantes incluyeron una reflexión sobre la oportunidad que presentan los procesos de reforma en la identificación de soluciones a la problemática que aqueja a los pueblos indígenas; el análisis de las diferentes variables que determinan las precarias condiciones de vida y salud que afectan a la mayoría de comunidades indígenas, y el reto que presenta la atención de estas necesidades en el contexto pluricultural, multiétnico y plurilingüe de la Región de las Américas.

La incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación y desarrollo de los recursos humanos se presenta como una estrategia en el logro de la equidad. Para fines de este documento el concepto de interculturalidad será entendido como un proceso social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, ético, lingüístico, de género y generacional.

En reconocimiento de que el desarrollo de recursos humanos constituye uno de los ejes prioritarios de los planes nacionales de salud y que se le entiende como una estrategia básica en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, los participantes identificaron pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación y desarrollo de las instituciones formadoras de recursos.

Las pautas enfatizan en la necesidad de que el enfoque intercultural de la salud sea un eje transversal que cruce las propuestas de los procesos de reforma. Además, priorizan la participación de los pueblos indígenas tanto en los niveles de decisión como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucran. Asimismo, las pautas urgen a la incorporación de contenidos curriculares que apoyen el conocimiento de las variables socioculturales que condicionan el bienestar de los pueblos de las Américas. Finalmente, reconocen el rol de los organismos internacionales como facilitadores de procesos intersectoriales e interdisciplinarios, de intercambio de experiencias y de generación de conocimiento y metodologías en el tema de la interculturalidad en salud.

1. MARCO DE REFERENCIA

El compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con todos los pueblos de la Región en el logro de la equidad se manifiesta en su misión.

Misión de la Organización Panamericana de la Salud

Cooperar técnicamente con los Estados 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.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 especifican ese compromiso particular de la OPS y los Gobiernos Miembros con los pueblos¹ indígenas de la Región. En este sentido, se constituye el marco de referencia específico del trabajo de la Organización con estos pueblos y por lo tanto del presente documento.

1.1 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En 1992, en el contexto del aniversario de los 500 años de llegada de los europeos al Continente Americano,² los Estados Miembros de la OPS propusieron iniciar un proceso consultivo para establecer los lineamientos para el trabajo en salud con los pueblos indígenas.

En 1993, se llevó a cabo el I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá con la asistencia de 68 participantes pertenecientes a 18 países de la Región que representaban a organizaciones, pueblos y naciones indígenas de las Américas, a gobiernos, a organismos internacionales, a centros académicos y a organismos no gubernamentales. Las recomendaciones de este Taller se agruparon en una propuesta —La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas— y se identificaron los cinco principios que rigen el trabajo de la Organización y sus Estados Miembros con estos pueblos.

¹ El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales, y étnicos que le dan un sentido de identidad (Stavenghagen R., 1994).

² En 1992, desde varios sectores y principalmente desde el sector indígena se escuchaban demandas de atención a diversos aspectos de la problemática de estos pueblos, entre ellos, educación, salud, tierra, territorio en un marco del respeto a sus derechos como ciudadanos y como pueblos. De acuerdo con el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), el término *territorio* se refiere a una área geográfica que se encuentra bajo la influencia cultural y el control político de un pueblos, y el término *tierra* se refiere a la porción dentro de ese espacio que es apropiable por un individuo o persona jurídica. El primero es un derecho colectivo de los pueblos y el segundo un derecho individual de las personas. El primero crea la posibilidad de ejercer control y autoridad sobre el conjunto de los recursos y sobre los procesos sociales que allí se dan. El segundo el de aprovechar productivamente el suelo sin interferencia de otras personas (De la Cruz R., 1997).

Principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas:

- Necesidad de un enfoque integral de la salud³
- Derecho a la autodeterminación
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas
- Reciprocidad en las relaciones
- Derecho a la participación sistemática

1.1.1 Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6

En ese mismo año, 1993 el XXXVII Consejo Directivo de OPS adoptó los principios establecidos en Winnipeg, aprobó las propuestas contenidas en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, y los Estados Miembros expresaron su voluntad política de priorizar la atención a los pueblos indígenas al firmar la Resolución CD37.R5. Esta Resolución fue ratificada en 1997 a través de la Resolución CD40.R6. El desarrollo de los recursos humanos en la interculturalidad, se enmarca en estos compromisos y se explicita particularmente en los artículos 2a, 2d y 3a.

Resolución CD37.R5

2.a Instar a los Estados Miembros de la OPS a que 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 los servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.

2.d Instar a los Estados Miembros de la OPS a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.

3.a Solicitar al Director de la OPS, dentro de la disponibilidad de recursos, que promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos de trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas.

1.1.2 Acuerdos y Declaraciones Internacionales

Además de las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6, existen acuerdos y declaraciones internacionales que respaldan el desarrollo del tema de la interculturalidad como una estrategia en el cumplimiento de sus enunciados. Algunos son de carácter general y otros abordan específicamente las necesidades de los pueblos indígenas. Los temas que sirven de escenario a estos instrumentos

³ El abordaje integral/abordaje holístico en salud se refiere a la incorporación de las diferentes esferas que suponen el bienestar bio-psico-social y espiritual de la persona humana y de la comunidad.

legales son diversos, indicando que el bienestar de los pueblos indígenas implica el abordaje de la intersección de las áreas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo y el medio ambiente en un marco de reconocimiento y respeto a las diferentes culturas de la Región.

La ejecución de los enunciados de la Resolución CD37.R5 y de los instrumentos legales expuestos, depende de la consolidación de un proceso de trabajo conjunto y coordinado entre los diferentes poderes del Estado e instancias gubernamentales con las organizaciones indígenas, los organismos de cooperación técnica, las instituciones académicas y los sectores involucrados en el bienestar de los pueblos de la Región. El desarrollo del tema de la interculturalidad en salud, con plena participación indígena, apoyará la instrumentalización de varias de las recomendaciones presentes en estos acuerdos.

Este es el contexto en el que la Organización Panamericana de la Salud, en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, convocó a las sesiones del *Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad* que reseñamos en este documento.⁴

⁴ Las copias del material entregado por los expositores constan en el archivo de la Iniciativa

2. GRUPO DE TRABAJO: PROPÓSITO, OBJETIVOS, PARTICIPANTES Y METODOLOGÍA

Del 9 al 11 de septiembre de 1998, en la sede del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), en Managua, Nicaragua, se llevaron a cabo las sesiones del Grupo de Trabajo sobre: *Recursos Humanos e Interculturalidad* cuyo propósito y objetivos fueron los siguientes:

2.1 PROPÓSITO

Promover un proceso de trabajo coordinado entre los centros académicos de la Región, instituciones y líderes indígenas, que contribuya a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en la Región de las Américas.

2.2 OBJETIVOS

Establecer pautas para la formulación e implementación de programas de formación y capacitación de recursos humanos de la salud en la interculturalidad.

Promover la revisión del pensum de las escuelas de ciencias de la salud para que incorporen el enfoque intercultural en salud.

Promover un proceso de trabajo conjunto multidisciplinario e intersectorial en el tema.

2.3 PARTICIPANTES

La reunión contó con la asistencia de 26 participantes de siete países (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Perú) cuya presencia fue posible por el apoyo financiero de los Programas de Desarrollo de Recursos Humanos y de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud; de la División de Promoción y Protección de la Salud; de las Representaciones de la OPS/OMS en Nicaragua, Ecuador y Honduras y de la División de Cooperación Intensiva a Países y Poblaciones en Gran Necesidad de la OMS.

El tema convocó a varios sectores y disciplinas, contándose entre los participantes a 11 médicos, siete enfermeras, dos gestores comunitarios, dos profesores, un economista, dos psicólogos y un ingeniero. De ellos ocho eran líderes indígenas que representaban a instancias gubernamentales (ministerio de salud, ministerio de educación), organizaciones indígenas, instituciones formadoras de recursos humanos, organizaciones no gubernamentales y representaciones de la OPS/OMS en Nicaragua, Ecuador y Honduras, (lista de participantes, anexo A).

2.4 METODOLOGÍA

Como metodología de trabajo, de acuerdo a la agenda planificada y con la coordinación técnica de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de Nicaragua, se procedió a exponer los bloques temáticos, cada uno de los cuales incluyó exposiciones magistrales, trabajo grupal y plenarias. Las exposiciones de los participantes tuvieron como referencia unas preguntas guía, preparadas con anterioridad. En cada uno de los componentes de la agenda se contó con sesiones de preguntas y comentarios por parte de los participantes (anexo B).

Las sesiones de trabajo abordaron las siguientes áreas temáticas:

- Los pueblos indígenas de la Región de las Américas y la Reforma del Sector Salud, abordaje desde la práctica del derecho a la salud
- Desafíos en la organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales, multiétnicas y plurilingües
- Niveles de análisis en el enfoque intercultural de la salud
- Retos en la incorporación del enfoque intercultural en los programas de las escuelas de ciencias de la salud en la Región

En cuanto a la revisión y ampliación del documento base, los participantes, luego de reconocer su importancia como un documento de referencia, procedieron a revisar los objetivos del Grupo de Trabajo. En cumplimiento de los mismos propusieron que los coordinadores técnicos presentaran una propuesta para la formulación de un documento que recogiera los aportes de los participantes en la identificación de pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. El presente documento es el producto de lo acordado por los participantes en el Grupo de Trabajo.

A continuación se presenta el marco conceptual en el que se basa el desarrollo de las pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos.

3. MARCO CONCEPTUAL

Si bien en el Grupo de Trabajo se dio un avance importante en la construcción de nuevos paradigmas en la operacionalización del abordaje integral de la salud, y especialmente en el significado del enfoque intercultural de la salud, el lector, desde su experiencia teórica y práctica enriquecerá estos planteamientos con sus aportes. Con esta premisa, la Organización Panamericana de la Salud, como organismo de cooperación técnica, en reconocimiento de la existencia de realidades diversas entre y dentro de los países de la Región, se comprometió a promover espacios de reflexión con plena participación de los pueblos interesados y a facilitar el intercambio y la generación de conocimientos y metodologías, que faciliten la incorporación e institucionalización del enfoque intercultural en el trabajo con estos pueblos en el contexto de los siguientes entendimientos conceptuales básicos:

3.1 PUEBLOS INDÍGENAS

¿A quién nos referimos cuando hablamos de pueblos indígenas?

El Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT (anexo C) reconoce como *indígenas* "... a 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 pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización 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".

Las denominaciones utilizadas para definir a los pueblos indígenas han variado de país a país de acuerdo a los contextos sociales e históricos: lengua hablada, ascendencia, autoidentificación y concentración geográfica o territorialidad (Psacharopoulos, 1994). Para el caso de este documento, se aceptan las diferentes definiciones y además se puntualiza la necesidad de considerar los diferentes fenómenos sociales, políticos y económicos (migración, guerras civiles, obras de desarrollo, sobre-explotación de recursos naturales, olas sucesivas de colonos, incursiones militares sea por conflictos fronterizos o por represión a actividades subversivas e ilícitas) que han llevado a la población indígena a reubicarse fuera de sus territorios ancestrales.

De acuerdo con las estimaciones y datos existentes, 42 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 diferentes pueblos constituyen el 10% de la población de América Latina y el Caribe y el 27% de la población rural de América Latina. Su presencia vigente en el Continente dibuja el perfil plurilingüe, multiétnico y multicultural de la Región.

Desafortunadamente, la pobreza, marginación, aculturación,⁵ analfabetismo, desempleo, carencia de tierra y territorio, son problemas que se potencian entre sí y están presentes en la mayoría de las comunidades indígenas. En su mayoría los indígenas urbanos se encuentran integrados a los segmentos sociales de la pobreza urbana.

El perfil epidemiológico que presentan estos pueblos, muestra muchas de las enfermedades que agobian a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Se estima que 40% de la población indígena no tiene acceso a los servicios de salud ofrecidos por los gobiernos. Al perfil de salud de la mujer indígena se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, indígena y en no pocos casos analfabeta y monolingüe en su lengua nativa.

Cabe señalar, sin embargo, que la mayoría de los análisis disponibles se basan en indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura que no permiten visualizar las *potencialidades individuales y colectivas* de estos pueblos. El conjunto de potencialidades culturales y lingüísticas, organizativas y de liderazgo, junto al cumplimiento de principios éticos comunitarios, basados en la reciprocidad, respeto y conocimientos ancestrales, les ha permitido a los pueblos indígenas conformar mecanismos de sobrevivencia ante condiciones adversas.

Desde los pueblos indígenas se cruza la doble demanda de 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.

3.2 MEDICINA TRADICIONAL/SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES

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. 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 (OPS/OMS, 1997).

Los *Sistemas de Salud Indígenas* comprenden 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, prevención de las enfermedades

⁵ Se entiende por aculturación a la transición entre patrones de pensamiento y modos de comportamiento de la cultura de origen y los de otra cultura (Berry & Annis, 1988; Berry, 1980; Szapocznik, Scopetta, & Kurtines, 1978; Padilla, 1980). Fernando Ortiz, propone sustituir el concepto de aculturación por el de transculturación. En la tradición anglosajona especialmente, se entendía por aculturación el paso de una cultura hacia otra, en un proceso unilineal de pérdida de unos valores en virtud de la adquisición de otros. Por el contrario, según Ortiz, "el vocablo *transculturación* expresa mejor las diferentes fases del proceso transitivo de una cultura a otra, porque éste no consiste solamente en adquirir una distinta cultura, sino que el proceso implica necesariamente la pérdida o desarraigo de una cultura precedente, lo que pudiera decirse una parcial *desculturación* y, además, significa la consiguiente creación de nuevos fenómenos culturales que pudieran denominarse de *neoculturación*." (Yáñez del Pozo).

y promoción de la salud. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos (OPS/OMS, 1997).

La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas de su hábitat respectivo. Las plantas 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. Al abordar el tema de los sistemas de salud tradicionales/sistemas de salud indígenas, reconocemos que estamos frente a algo más que principios activos presentes en 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 (OPS/OMS, 1997).

En la movilización de todos los recursos disponibles, como un medio legítimo para alcanzar las metas de salud para todos, los sistemas de salud tradicionales/indígenas, no han encontrado un espacio de manifestación total en los planes de salud de los países de la Región (OPS/OMS, 1997).

3.3 COSMOVISIÓN

La cosmovisión constituye un "eje conceptual" por sí misma. Supone un conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas⁶ tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Para el caso de los pueblos indígenas, define las relaciones del individuo con los otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza, con los seres espirituales y se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

Como se explica más adelante, varias de las barreras presentes en la interacción de las culturas, en este caso en el ámbito de los servicios de salud, se deben a la falta de conocimiento de estos elementos del contexto social y cultural de la población que está siendo atendida.

3.4 SOCIEDADES MULTICULTURALES E INTERCULTURALIDAD

Pocos son los estudios que no describen a la población de las Américas como una población multicultural, es decir conformada por varias culturas. Sin embargo, este concepto descriptivo, aunque muy válido e importante, no ubica a las diferentes culturas como actores sociales en los procesos presentes en la Región. La multiculturalidad es una realidad y la interculturalidad una acción interactiva de esas diferentes culturas.

⁶ La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos (cosmovisión) e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado (Cross, Bagron, Dennis, e Isaacs, 1989; Pinderhughes, 1989). La etnia, la raza, el ámbito geográfico y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales.

3.4.1 Interculturalidad

Los procesos históricos pasados y recientes en la Región, han determinado que entre las diferentes culturas exista una gama de relaciones que, en la mayoría de sociedades, se dan en condiciones de asimetría, subordinación y conflicto. La historia oficial ha dejado de lado la visión de muchos protagonistas.

En este universo dinámico, la búsqueda de estrategias conjuntas en el abordaje del nexo salud-enfermedad, implica una reconceptualización de las prácticas de “los otros” y el encuentro de dos o más visiones sobre las posibles soluciones a los problemas de salud que parten de marcos contextuales distintos. Además, urge un cambio en los paradigmas pues esta búsqueda lleva a un análisis, no desde la visión biomédica sino desde aquella generada a través de la sensibilidad y el respeto hacia la diferencia y fundamentada en un principio básico, el de la vida.

La propuesta de incorporación del enfoque intercultural de la salud en el trabajo con poblaciones multiculturales, tiene relevancia para comprender el lugar que cada una de las culturas ocupa en las sociedades nacionales y las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. De igual manera, aporta en la comprensión de las relaciones cotidianas tanto entre las culturas no indígenas y las culturas indígenas, como dentro de cada una de ellas. El reto en el logro de la equidad es que ésta se de dentro de una dinámica intercultural.

El *concepto de interculturalidad* involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étareas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa.

La operacionalización del concepto de interculturalidad supone el cumplimiento de los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad
- Democracia cultural
- Participación que incorpora la representación, la consulta,
- el consenso y la convergencia de objetivos comunes

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social

- Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación

4. ELEMENTOS A TOMARSE EN CUENTA EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

Los análisis sobre la dinámica de la Región, generalmente se realizan desde una perspectiva que homogeniza a la población y pasa por alto las particularidades de los diferentes pueblos que forman este conglomerado multilingüe, multiétnico y pluricultural, dando lugar a lo que podría denominarse un paradigma unicultural. Este paradigma está vigente en los marcos teóricos y en la práctica de las diferentes disciplinas, también en el campo de la salud. La incorporación del enfoque intercultural supone la generación de nuevos y complementarios paradigmas.

El cuadro 1 contiene los elementos a tomarse en cuenta en el enfoque intercultural de la salud. Parte del análisis de una serie de variables desde dos paradigmas: el unicultural y el intercultural. Suponiendo, que el primero es el vigente y el segundo es el modelo a seguir. El paradigma unicultural ocurre dentro de un concepto de sociedad que prestigia la cultura nacional y el paradigma intercultural, en una sociedad que reconoce la diversidad cultural de las naciones y pretende lograr la equidad en el reconocimiento de la diferencia.

Cuadro 1

Elementos a tomarse en cuenta en la incorporación del enfoque intercultural de la salud

Dimensión de análisis	Paradigma unicultural	Paradigma intercultural
Concepto de sociedad	Homogénea, que prestigia una cultura nacional dominante	Hace defensa de la diversidad cultural de la nación: la reconoce, la promueve, la respeta. La diversidad es fuente de orgullo y riqueza
Definición del concepto de salud, proceso de salud-enfermedad	Oficial, integral, pero fragmentado en la práctica	Integral en su conceptualización y práctica
Base legal Código de salud	Reconocimiento (incipiente) de la diversidad étnica, lingüística y cultural del país y de los recursos humanos comunitarios	Pleno reconocimiento y ejercicio de la diversidad, con equidad y derecho a la diferencia. Democracia cultural. Valoración e integración del personal comunitario y de los terapeutas de los sistemas de salud indígena.
Sistema de información	Las estadísticas no están desagregadas e invisibilizan la problemática de salud según etnia y género.	Se cuenta con estadísticas desagregadas e indicadores para la planificación y toma de decisiones participativas.
Sistema educativo de salud	Cerrado. Enfoque predominantemente biotecnológico. Es inequitativo étnica, lingüística, cultural y geográficamente. Ignora los aportes educativos y de salud de las culturas indígenas. Algunas veces "investiga" (tesis) sin utilizar los	Abierto. Valora y aplica el conocimiento universal, pero también promueve el rescate, valoración, investigación, difusión de ciencia y tecnologías en salud indígenas y nacionales. Enseña y provee oportunidades para aplicar el conocimiento indígena en salud.

Dimensión de análisis	Paradigma unicultural	Paradigma intercultural
	resultados.	Los educadores, prestadores y organizaciones de base evalúan la contribución del currículo a los fines de la formación y capacitación en multiculturalidad e interculturalidad y promueven transformaciones integrales no parciales o aisladas.
Recurso Humano	Escaso personal calificado para trabajar en contextos plurilingües y pluriétnicos. La disponibilidad de personal bilingüe en los servicios de salud es insuficiente para cumplir con la pertinencia del servicio en diferentes niveles de atención. La distribución de recurso humano carece de pertinencia cultural.	Personal calificado y sensible a las necesidades de salud. En los contextos multilingües hay personal que ofrece el servicio en el idioma local. La comunidad participa en la selección y evaluación del personal comunitario y nombrado.
Formación y capacitación de personal de salud	La formación y capacitación en los diferentes niveles: comunitario, técnico (medio), profesional (superior) es poco pertinente a las realidades pluriculturales y multilingües del país. El personal comunitario no es capacitado junto con los equipos de salud.	Se forma y capacita, con enfoque de procesos de educación permanente, en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano en salud independientemente del lugar donde se forme. La capacitación aborda sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud, y la organización para la prestación de servicios es apropiada en busca del enriquecimiento mutuo y de soluciones transformadoras consensuales que mejoren el nivel de la salud.
Currículo	Énfasis en objetivos cognitivos. Enseñanza y materiales educativos con enfoque cultural y en idioma dominante. La cultura y la salud indígena constituyen añadidos curriculares sin relevancia para el cambio de actitudes.	Énfasis integral: objetivos cognitivos de desarrollo de actitudes, prácticas y valores étnicos, nacionales y universales. Integra concepciones educativas de los pueblos de una nación. Introduce estrategias de fortalecimiento de la unidad nacional, la autoestima y la diversidad. El currículo descentralizado ofrece conocimientos, experiencias y opciones multiculturales e interculturales, enfatizando en salud, para todos, incluyendo la enseñanza y aprendizaje de un idioma local.
Sistema de salud	Excluyente. Único y cerrado, orientado por el enfoque biotecnológico occidental. Los sistemas tradicionales son rechazados o subestimados.	Incluyente. Abierto. Reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
Oferta de servicios de salud	Irregular, bajas coberturas, inequitativa, étnica, y geográficamente. Escasa o ninguna pertinencia cultural (idioma, horario,	Regular, equitativa y con pertinencia cultural. Provee coberturas integrales con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención. El servicio se provee en el idioma

4. ELEMENTOS A TOMARSE EN CUENTA EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

Dimensión de análisis	Paradigma unicultural	Paradigma intercultural
	conceptos, y otros).	local, con patrones comunicativos respetuosos.
Organizaciones indígenas	Ninguna o débil participación en la provisión de servicios de salud con enfoque occidental.	Plena participación en la prestación de servicios de salud. Incorporación de enfoques indígenas. Poder compartido. Auditoría social.

5. PERSPECTIVAS DE LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS EN EL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

Para hablar de la problemática de salud de los pueblos indígenas es necesario plantear que la salud desde una visión integral es la prioridad número uno para estos pueblos. Es decir la salud fundamentada en el triángulo de la vida, compuesto por el ser humano y la comunidad, la interrelación con la madre tierra y el equilibrio del medio ambiente y del entorno.

El deterioro de las condiciones de vida y el estado de salud de los pueblos indígenas, entre otros factores, se debe a que las políticas nacionales no han tomado en cuenta el carácter multicultural de la población de la Región, determinando la exclusión de los pueblos indígenas. Esto se traduce principalmente en altas tasas de analfabetismo, especialmente femenino y falta de acceso a los servicios básicos, en este caso, a los de atención de la salud. El desconocimiento de los derechos de estos pueblos, e inclusive el desconocimiento de la existencia de algunos pueblos por parte del gobierno agrava la situación de exclusión.

Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos como ciudadanos y como pueblos, han tenido fuerte influencia en la posición y la evolución de las organizaciones indígenas en América Latina y han influenciado también la evolución de las posiciones de los gobiernos (Stavenhagen, 1992). Aunque algunas de las propuestas de cooperación hechas por los pueblos indígenas a las autoridades del gobierno han tenido un efecto político muy importante, no sólo en la gestión de recursos sino en reformas legales,⁷ en varias instancias, no son tomadas en cuenta o se diluyen en trámites burocráticos.

El enfoque biomédico y sus avances en cada una de las subdivisiones de las distintas ciencias ha llevado a tratar al individuo sin considerar, ni respetar su entorno y cultura. Esto ha determinado la falta de sensibilización del personal de salud y el no reconocimiento de las especificidades en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

A través de los tiempos se ha dado una confrontación entre los poseedores de los llamados conocimientos “científicos” y los poseedores de los llamados “conocimientos no científicos”. El uso de la medicina tradicional/indígena ha sido objeto de los más acalorados debates y constantes contradicciones entre las autoridades nacionales, los centros académicos y la sociedad en general. Pocos son los programas de apoyo al rescate de la medicina tradicional/indígena, varios la incluyen dentro de los paquetes de atracción turística, y otros han fomentado su desprestigio, tildando de hechiceros, brujos y charlatanes, a los terapeutas de esta medicina. Estos puntos de vista olvidan que varios de los “descubrimientos científicos” se basan en el conocimiento ancestral de los pueblos y que en muchas zonas de la Región, son los terapeutas indígenas los que están brindando la atención en salud que la estructura gubernamental no ha podido suministrar.

⁷ Al respecto se citó la consecución de la autonomía en las Regiones Norte y Sur de la Costa Atlántica Nicaragüense y lo ocurrido en Honduras. En este país, los procesos de reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas se dieron en julio de 1994 a través de actos públicos de protesta y reclamación. En respuesta, el Ejecutivo formó una Comisión Nacional para los procesos de convergencia, seguimiento y ejecución de los acuerdos establecidos con los pueblos indígenas.

Dentro de este marco, las perspectivas de las organizaciones indígenas en la incorporación del enfoque intercultural de la salud plantean el establecimiento de procesos de trabajo conjunto con la convicción de que el acercamiento fraterno y respetuoso entre las instancias gubernamentales, los pueblos indígenas y todos los actores sociales, apoyará no sólo la preservación de los conocimientos ancestrales de los pueblos, sino que consolidará una relación de cooperación mutua que beneficiará a todos los pueblos de la Región. Estos procesos implican:

- El fortalecimiento organizativo de los pueblos indígenas para elevar su nivel de incidencia y protagonismo en las diferentes instancias de decisión y ejecución que involucran su bienestar como pueblos.
- El reconocimiento, por parte del gobierno y de sus instituciones de la existencia de los pueblos indígenas y la incorporación de estrategias que respondan a las especificidades de estos pueblos en las políticas de atención, prevención, promoción y desarrollo de la salud y educación.
- La ratificación y ejecución del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo por parte de los gobiernos que aún no lo han hecho.
- La promoción e impulso de los censos poblacionales indígenas en los países de la Región, estableciendo un sistema estadístico diferenciado por ascendencia étnica y la incorporación de variables que den como resultado un perfil epidemiológico integral.
- La promoción, de una manera conjunta por parte de los gobiernos y los pueblos indígenas, de un proceso de sensibilización del personal de salud y de los demás miembros de la sociedad civil para que comprendan las especificidades culturales y proporcionen una atención de salud que esté en correspondencia con la realidad de estos pueblos.
- La incorporación en el marco de la reforma del sector salud, por parte de los gobiernos, de un modelo de atención que responda a las necesidades de los pueblos indígenas, donde se tome en cuenta y fortalezca la medicina tradicional/indígena como una estrategia en la ampliación de acceso y cobertura de la atención de la salud y se promuevan mecanismos de cooperación entre el personal responsable de la atención de salud, el personal comunitario, los líderes indígenas formales e informales y los terapeutas indígenas.
- La formulación de planes de salud nacionales a través de procesos de consulta a los pueblos indígenas para definir las estrategias en la organización y provisión de servicios de salud.
- La formación integral de los recursos humanos de la salud para que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de la comunidad, mediante la capacitación formal e informal, poniendo en práctica el paradigma de “aprender-haciendo” a través del intercambio multidireccional de experiencias y el aprovechamiento de las capacidades teóricas y técnicas en el enfoque intercultural de la salud. En este punto cabe recalcar la importancia que tiene la identificación de instituciones académicas que acompañarán el proceso que viven los pueblos indígenas en el área de salud.
- La incorporación en el marco de la reforma educativa, por parte de los gobiernos, de temas referentes al conocimiento de las culturas, la cosmovisión indígena, la medicina tradicional/indígena, como un componente en la transformación curricular de los diferentes

programas educativos, particularmente en aquellos dedicados a la formación y desarrollo de los recursos humanos de la salud.

- La creación de centros de acopio y distribución de información sobre temas relacionados con las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y sobre la medicina tradicional/indígena y sus terapeutas, de tal manera que apoye al mejor conocimiento de la problemática indígena y a la formulación de indicadores de impacto y evaluación de los planes tendientes a contribuir al bienestar de estos pueblos.
- La promoción de la investigación operativa sobre la medicina tradicional/indígena y su aplicación, tomando en cuenta los aspectos socioculturales de las comunidades.
- El cumplimiento por parte de los Estados Miembros de la OPS, de los objetivos y metas planteadas por los pueblos indígenas en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.
- La reorganización y fortalecimiento de la Comisión de Seguimiento y Monitoreo de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas para operativizar las distintas propuestas de los pueblos indígenas.

6. LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

La población indígena conforma una amplia y distinta porción de los habitantes de la Región de las Américas, contribuyendo en gran medida al carácter multicultural, multiétnico y plurilingüe del continente. Con datos de 1992 se establece que su presencia en los países va desde 0,2% a 71% del total de las poblaciones nacionales (Matos Mar, 1992).

Las denominaciones de indígena varían de país a país y las implicaciones también son variadas. En Bolivia, por ejemplo, el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 asumió que una persona es indígena si habla uno o más idiomas nativos. Así se determinó que el 71% de la población boliviana era indígena. Este hecho permitió, que a nivel político se reconociera la diversidad étnica, multicultural y plurilingüe del país y que se expresara en el Primer Artículo de la Constitución Política del Estado Boliviano.

Si se acepta la definición de salud desde una perspectiva integral, conocer la verdadera situación de los pueblos indígenas es un asunto complejo. Esta definición toma en cuenta tanto el bienestar individual como colectivo. En lo individual, lo físico, mental, espiritual y emocional. En lo colectivo, lo político, económico, cultural, social, también lo espiritual, todo en un contexto de equilibrio ecológico.

En general, tanto en lo individual como en lo colectivo, la gran mayoría de estos pueblos están sujetos a agresiones y deprivaciones causadas por el entorno y la dinámica en que se desenvuelven. Éstas se expresan en sus perfiles epidemiológicos, su esperanza de vida, su mortalidad y fecundidad. En la salud mental se encuentran los padecimientos causados por el constante avasallamiento de su cultura, la desvalorización de sus mitos y la obligación de insertarse en contextos ajenos. En lo económico, la pobreza es la condición generalizada que deriva permanentemente en la insatisfacción de sus necesidades básicas. En lo político, la limitada o ninguna participación en las decisiones nacionales, y sin poder defender inclusive sus derechos de propietario de tierras.

En los estudios de indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura de la atención de la salud, rara vez se hace referencia a las potencialidades presentes en los pueblos indígenas, pocos estudios hacen la diferencia explícita entre los pueblos de la Región y en muchos casos los datos sobre las condiciones de vida y salud de las comunidades indígenas pueden ser obtenidos solamente según el criterio de urbano y rural o con el análisis de datos secundarios. Sin embargo, las evidencias de las brechas de inequidad que afectan a los pueblos indígenas, son claras.

Los cuadros 2 y 3 muestran algunos de los ejemplos presentados por los participantes.

Cuadro 2
Pueblos Indígenas: Inequidad (%) - Guatemala

	Tasa de analfabetismo
Zonas con menor proporción de población indígena	36%
Zonas con mayor proporción de población indígena	56%

Fuente: Guatemala, Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro 3
Pueblos Indígenas: Inequidad (%) - Bolivia

	Tasa de analfabetismo (Población de 15 años y más de edad)	Mortalidad infantil (- 1 año)	Tasa global de fecundidad #hijos x mujer en edad fértil
Habla sólo castellano			
Hombres	7,14%		
Mujeres	13,34%		
<i>Total</i>		51 x 1.000 nv	4,5%
Habla castellano y un idioma nativo			
Hombres	6,51%		
Mujeres	23,85%		
<i>Total</i>		74 x 1.000 nv	5,2%
Habla sólo idioma nativo			
Hombres	55,96%		
Mujeres	76,95%		
<i>Total</i>		101x 1.000 nv	7%

Fuente: Bolivia. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992

Los índices de pobreza notificados para las poblaciones indígenas reflejan su situación en las sociedades nacionales.

Cuadro 4
Porcentaje de población bajo la línea de pobreza, 1989⁸

País	Población indígena	Población no indígena
Bolivia	64,3%	48,1%
Guatemala	86,6%	53,9%
México	80,6%	17,9%
Perú	79,0%	49,7%

Fuente: Psacharopoulos G, Patrinos HA. Indigenous people and poverty in Latin America: An empirical *analysis*. Washington, DC: World Bank; 1994:207. (World Bank Regional and Sectorial Studies).

En los pueblos indígenas los efectos de la pobreza se agravan por las altas tasas de analfabetismo —especialmente analfabetismo femenino—, migración y desocupación. Su localización geográfica inminentemente rural, o como parte de los cinturones de pobreza urbanos los pone en una situación de vulnerabilidad mayor ante la falta de atención en cuanto a servicios básicos de salud, educación y saneamiento básico. El estado de salud presente en estos pueblos es la consecuencia de sus condiciones de vida.

En este sentido, el análisis epidemiológico debe incorporar, tanto ejes problemáticos que presenten un cuadro más aproximado de las condicionantes que han determinado el estado actual de salud de los pueblos indígenas, como la visión de los pueblos indígenas. De esta manera, constituirse en insumos para la formulación de políticas de salud integrales en información de referencia en el establecimiento de prioridades y líneas de base.

A continuación se presenta la Matriz de Análisis de la Situación, que incluyen las categorías a analizarse, los descriptores de cada una de esas categorías y las estrategias a seguir en la implementación del proceso de incorporación del enfoque intercultural de la salud.

⁸ Un ingreso mensual de US\$60 y US\$30 con un valor adquisitivo similar al de 1985 corresponde a la línea uniforme de pobreza y a la línea de extrema pobreza, respectivamente.

Cuadro 5
Matriz de Análisis de la Situación

Categorías	Descriptores	Estrategias
1. Participación política, económica y social	1.1 Población total y según grupos étnicos y género por pueblos étnicos. 1.2 Nivel de cohesión y organización étnica 1.3 Producción y trabajo 1.4 Instancias de negociación y concertación 1.5 Tenencia de la tierra 1.6 Relaciones interétnicas 1.7 Identidad cultural 1.8 Cosmovisión	1. Agenda de investigación para la promoción de la interculturalidad 2. Red internacional de la promoción de la interculturalidad 3. Promoción de instancias de concertación para introducir la interculturalidad en los procesos de reforma 4. Documentación y difusión de experiencias que favorezcan la interculturalidad 5. A partir de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas promover la interculturalidad como idea fuerza. 6. Priorizar el espacio de los centros formadores de recursos humanos como "puerta de entrada" para el desarrollo del enfoque intercultural
2. Relaciones entre los sistemas de salud "occidentales" y "tradicionales"	2.1 Análisis de la oferta y demanda de los servicios de salud "occidentales" y "tradicionales" 2.2 Percepción comunitaria de la relación entre los sistemas de salud "occidentales" y "tradicionales". 2.3 Equipos de salud 2.4 Modelo de salud 2.5 Medicina tradicional 2.6 Marco jurídico 2.7 Propuestas de cambio a los modelos de salud.	
3. Situación epidemiológica	3.1 Perfil de salud 3.2 Pobreza 3.3 Salud ambiental	
4. Formación y desarrollo de recursos humanos	4.1 Diseño curricular 4.2 Desarrollo de modelos educativos innovadores 4.3 Políticas de formación y desarrollo de recursos humanos	
5. Cooperación internacional	5.1 Misión 5.2 Cooperación interagencial 5.3 Contenidos sobre la aplicación del enfoque intercultural	

En cuanto a la respuesta a la problemática de salud que aqueja a los pueblos indígenas, la situación del sistema y de los servicios de salud ofrecidos por el gobierno, en general, es compleja.

La asignación presupuestaria es insuficiente, tanto en el nivel central como en los niveles locales. La infraestructura y equipo técnico se halla en franco deterioro y la distribución de los servicios de salud y de personal de salud limita aún más el acceso de la población indígena, de por sí dispersa y localizada en zonas rurales de difícil acceso geográfico.

El modelo de gestión es centralizado y el modelo de atención no considera las particularidades socioculturales de la Región. La deficiente integración de la sociedad civil en la toma de decisiones, y el divorcio de las instituciones académicas, la comunidad y los servicios de salud, trae como consecuencia la presencia de recursos humanos no preparados para una atención integral y para el apoyo al desarrollo comunitario. Esto dificulta la atención de la salud de la población y crea descontento tanto entre los prestadores como en los usuarios de los servicios de salud.

Sin embargo, varias son las experiencias que se están generando en la Región en el marco de las reformas del Estado, las reformas educativas y particularmente en los procesos de reforma del sector salud. Estas se constituyen en una referencia teórica y práctica para las propuestas y estrategias hacia el futuro.

El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la población de la Región debe ser el punto de partida para el establecimiento de un modelo de atención que responda adecuadamente a las necesidades reales de la población y a la institucionalización del enfoque intercultural de la salud. La presencia de diferentes etnias, muchas de ellas poseedoras de una cosmovisión diferenciada, exige la definición de un modelo de atención que responda a las particularidades de los pueblos y contribuya a la materialización de las metas de la reforma sectorial.

En la consecución de las metas de las reformas, la participación y representatividad ciudadana de los pueblos indígenas determinará la sostenibilidad de los procesos en marcha y fortalecerá la democracia en la Región. La descentralización⁹ se constituye en una de las estrategias que deben impulsarse en forma prioritaria ya que implica la transferencia del poder central a instancias locales. Esto posibilita las relaciones interculturales.

En esta perspectiva, se propone el establecimiento de un modelo cuyo eje transversal sea el enfoque intercultural y que responda a los siguientes principios:

- La atención de la salud debe ser integral, considerando los elementos curativos de rehabilitación, de prevención y promoción.

⁹ Uno de los principios de la Reforma del Sector Salud es la descentralización que consiste en la concretización de nuevos escenarios-arenas políticas donde emergen diferentes actores sociales del nivel local que manifiestan sus problemas, intereses, realidades específicas y propuestas de políticas. Para que este principio no se reduzca a una reforma administrativa del sector, debemos entender que la descentralización es más que una desconcentración. En la desconcentración están involucrados solo los actores institucionales, es decir, los agentes políticos del gobierno, sus administradores y algunas veces los técnicos del sector público. En la descentralización están involucrados los diferentes actores sociales (sector público, privado, ONGs, etc). En la desconcentración el nivel local es solo ejecutor de políticas, en el caso de la descentralización el nivel local es formulador y ejecutor de políticas locales. En la desconcentración el nivel local aguarda recursos del nivel central, en la descentralización el nivel local busca, también, generar sus propias fuentes de financiamiento para el sector salud. En la descentralización no ocurre una ruptura con el nivel central, por lo contrario, el nivel local contribuye tanto a una política nacional de salud apuntando las inequidades, como a una efectiva planificación ascendente. De esta manera el reconocimiento del liderazgo del nivel central aumenta (Rojas R, Shuqair N, OPS/OMS, 1998).

- La participación social y en especial la participación de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, debe ser garantizada de una manera sistemática.
- La revitalización cultural debe ser promovida.
- Las acciones deben responder al principio de reciprocidad, es decir que si bien la salud es también responsabilidad de la sociedad civil, la estructura del gobierno debe asumir su rol como gestor, normador y supervisor en conjunto con la sociedad civil.
- La equidad en la atención en salud debe ser primordial, priorizando el binomio madre-niño, la población de las comunidades étnicas y los grupos poblacionales productivos (pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos).
- Toda la población y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud.

Las estrategias de desarrollo que guiarán el modelo de atención podrían ser agrupadas de acuerdo a los criterios rectores de la reforma del sector salud e incluyen las siguientes:

Equidad

- Priorización de la atención a los grupos poblacionales excluidos, particularmente a los pueblos indígenas y en ellos a la mujer y niño indígenas. De igual manera, en lo referente a la salud ocupacional, priorización de la atención de pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos.
- Revalorización y protección de la medicina tradicional/medicina indígena.
- Revalorización y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
- Los dos puntos anteriores dentro de los esfuerzos de conservación del medio ambiente y de la biodiversidad.

Participación social

- Fortalecimiento del proceso de descentralización. Es decir el traspaso de poderes y facultades a las autoridades del nivel local garantizando el fortalecimiento de los pueblos indígenas.
- Desarrollo de la participación social, particularmente de los pueblos indígenas, en las actividades de diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud que los involucren.

Calidad

- Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.

- Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de salud.
- Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos en cuanto a la formación acorde a las necesidades de la población, particularmente de la población indígena, para la red de servicios en zonas étnicas y aumento de la capacidad de análisis y de asistencia técnica del personal del nivel central y local.

Eficiencia

- Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutive de la oferta institucional tomando en cuenta las particularidades de la población.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad en la gestión de los servicios de salud y procesos de negociación, concertación, consenso y responsabilidad compartida.

Sostenibilidad

Fomento de un entorno que permita mejorar la salud en la unidad familiar. Es decir, atención y trabajo directo con la familia y promoción de los derechos.

Apoyo a la organización comunal en torno a la solución de problemas e impulso de la educación primaria.

Financiamiento adecuado a través de recursos nacionales, recursos de la cooperación externa, empresas privadas y venta de servicios a poblaciones con capacidad de pago.

Incidencia en el desarrollo de las políticas de protección del medio ambiente y de los trabajadores a través de mecanismos de coordinación que influyan en la autorización del funcionamiento de industrias que puedan tener efectos nocivos en la salud de la población o en el medio ambiente.

Para la instrumentalización de estas estrategias se proponen los siguientes componentes:

- Promoción de espacios de diálogo y negociación entre el sector institucional e indígena con el acompañamiento del nivel central y local.
- Investigación orientada a crear metodologías y bases de datos construidas y concertadas desde una perspectiva indígena e institucional.
- Educación y comunicación dirigida a elevar la capacidad de análisis y de propuesta de los recursos humanos de la salud y de los pueblos indígenas.
- Planificación como elemento básico para la gestión de recursos financieros y logísticos.

Los proceso de reforma del sector salud, se constituyen en la oportunidad para el diálogo, la reflexión y el análisis de las características y necesidades de los pueblos indígenas de la Región. La incorporación de elementos de la perspectiva social y antropológica, y la participación de los pueblos en todas las etapas del proceso de organización y provisión de servicios de salud determinará la generación de conocimientos y metodología que apoyen la incorporación del enfoque intercultural de la salud y el logro de las metas de la reforma sectorial.

7. DESAFÍOS EN LA ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIONES MULTICULTURALES

Varias son las interpretaciones que se han dado a las causas y consecuencias de las relaciones asimétricas entre las culturas que han dado lugar a la hegemonía de unas en detrimento de otras, y que han generado barreras culturales que impiden la convivencia entre las culturas. De acuerdo al modelo de interpretación étnica generado por Norman Whitten, los atributos relacionados con las personas pertenecientes a la cultura blanco-mestiza son: racional, cristiano, civilizado, educado, limpio, moderno, activo. Mientras que los atributos que por contraste y contraposición corresponden a las personas de la cultura negra e indígena son, irracional, pagano, incivilizado, salvaje, sucio, no jerarquizado, vago y pasivo. En estas secuencias, el rol del primero sería transformar a las personas del lado negativo en miembros de la sociedad moderna, y de los segundos, adquirir los hábitos y las costumbres de los blanco-mestizos.

Por su parte, la visión biomédica desarrollista, basada en la lógica Cartesiana, ha dicotomizado el alma del cuerpo (el espíritu de la materia) y su discurso higienista al aislar al paciente de su contexto, y enfocándose sólo en la enfermedad, transforma a la víctima en culpable de su mal y oscurece algunas de las referencias sociales y medio ambientales a las cuales hacen alusión las dolencias de filiación cultural basadas en la cosmovisión indígena.

Estas interpretaciones y paradigmas en lo cotidiano se manifiestan como barreras culturales. Éstas se suman a las barreras sociales, económicas y geográficas, conformando los complejos y diversos factores que condicionan la exclusión de varios sectores de la población y el bajo acceso y la baja utilización de los servicios básicos por parte de esta población, generalmente localizada en zonas rurales y urbano marginales.

Las *barreras sociales* están determinadas por el nivel de educación. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas especialmente entre las mujeres. Las *barreras económicas* constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso, costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. Las *barreras geográficas* se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.

Por su parte, las *barreras culturales* están dadas por la falta de comprensión de estos contextos culturales (ver pie de página No. 6) y determinan los problemas que existen en los servicios públicos de salud, asociados con el desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales. Los servicios públicos no toman en cuenta las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo.

El cuadro 6 muestra algunas de las determinantes que influyen en la baja o inadecuada utilización de los servicios de salud. El desafío del sector salud, en el marco de los procesos de reforma sectorial, constituye revertir esta situación.

Cuadro 6

Determinantes que influyen en la baja o inadecuada utilización de los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas

Instancia/Actor	Determinante
Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de participación de los pueblos indígenas en la estructuración de políticas, planes y programas de salud ▪ Programas encaminados a la utilización de la medicina occidental ▪ Falta de participación comunitaria ▪ Atención de salud geográfica-cultural-social y económicamente inaccesible
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de personal que hable el idioma nativo y/o que pueda comunicarse adecuadamente con la población ▪ Poca conciencia y mística de trabajo ▪ Falta de estímulos para el trabajo en las áreas rurales ▪ Poca identificación con los problemas y necesidades de la población ▪ Poco respeto a los factores culturales ▪ Poca promoción y orientación sobre los servicios de salud ▪ Falta de acercamiento y conocimiento de la comunidad
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispersión y ubicación eminentemente rural ▪ Dificultad de acceso geográfico, social, económico y cultural al servicio de salud ▪ Dificultad de comunicación por la diferencia de idiomas y códigos de comunicación entre el proveedor y el usuario. ▪ Desconfianza de usar los servicios de salud que ofrece el sistema de salud por desconocimiento ▪ Desconocimiento total de sus derechos como usuario
Instituciones formadoras de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca flexibilidad en los requisitos de ingreso que impiden la formación y desarrollo de recursos humanos de las comunidades. ▪ Centralización de las instituciones formadoras de recursos en áreas eminentemente urbanas. ▪ Programas de estudio encaminados a la cultura y medicina occidental. ▪ Programas con poca orientación y práctica hacia la gestión, el liderazgo y el desarrollo comunitario. ▪ Falta de valoración de la cultura indígena. ▪ Ausencia del enfoque intercultural de la salud.

En la organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales, el diálogo, la convergencia, la concertación y la negociación transparente, debe ser una práctica permanente en el desarrollo del proceso de abordaje del nexo salud-enfermedad para garantizar la participación decisiva de los pueblos evitando la asimilación cultural.

En la implementación de los programas dirigidos a las poblaciones indígenas, debe considerarse la congruencia cultural de los mismos y una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención y la comunidad. De igual manera se debe considerar la promoción del intercambio continuo de experiencias, así como el análisis crítico de su práctica para reconocer los alcances y los límites de ésta y por lo tanto el desarrollo y sistematización del conocimiento.

La investigación como proceso de conocimiento de la situación de los pueblos, debe estar orientada a un cambio de comportamiento institucional frente al trabajo con los pueblos indígenas. El autodescubrimiento de los pueblos indígenas y de los recursos humanos de la salud de los diferentes niveles en sus limitaciones y potencialidades, debe ser acompañado por instituciones externas a los pueblos para estimular la apertura al diálogo. La necesidad de un acercamiento de la medicina tradicional/indígena y la medicina occidental debe entenderse como aporte y fortalecimiento mutuo en beneficio de la salud en general.

Surge así la necesidad de llevar a cabo una investigación que involucre a los pueblos interesados en todas sus instancias y procesos y que se planteen los siguientes objetivos:

- Identificar el perfil epidemiológico que afecta a estos pueblos.
- Identificar las concepciones de esta población sobre el proceso de salud-enfermedad, específicamente relacionadas con las enfermedades que los afecta. De igual manera, las percepciones que estos pueblos tienen sobre la atención médica institucional para dar respuesta a sus demandas y generar una atención de calidad desde la perspectiva del usuario.
- Identificar las concepciones de los prestadores de los servicios de salud, la forma de percibir la cultura de la población a quien otorgan sus servicios y como se da respuesta a las demandas de ésta.
- Diseñar una propuesta de capacitación y de intervención para mejorar la salud de la población indígena a partir de la investigación.

8. NIVELES DE ANÁLISIS: ESTRATEGIAS EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

En la atención y prestación de servicios de salud, así como en la formación de recursos humanos, y por lo tanto en la modificación de prácticas, no sólo inciden las instituciones dedicadas a la salud y el personal de salud, sino que existen otros actores, como iglesias, grupos políticos, centros académicos, organismos de cooperación internacional y organizaciones no gubernamentales de las más variadas características y objetivos que estructuran sus acciones y estrategias a través de la atención de la salud.

Por su parte, los sistemas de salud indígenas no son estáticos, y dependiendo del acercamiento que las comunidades indígenas han tenido con las comunidades no indígenas, confluyen prácticas y conceptos de la medicina occidental y del conocimiento popular. En algunas comunidades indígenas las prácticas occidentales han sido resignificadas e incluidas como parte de su propia cultura, y en varias comunidades no indígenas, muchas de las prácticas indígenas son identificadas como propias.

Es así como en la identificación de estrategias para la incorporación del enfoque intercultural los niveles de análisis incluyen actores y contextos que merecen ser tomados en cuenta, tanto en el ámbito internacional, como en el ámbito nacional y local.

A nivel internacional y nacional, varios son los acuerdos y declaraciones globales y específicas que involucran a los pueblos indígenas. Algunos países han emitido leyes específicas y otros han propuesto cambios constitucionales que favorecen a estos pueblos. El cuadro 7 muestra una lista de aquellos instrumentos que hemos considerado relevantes para el tema de la interculturalidad en salud y el anexo C contiene la información pertinente de cada uno de ellos.

El cumplimiento de cada uno de los enunciados contenidos en estos instrumentos legales supone el establecimiento de procesos de coordinación tanto intrainstitucional como interinstitucional. Es decir el abordaje interprogramático, intrasectorial, intersectorial y multidisciplinario de la problemática que afecta a los pueblos indígenas de la Región. Esto implica la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la visión de los formuladores de políticas y de los gestores y gerentes responsables de la ejecución de las mismas, de manera que se garantice la participación social de una manera sistemática como un atributo imprescindible de la legitimación de la gestión gubernamental y por lo tanto de la continuidad y sostenibilidad de las acciones.

En este cometido, el rol de los organismos internacionales y específicamente de la OPS, como organismo de cooperación técnica especializado en salud pública, en muchos casos será el de facilitador y en otros casos de catalizador de procesos sostenibles. El reto en este aspecto es dejar de lado el asistencialismo y las estrategias desarrollistas y priorizar el fortalecimiento/empoderamiento¹⁰ de los pueblos involucrados.

Cuadro 7 Acuerdos y Declaraciones Internacionales

¹⁰ Capacidad del individuo y de la comunidad para desarrollar conocimiento, analizar situaciones y tomar decisiones referentes a la conducción de su vida social, cultural, política y personal (Russel, 1997).

Declaración Universal de los Derechos Humanos	
1989	Convenio 169 de Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes
1992	Cumbre para la Tierra
1992	Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe
1994	Cumbre de las Américas
1994	Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo 1994-2004
1994	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
1995	Reunión especial sobre Reforma del Sector Salud
1995	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
1997	Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas
1996	Resolución Interparlamentaria entre el Parlamento Andino, Parlamento Indígena y Parlamento Amazónico
1998	Cumbre de los Presidentes, Santiago de Chile, Chile
1998	Declaración de la XII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Grupo de Río

A nivel regional y a nivel nacional, la OPS tiene además, el desafío de apoyar el desarrollo de la capacidad analítica y de respuesta ante las inequidades que afectan a los pueblos de la Región, de apoyar la incorporación del enfoque de la interculturalidad en salud en los procesos de reforma, y por lo tanto, de apoyar en la instrumentalización de los criterios rectores, en el marco del reconocimiento de la especificidad y la diferencia presentes en la población del Continente como principio fundamental para el logro de la equidad.

En estos procesos las estrategias incluyen la creación de comisiones interagenciales, la generación de mecanismos de consulta y el apoyo al desarrollo de proyectos multicéntricos interinstitucionales. De igual manera incluyen la producción y difusión de conocimientos y metodologías que faciliten la incorporación del enfoque intercultural en el quehacer en salud dentro de la misma institución y hacia los diferentes sectores responsables de la salud de los pueblos de las Américas. Todo esto, a través del apoyo en la sistematización y publicación de experiencias, investigaciones operativas, desarrollo de liderazgo y fortalecimiento de los recursos humanos de la salud y la movilización de recursos.

A nivel nacional y local, el rol de las instancias gubernamentales y el rol de la sociedad civil y de la comunidad organizada son fundamentales. El reto de los diferentes actores, particularmente de aquellos involucrados en los niveles de decisión, es garantizar la continuidad de los procesos y la institucionalización del enfoque intercultural a través de la oficialización de la participación social por medio de convenios que establezcan compromisos y responsabilidad de las diferentes partes, de tal manera que permita la intervención oportuna y adecuada en el nivel o instancia correspondiente y diluya la influencia de intereses individuales.

La implementación, en colaboración con los institutos de estadísticas y censos y los organismos de cooperación técnica y de sistemas nacionales de información que consideren la variable de etnicidad, permitirá delinear las inequidades y el establecimiento de prioridades en las agendas

políticas de los gobiernos de acuerdo al perfil epidemiológico, al nivel de pobreza, a la accesibilidad geográfica, social, cultural y económica a los servicios de salud.

La formulación de planes y programas que incorporen el enfoque intercultural, la planificación de base (planificación estratégica) en forma conjunta, es decir con la comunidad y no para la comunidad, se presenta como una estrategia en la priorización de acciones y metas desde la perspectiva de la comunidad.

El análisis y la reflexión conjunta entre los niveles de decisión y los niveles operativos con la comunidad desde las etapas iniciales, evitará que se recepcionen “listas de pedidos” y promoverá, en unos casos, la identificación de soluciones alternativas basadas en los recursos disponibles en la comunidad, y en otros, la necesidad de establecer procesos de gestión y negociación para canalizar las demandas. El trabajo debe ser multidisciplinario y multisectorial.

En la ejecución de las políticas, planes y programas, la incorporación del enfoque intercultural se garantizará al promover la evaluación continua y permanente de las acciones a través de la coordinación de todas las instancias involucradas, en las cuales habrá personas específicas como responsables del cumplimiento de las metas propuestas.

En la organización y provisión de atención de salud, la incorporación del enfoque intercultural supone contar con un equipo multidisciplinario. Asimismo, urge la unificación de criterios con la finalidad de que las acciones de todos persigan un objetivo común y eviten las contradicciones que provoquen el desconcierto de las instituciones, del mismo personal y de la comunidad. Los recursos humanos de la salud de los diferentes niveles de decisión y atención deberán constituirse en gestores de nexos que faciliten la participación de la comunidad y la comunicación de doble vía entre las instancias y servicios de la salud con la comunidad. Esto determinará la generación de un compromiso social mutuo que redunde en el desarrollo integral de la comunidad.

La comunicación apropiada implica, no sólo el conocimiento del idioma, sino fundamentalmente, el conocimiento de los códigos cognitivos y de interacción. Las palabras, el tono de la voz, los gestos y la sensibilidad suficiente para estar abiertos y aprender.

La incorporación del enfoque intercultural de la salud en las instituciones académicas determinará la estructuración de programas de capacitación que preparen recursos humanos capaces de responder al perfil y necesidades reales de la población. Es decir, los programas de formación y capacitación deben incluir no sólo los denominados conocimientos técnico-científicos, sino los de las ciencias sociales que aporten con variables antropológicas en sus análisis, en el conocimiento de la cultura y cosmovisión de los pueblos de la Región (formas de vida, valores, creencias, organización social, calendario agrícola, calendario de fiestas, organización del tiempo), y en las estrategias de respuesta a aspectos fundamentales, en este caso a los determinados por el nexo salud-enfermedad. Además, deben incluir aspectos de gestión, gerencia, liderazgo y comunicación social, para que el trabajador de la salud pueda cumplir a cabalidad sus funciones de facilitador del desarrollo de la comunidad. De igual manera, el aprendizaje y la discusión de conceptos y metodologías que apoyen la comprensión del conocimiento y la cosmovisión indígena y dentro de ella de la medicina tradicional/indígena.

Considerando que las personas de la comunidad son las que más conocen de su problemática, entorno, cosmovisión y dinámica social, las instituciones académicas deberán promover la participación de estudiantes indígenas. En este aspecto merece especial énfasis la estructuración de

programas semipresenciales, de educación a distancia y la implementación de becas para personas indígenas. Los programas deben reconocer que en las comunidades también existen conocimientos y personas que tienen mucho que enseñar por lo cual éstos pueden ser parte del currículum y del equipo docente respectivamente.

El enfoque biomédico de la mayoría de los programas debe ser complementado con las perspectivas que presenta el enfoque de atención integral, el enfoque de riesgo y el enfoque de información, educación y comunicación.

El *enfoque de atención integral* promueve la atención con calidad y calidez. El prestador de salud se halla en capacidad de resolver el problema que hizo que el paciente acudiera al servicio de salud y además, escucha, obtiene y proporciona información al paciente y aborda los aspectos contextuales, individuales (hábitos, estado civil, ocupación, prácticas, etc.) y sociales (familia, comunidad, medio ambiente, sitio de trabajo, etc.). De igual manera, en el tratamiento, promoción y prevención de la salud, incorpora los conocimientos y estrategias locales y forma parte activa de los actores sociales de la comunidad y de la comunidad misma.

El *enfoque de riesgo* supone el conocimiento de los aspectos que constituyen una amenaza para la comunidad, evalúa los riesgos a los que están expuestos los individuos y las comunidades, y promueve el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional frente a un problema determinado.

El *enfoque de información-educación-comunicación-información*, promueve la información adecuada y oportuna en la atención de la comunidad; promueve la educación en relación a necesidades sentidas y una comunicación adecuada de doble vía y horizontal entre los miembros de la comunidad y el equipo de salud. Analiza, reflexiona y problematiza basándose en situaciones específicas y con la participación de todos los actores involucrados. Busca y corrige errores como una estrategia para perfeccionar la práctica social del trabajador de salud. Para comprender mejor este enfoque se presentó el caso de sensibilización de la comunidad y del personal de salud sobre la mortalidad materna cuando ocurrió la muerte de una madre en la comunidad.

El cuadro 8 contiene algunos de los aspectos que deberán tomarse en cuenta en la formación de los recursos humanos de la comunidad (promotores de salud, terapeutas indígenas, ancianos, líderes, comunidad), técnicos medios (técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios), y técnicos superiores (médicos, enfermeras, psicólogos, laboratoristas, etc.).

Cuadro 8

Aspectos a tomarse en cuenta en la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos

Recursos humanos de la comunidad

Promotores de Salud

- Deben pertenecer a la comunidad y tener el aval de la organización comunitaria.
- Su capacitación debe ser dirigida a la prevención de las enfermedades prevalentes y a la promoción de la salud (autocuidado de la salud individual y colectiva), y a la gestión y desarrollo comunitario.
- Su capacitación no debe ser en lo curativo en lo que se refiere a uso de medicina occidental, porque al no poseer los conocimientos suficientes puede poner en riesgo al paciente.
- El promotor además de cumplir sus funciones en salud, tiene otras actividades que le permiten generar ingresos, muchos son voluntarios, otros reciben una compensación mínima. Estos aspectos deben ser tomados en cuenta en el momento de asignarles funciones. Hace falta considerar un sistema de incentivos que no solamente incluya dinero, sino educación y reconocimiento de sus funciones como parte del equipo de salud.

Terapeutas

- Muchos de los terapeutas indígenas tienen un rol de líderes comunitarios y líderes espirituales, esta jerarquía debe ser conocida y respetada. Sus conocimientos corresponden a la cosmovisión indígena y a la historia de sus pueblos. Su rol sobrepasa al de promotor de la salud por lo que las capacitaciones, de llevarse a cabo como en el caso de las parteras, deberán considerar un aprendizaje de doble vía. Qué es lo que el terapeuta indígena tiene que aprender y qué es lo que el terapeuta indígena tiene que enseñar a los terapeutas no indígenas. Qué es lo que el personal de salud tiene que enseñar y que es lo que tiene que aprender de los terapeutas indígenas.

Ancianos

- El rol del anciano en muchas comunidades indígenas es el de consejero, su jerarquía en la comunidad deberá ser valorada y en algunos casos rescatada, y no ser incluido en el grupo de quienes serán capacitados, sino en el de los asesores de las actividades que se emprendan en la comunidad.

Líderes

- La mayoría de los líderes comunitarios cuentan con el aval de la comunidad, constituyen “la puerta de entrada” a la comunidad y su rol fundamentalmente los coloca como puentes entre la sociedad indígena y no indígena. En varios casos deberán estar tanto en el grupo de personas a capacitarse como en el grupo de docentes.

Comunidad

- La percepción de la comunidad en cuanto a la priorización de necesidades es importante. Los asuntos que la comunidad no considere relevantes no tendrán eco. Por lo cual una fase de acercamiento respetuoso que fije prioridades y establezca responsabilidades es imprescindible en la capacitación de la comunidad.

Técnicos medios

- Su perfil educacional debe corresponder a las necesidades y realidades de la zona.
- Su capacitación debe estar dirigida a la prevención de enfermedades y promoción de la salud individual y colectiva.
- La concentración de los técnicos superiores en el segundo y tercer nivel de atención, sea por una distribución inadecuada o una escasez numérica para cubrir las necesidades del equipo de salud, ha llevado a los técnicos medios a asumir funciones destinadas a los técnicos superiores. En este aspecto, son necesarias acciones simultáneas que apoyen la solución de la falta de técnicos superiores en el nivel primario y mientras esto sucede, hacen falta acciones que apoyen la educación permanente de los técnicos medios para que puedan responder a las demandas de la población que atienden, sin perder de vista sus limitaciones.

Técnicos superiores

- Su perfil educacional debe corresponder a las necesidades y realidades de la zona.
- Su capacitación debe estar dirigida al cumplimiento adecuado de sus funciones en la comunidad. Es decir incluir aspectos que apoyen su excelencia técnica en el diagnóstico, tratamiento, y prevención de enfermedades, en la promoción de la salud individual y colectiva, y en el desarrollo social de la comunidad.
- Esto implica que el pensum de estudios en las instituciones formadoras de recursos humanos de la salud, junto al conocimiento técnico, incorporen aspectos de gestión, gerencia, promoción del desarrollo comunitario y participación comunitaria, comunicación social, docencia e investigación. Es decir aquellas áreas del ámbito de la salud pública.

9. RETOS EN LA INCORPORACIÓN DEL ABORDAJE INTERCULTURAL EN EL PENSUM DE ESTUDIOS DE LAS ESCUELAS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Actualmente la Región de las Américas vive una interesante dinámica de integración regional y subregional e incluso hemisférica. El tema indígena en algunos ámbitos y países ha cobrado importancia. El cumplimiento de acuerdos internacionales, la emisión de leyes específicas, y las reformas constitucionales han determinado la apertura de estructuras jurídicas e institucionales al tratamiento de la cuestión étnica.

Las universidades y centros académicos no se han mantenido al margen de estas tendencias. Desde muchas de estas instituciones se está promoviendo que su cuerpo docente y estudiantes vean el enfoque intercultural no como un problema, sino como un tema de permanente y necesaria preocupación social. Varias cuestionan su papel en las respuestas que están dando a las necesidades sociales de la población.

El reto que enfrentan los países de la Región es estructurar un sistema educativo, basado en el principio de que a través de la educación se llega al desarrollo económico y social. Con la convicción de que los pueblos que no se preocupen por formar a “sus relevos”, a los futuros motores del desarrollo, quedarán relegados y seguirán desempeñando el papel de sometidos, seguirán perdiendo su identidad y sus recursos, y se convertirán en mano de obra barata de los que ostentan el poder del conocimiento y el poder económico.

En la incorporación del enfoque intercultural, a las instituciones académicas les corresponde jugar un doble papel frente a las cuestiones étnicas: crear una cultura multiétnica y abrir espacios para la comprensión de la realidad indígena (José Bengoa).

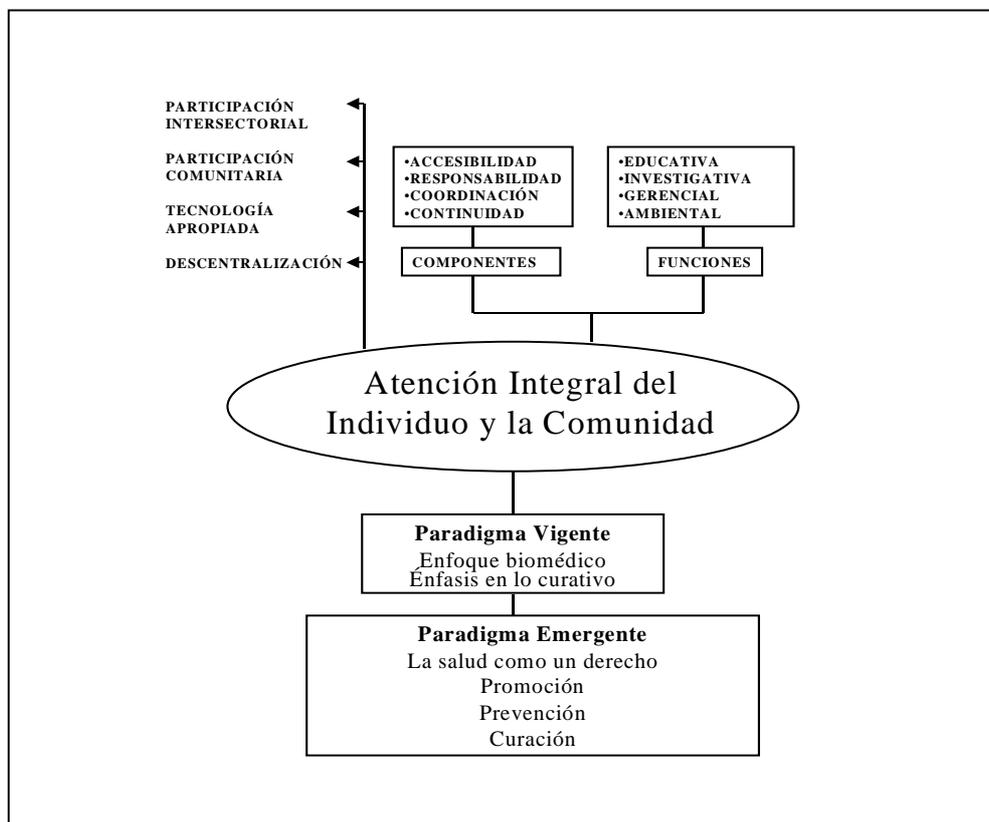
Dentro de los pasos a seguir en la formulación y adaptación de los programas de formación y desarrollo de recursos humanos, que tomen en cuenta el enfoque intercultural de la salud, se propone partir de la consideración de que el centro de acción es el binomio salud-sociedad. Esto llevará a la reflexión, participación y análisis en los debates actuales sobre interculturalidad y sobre la educación interactiva.

Antes de iniciar una tarea curricular, es importante conocer las teorías sobre lo que se está diciendo en el mundo con relación a educación intercultural. Partir de que la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar, de tolerar.

A continuación se presenta un esquema con los ejes que se proponen para la estructuración de programas que incorporen el enfoque intercultural de la salud y que generen nuevos paradigmas en un contexto de respeto a la diversidad cultural.

Figura 1

Ejes a considerar en la incorporación del abordaje intercultural de la salud en el pensum de estudios



El hecho de trabajar para una región multicultural nos obliga a conocer sobre el tema, profundizarlo y discutirlo entre toda la comunidad académica para adquirir una concepción clara de la responsabilidad y sensibilizar al personal docente y estudiantil para que esta sensibilización se proyecte a la comunidad.

La visión de esta propuesta es formar recursos humanos con capacidad ética, intelectual y técnica. El objetivo general es asegurar que los pueblos indígenas y comunidades étnicas cuenten con instituciones con capacidad académica y gerencial incrementadas, que respeten la diversidad cultural, de género y generacional, que implementen nuevos paradigmas educativos, que articulen conocimientos ancestrales con herramientas técnicas modernas, y que sobre la base de lo anterior, formen recursos humanos capaces de incidir en la creación de acciones colectivas que influyan en forma positiva en el proceso de fortalecimiento de estos pueblos.

El reto que enfrentan estos programas es contar con el personal docente adecuado. En su gran mayoría el personal académico ha sido educado bajo un sistema monocultural y monolingüe, es decir en un contexto ajeno al que muchas veces se hallan laborando. Esto va a reflejarse en el quehacer institucional. La universidad debe hacer esfuerzos constantes a través de cursos a los docentes donde, además de formarlos profesionalmente, se les oriente en el trabajo intercultural.

Esto no es tan sencillo pues implica romper esquemas, concepciones, actitudes que vienen desde siempre. La relación y vivencia intercultural que se dará en las aulas de clase (laboratorio viviente) más las capacitaciones, apoyará la sensibilización del personal docente tanto de los programas formales como de los no formales.

La dependencia de los centros interesados en incorporar el enfoque intercultural de la salud con personal técnicamente calificado, pero que no es sensible a este enfoque, complica aún más la problemática ya existente. Muchas veces estos profesionales, además de no ser sensibles a la interculturalidad y no estar capacitados para trabajar con grupos sociales multiculturales y multilingües, tienen actitudes prepotentes porque se sienten dueños de los saberes que otros demandan. Otra limitación es la poca información teórica y experiencias prácticas divulgadas en relación con la educación intercultural.

Varios de los programas que han incorporado el enfoque intercultural no consideran una carga horaria suficiente y la reacción negativa o indiferente de los estudiantes a los aspectos culturales es alta. Estos programas, en su mayor parte se ejecutan con personal con poca o ninguna formación académica en la interculturalidad, pero con mucha sensibilidad e identificación que permite el trabajo en equipo, donde se aprovechan los saberes endógenos y exógenos para el éxito de las tareas educativas.

Conseguir personal preparado científicamente en educación intercultural en varios centros es difícil. Sin embargo, sí es posible conseguir personal con algún grado de sensibilidad para entender la problemática de la interculturalidad en una región multiétnica.

El contacto directo con las comunidades y el incluirlas en los planes de capacitación e investigación de la universidad permite ir formando al personal encargado en estas tareas en una área hasta ahora no demandada como requisito de contratación.

En cuanto a la participación de estudiantes indígenas en las instituciones académicas, por razones históricas de marginación, y por tener un sistema educativo monocultural y monolingüe, de hecho excluye a los que no pueden sobrevivir a estas características. Los centros académicos y particularmente las universidades, deberán incidir en los otros subsistemas de educación para dar la oportunidad a los indígenas para que puedan ingresar a las escuelas, promoviendo la educación bilingüe intercultural y siendo parte en las comisiones de estructuración de los pensums de estudios.

Por otra parte, la pobreza es un factor que igualmente niega las posibilidades de educación. En este aspecto, es necesaria la promoción de becas para las personas indígenas, las cuales deberán ser administradas en colaboración con los centros académicos y la comunidad para asegurar que el estudiante preparado trabaje para su comunidad.

Finalmente, para contrarrestar la falta de vinculación de la academia con la realidad concreta, se propone que el material de educación sea la realidad misma. Planteándose como resultados de esta vinculación: 1) el acompañamiento a un proceso que no se limita a la temporalidad de los proyectos; 2) el vincularlo que se establece a partir de una filosofía de trabajo y no como un campo de experiencia previo; 3) el apoyo en la planificación de los gobiernos autónomos y al trabajo comunitario; 4) la generación de metodologías que faciliten el trabajo de la academia y de los pueblos indígenas.

10. PAUTAS

Las pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud fueron identificadas tomando en cuenta las reformas presentes en la Región. Estas pautas han sido agrupadas de acuerdo a su relevancia en los procesos nacionales, subregionales y regionales y en las diferentes áreas que involucran la formación, desarrollo y desempeño de los recursos humanos. Asimismo, se identificaron las pautas para las actividades relacionadas con los organismos internacionales, bajo el acápite de alianzas de cooperación técnica.

10.1 PROCESOS NACIONALES, SUBREGIONALES Y REGIONALES

- Profundizar el estudio de los pueblos de la Región, particularmente de los pueblos indígenas, como una condición básica para establecer prioridades en la atención de la población.
- Consolidar el proceso de convergencia entre los pueblos indígenas, los ministerios de salud y demás instancias gubernamentales responsables del bienestar de estos pueblos, fortaleciendo el proceso de diálogo tanto a nivel central como local.
- Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad técnica institucional de las instancias que laboran con poblaciones indígenas para garantizar una atención con calidad y calidez.
- Elevar la capacidad de resolución de la red de servicios de salud en poblaciones indígenas para garantizar el equilibrio entre la demanda y la respuesta de atención.
- Garantizar el seguimiento de los compromisos internacionales y nacionales firmados entre el gobierno central y los pueblos indígenas, mediante la gestión inter e intrainstitucional, el monitoreo y acompañamiento del nivel nacional y local de los ministerios de salud.
- Operacionalizar el enfoque intercultural de la salud como una transversal que cruce las propuestas de los procesos de reforma estatal, educativa y de salud presentes en la Región.
- Tomar en cuenta las experiencias que existen sobre interculturalidad y salud y los recursos humanos con conocimiento del tema como insumos para la implementación de los procesos de reforma del sector salud.
- Fortalecer los recursos humanos de las diversas culturas y promover el trabajo en sus respectivas comunidades.
- Promover procesos que permitan la capacitación de los diferentes recursos humanos involucrados en la Reforma del Sector, en el enfoque intercultural de la salud.
- Promover procesos de consulta con los diversos actores sociales que permitan la institucionalización y el desarrollo de la interculturalidad.

- Elaborar instrumentos y herramientas de evaluación que permitan identificar cambios de actitud en los recursos humanos ya capacitados.
- Evaluar y analizar los avances en el tema de la interculturalidad, para continuar o reorientar los procesos en marcha.

10.2 FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- El abordaje integral de la salud requiere el establecimiento de un proceso de formación, capacitación, sensibilización y desarrollo de los recursos humanos de los diferentes sectores de la sociedad civil en la interculturalidad. Este amplio universo de recursos humanos requiere una priorización estratégica.
- La presencia de varias experiencias en la implementación del enfoque intercultural de la salud desde las diferentes instituciones académicas formadoras de recursos y la apertura de otras confirman que en esta etapa del proceso, se debe enfatizar en aquellos recursos humanos que de alguna manera se relacionan con los centros académicos, ya sea en el proceso de obtención de un diploma o como participantes de programas de educación continua.
- Los indígenas han sido por muchos años objeto de investigación en lugar de sujetos de investigación. Por esta razón, entre otras, la investigación que involucra a los pueblos indígenas debe ser negociada con estos mismos pueblos.
- La evolución hacia la especificidad en la formación de recursos humanos se visualiza como una estrategia válida para conocer la realidad y atender a las necesidades de un contexto geográfico específico.
- La formación de recursos humanos para la salud, la prestación de servicios de salud y por lo tanto la modificación de las prácticas en el ámbito de la salud, no sólo están influenciadas por los profesionales de la salud, sino que hay otros actores como por ejemplo, las iglesias, los grupos políticos que organizan sus acciones y estrategias a través de la atención a la salud, y las prácticas y terapeutas indígenas, por lo que todos éstos deben ser tomados en cuenta e incorporados en las estrategias de la salud.

10.3 CRITERIOS DE ELABORACIÓN DE PENSUMS

- Existe un divorcio de los contenidos educativos y la realidad de la población indígena, lo que dificulta tanto la comunicación, inserción e interacción entre los trabajadores de la salud y los indígenas, como la combinación de la medicina occidental y la tradicional. Por lo tanto, dentro de todo proceso de formación y capacitación de recursos humanos, es importante el acceso a conocimientos que determinen la sensibilización ante la realidad en que viven varias de las culturas, y a la revitalización de la atención primaria de la salud.

- Los procesos de educación permanente que forman parte de los procesos de reforma sectorial deben incluir el enfoque intercultural de la salud y estrategias que promuevan el cambio de actitud ante las necesidades y problemas de los pueblos indígenas.
- Es necesaria una posición filosófica y práctica de las instituciones responsables de la formación y capacitación de recursos humanos para que la interculturalidad sea un enfoque orientado al desarrollo de actitudes en docentes y estudiantes, y no solamente como un agregado de cursos y estrategias.
- Los centros académicos se constituyen en los puntos de referencia para la generación de paradigmas nuevos y complementarios que amplíen el abordaje biomédico de la salud y promuevan el desarrollo comunitario, junto a las estrategias de curación, prevención y promoción de la salud.
- En reconocimiento de las contribuciones del conocimiento indígena a la conservación de la biodiversidad y salud de la población, los programas de capacitación y desarrollo de recursos humanos deberán incorporar conocimientos, metodologías y prácticas que permitan el mejor entendimiento de estas estrategias alternativas de restauración y mantenimiento de la salud.
- Se promoverá, de igual manera, el rescate de los conocimientos indígenas y la generación de paradigmas y estrategias que faciliten la complementación de los conocimientos indígenas y no indígenas, particularmente de los referentes a la salud de la población.

10.4 DIDÁCTICA Y METODOLOGÍA

- La incorporación del enfoque intercultural de la salud en el pensum de estudios debe contemplar aspectos analíticos, interpretativos y resolutivos de la problemática de los pueblos indígenas, por lo tanto, es urgente revisar y desarrollar metodologías para aplicar el enfoque intercultural en la formación y desarrollo de recursos humanos.
- Por la magnitud de las diferentes áreas de acción, se sugiere identificar la metodología apropiada para la incorporación gradual de este enfoque (módulos, seminarios, educación a distancia, grupos de discusión en un tema específico).
- La descentralización en la formación y capacitación de recursos humanos en salud es una estrategia que facilita la inmersión, la interacción y el involucramiento con la realidad cultural.
- Los procesos educativos deben garantizar el aprendizaje en un contexto intercultural.
- Los programas de educación a distancia, o por encuentros, se constituyen en una estrategia para contrarrestar la falta de vinculación de la academia con la realidad concreta.
- El desarrollo de investigaciones participativas sobre el enfoque intercultural de la salud, como parte del proceso de formación y desarrollo de recursos humanos, generará el conocimiento adecuado y necesario en la operacionalización de este enfoque.

- El fortalecimiento del aprendizaje y la utilización del idioma nativo en el proceso de enseñanza-aprendizaje es responsabilidad compartida por los centros académicos, las instancias gubernamentales y la comunidad.
- El desarrollo y validación del material de capacitación adecuado al nivel educativo y a las características culturales de los educandos debe fomentarse.

10.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

10.5.1 Estudiantes, personal y acreditación de instituciones

- Los criterios de selección de los estudiantes serán elaborados en consulta con las instituciones involucradas en el proceso de formación del estudiante. Éstas pueden incluir, instituciones académicas, gubernamentales, organizaciones indígenas, y organismos internacionales de cooperación técnica.
- Los criterios de selección de los estudiantes, tanto para ingresar a los programas de capacitación, como para la obtención de becas, priorizarán a estudiantes indígenas que cuenten con el aval de la comunidad y de la organización indígena para asegurar su contribución a su comunidad.
- La revisión de las hojas de vida del personal de salud a formar es necesaria en la construcción de matrices de evaluación de desempeño y criterios de selección del personal que trabajará en zonas de población multicultural.
- Los criterios de acreditación de las instituciones académicas que proporcionen programas que incorporen el abordaje intercultural de la salud, serán elaborados en consulta con las instituciones involucradas en el proceso. Éstas pueden incluir instituciones académicas, gubernamentales, organizaciones indígenas, y organismos internacionales de cooperación técnica.

10.5.2 Recursos humanos: desempeño y modelos de atención

- La salud de la población debe ser vista como una responsabilidad compartida entre las estructuras del gobierno y la sociedad civil en el marco de los principios de solidaridad ciudadana, reciprocidad y justicia social.
- La presencia de modelos de atención que aborden las reales necesidades de los pueblos indígenas, implica la participación de los pueblos interesados en la estructuración de las políticas de salud que faciliten la relación complementaria de los sistemas de salud "occidental" e indígenas, el conocimiento de los derechos que estos pueblos tienen como usuarios, y la promoción y desarrollo de los recursos humanos locales.
- La promoción de estrategias de "inmersión" en los contextos multiculturales, facilitarán la inserción de los trabajadores de la salud a través del aprovechamiento del saber comunitario y la generación de respuestas apropiadas a los requerimientos del medio.

- La reflexión y análisis, por parte de los recursos humanos de la salud sobre sus responsabilidades con la comunidad, el contexto en que se desenvolverán, las limitaciones y su papel en el acompañamiento de los procesos de reivindicación de la salud de los pueblos indígenas, facilitará la comprensión de su rol en el desarrollo de los individuos y de la comunidad.
- Los procesos permanentes de consulta multisectorial con líderes indígenas (formales e informales), con el personal comunitario, con el personal médico, académico, con el personal de instituciones indigenistas y de instituciones que están trabajando en la zona, promoverán la mejor comprensión de la dinámica de la población beneficiaria.

10.5.3 Alianzas de cooperación técnica

- Los diferentes organismos internacionales y agencias de cooperación deben partir del reconocimiento de la diversidad de los pueblos de la Región, ser espacios de concertación, y asumir un rol de facilitadores de procesos intersectoriales e interdisciplinarios de sensibilización, intercambio de experiencias y generación de conocimiento.
- La Organización Panamericana de la Salud, en coordinación con otros organismos internacionales y en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, deberá facilitar el desarrollo del tema de la interculturalidad y la incorporación del enfoque intercultural de la salud en el quehacer de la Organización, tanto en el nivel central como en las representaciones nacionales.
- Los organismos de cooperación internacional deberán conformar comités interagenciales para facilitar el trabajo conjunto y que se constituirán en foros de reflexión y puntos importantes de referencia en la movilización de recursos técnicos y financieros de apoyo al tema.
- La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud, tiene el reto de convertirse en un instrumento político de los pueblos indígenas. Todos y cada uno de sus principios urgen la consolidación de un trabajo conjunto, coordinado, en condiciones de dignidad, con la plena participación de los representantes de estos pueblos, a la luz del respeto mutuo entre las culturas.

Finalmente, los participantes del Grupo de Trabajo constituirán un Grupo Permanente de Trabajo en el tema y serán responsables de promover la conformación de Grupos de Trabajo Nacionales Intersectoriales que apoyen la incorporación del enfoque intercultural de la salud de acuerdo a las especificidades de cada uno de los países para lo cual se sugiere el establecimiento de una coordinación itinerante.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berry, J. W., & Annis, R. C. (eds). (1988). *Ethnic psychology: research and practice with immigrants, refugees, native peoples, ethnic groups and sojourners*. Lisse, The Netherlands: Sewts and Zeitlinger.
2. Berry, J. W. (1980) *Acculturation as varieties of adaptation*. In *Acculturation Theory, models and some new findings*. Padilla AM. (Ed.) Westview Press, Boulder CO.
3. Cross N, Bagron, Dennis, and Isaccs 1989; Pinderhughes, 1989 en *The delivery of child welfare services to African American clients*. USA, 1992.
4. De la Cruz R. Ponencia presentada en el Seminario de Políticas y Pueblos Indígenas. Quito, Ecuador, 1997
5. Matos Mar J. *Población y grupos étnicos de América*. Instituto Indigenista Interamericano. América Indígena. Vol LIII. Número 4. Oct.-dic. 1993. México, 1994.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de sistemas locales de salud: Salud de los Pueblos Indígenas*. Washington, D.C. OPS, 1993.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington, D.C. OPS, 1997.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Atención a poblaciones multiculturales: Formación y capacitación de recursos humanos en salud en la interculturalidad*. Documento Base. OPS, 1998.
9. Ortiz, Fernando. *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1983.
10. Padilla, A. M. (Ed.) (1980) *Acculturation*. Westview Press, Denver.
11. Psacharopoulos G, Patrinos HA. *Indigenous people and poverty in Latin America. An empirical analysis*. Washington, DC: World Bank; 1994 (World Bank Regional and Sectorial Studies).
12. Rojas R y Shuqair N. *Orientación de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas: Estudio de las legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México, Honduras*. Documento de Trabajo Preliminar. Washington, DC; 1998.
13. Russel, L. *Empowerment Through Knowledge* International Development Research Centre, Ottawa, 1991.

14. Stavenhagen R. Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. *Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. 1992;15.
15. Szapocznik, J., Scopetta, M., & Kurtines, W. (1978) Theory and measurement of acculturation. *American Journal of Psychology*, 12, 113-130.
16. Yáñez del Pozo, José. *Hibridismo, transculturación, palimpsesto* (Inédito). Washington, D.C. EEUU, 1998.

ANEXO A: LISTA DE PARTICIPANTES

Myrna Cunningham
Rectora
Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe de Nicaragua - URACCAN
Nicaragua
Teléfono: 2484658
Fax: 2484685
Casillero electrónico: uraccan@ibw.com.ni

Adán Barahona Pineda
Jefe del Departamento de Atención a las Etnias
Secretaría de Salud
Edificio Central de la Secretaría de Salud
Tegucigalpa, Honduras
Teléfono: 2380969 - 2221502
Casillero electrónico: a través del Ing. Emilio Ramírez,
OPS/OMS-Honduras:
ramireze@paho-who.hn

Elías Ramón Cordero Cuevas
Jefe de la Unidad de Servicios Básicos y Hospitales
Punto Focal de la Iniciativa de Salud de los Pueblos
Indígenas
Ministerio de Salud y Previsión Social
Plaza del Estudiante S/N
La Paz, Bolivia
Teléfono: 375465
Fax: 370296
Casillero electrónico: a través de la Dra. Carmen
Rosa Serrano, OPS/OMS - Bolivia:
cserrano@mail.ops.org.bo

Mercedes Miroslava Peña Quintanilla
Dirección General de Educación Universitaria
Ministerio de Educación Cultura y Deportes
Viceministerio de Educación Superior, Ciencia y
Tecnología
Avenida Arce, Edificio Santa Isabel,
Bloque A Piso "O"
La Paz, Bolivia
Teléfono: 591-2-434084
Fax: 591-2-433363
Casillero electrónico: miroslava@usa.net

Alicia Aliaga Yana
Docente de Género, Salud y Desarrollo
Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina
Avenida Saavedra - Facultad de Medicina - Miraflores
Piso 12
La Paz, Bolivia
Teléfono: 334087 - domicilio
229590 extensión 41 - trabajo
Fax: 9640
Casillero electrónico: a través de la Dra. Carmen
Rosa Serrano, OPS/OMS-Bolivia:
cserrano@mail.ops.org.bo

María Graciela Freyermuth Enciso
Profesora Investigadora Titular
Centro de Investigaciones y
Estudios Superiores en Antropología Social
Carretera a Chomula, Km 3.5
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México
Telefax: 86528 - Fax: 85102 -
Domicilio 86528 - trabajo 85102 Casillero
electrónico: gfreyev@juarez.ciesas.edu.mx

América L. Mazariegos de Fernández
Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar
Vista Hermosa III, Zona 16, Apartado Postal 39-C
Guatemala, Guatemala
Teléfono: (502)369-2151 - 369-2751 - 5
Fax: (502)369-2756
Casillero electrónico: afernan@mail.url.edu.gt

José Humberto Sola Villena
Responsable de Salud del Centro Andino de Acción
Popular
Docente del Area de Antropología de la Salud de la
Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Dirección: Centro Andino de Acción Popular
Utreras N°733
Apartado Postal: 17-15-00173-3
Quito, Ecuador
Teléfono: 522763
523262
Fax: 568-452 - Casillero electrónico:
caapl@caap.org.ec

Isabel Cristina Lobos Medina
Directora de la Escuela de Enfermería del Cobán,
Guatemala
Ministerio de Salud
3° calle 5-18 Zona 3, Cobán A.V.
Cobán A.V. Guatemala
Teléfono: 9512806
9521025
Fax: 9512806
Casillero Electrónico: a través de la Dra. Hilda Leal,
OPS/OMS-Guatemala: hildam@ops.org.gt

Florence Ivette Levy Wilson
Coordinadora del Area de Salud
Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe de Nicaragua (URACCAN)
Dirección: URACCAN, Recinto Bilwi, RAAN
Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte
Nicaragua
Teléfono: 02822317
Fax: a través de la Dra. Myrna Cunningham: 2484685
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

Noé Guarneros Soto
Investigador Asociado
Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga #5 Tlalpan C.P. 14000
México, DF
Teléfono: 5-73-12-00 Extensión 2800
Casillero electrónico: noeg@quetzal.innsz.mx

Amparo Herrera
Consultora Nacional OPS/OMS-Ecuador
Punto Focal de la Iniciativa de Salud de los Pueblos
Indígenas
Organización Panamericana de la Salud
San Javier 275 y Orellana
Quito, Ecuador
Teléfono: 528-405
236-558
Fax: 502-330
Casillero electrónico: aherrera@opsecu.org.ec

Elsa Marina Yax Orantes
Formación de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud, Guatemala
C.T.D. OPS Santa Cruz Quiché
Guatemala
Teléfono: 7551420
Casillero electrónico: a través de la Dra. Hilda Leal,
OPS/OMS-Guatemala: hildam@ops.org.gt

Idalma Mejía de Rodas
Coordinadora de Proyectos
Estudio 1360

4° Avenida "A" 13-60 Zona 9
Guatemala, Guatemala
Telefax: 3608862
3608872
Casillero electrónico: estu1360@c.net.gt

Avelino Cox Molina
Consejo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico
Norte
Director de la Secretaría de Educación y Salud del
Gobierno Regional
Gobierno Regional de la Región Autónoma del
Atlántico Norte
Secretaría del Gobierno Regional Autónomo
Bilwi, Puerto Cabezas, Nicaragua
Teléfono: 02822296- 02822419
Fax: 505-2822296-419
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

Silvia del Carmen Narváez Flores
Consultora Nacional, OPS/OMS-Nicaragua
Punto Focal de la Iniciativa de Salud de los Pueblos
Indígenas
Organización Panamericana de la Salud
Managua, Nicaragua
Teléfono: 2894200
Fax: 2894999
Casillero electrónico: narvaez@ops.org.ni

Deborah Hodgson Morais
Directora de la Escuela de Enfermería
BICU
Bluefields, Nicaragua
Teléfono: 8222315
Casillero electrónico: a través de la Lic. Silvia
Narváez, OPS/OMS-Nicaragua: narvaez@ops.org.ni

Ned Emil Smith Cassis
Presidente de la Comisión de Salud del Consejo
Regional Autónomo
Consejo Regional Autónomo de Nicaragua
Bª Libertad, Puerto Cabezas
Nicaragua
Teléfono: 2822363 - Telefax: 28-22-235
Fax: 28-22-235
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

Julio César Collado Venegas
Comisión de Salud y Equipo Técnico
Movimiento Indígena de Nicaragua
Del cine Cabrera 2 cuadras al Sur, 1 cuadra abajo 25
mts al sur
Managua, Nicaragua
Telefax: 222-7407
2227412
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

Alta Suzzane Hooker Blandford
Directora del Instituto de Medicina Tradicional y
Desarrollo Comunal
Universidad URACCAN
B° 19 de julio, Bilwi (Puerto Cabezas)
Región Autónoma del Atlántico Norte
Nicaragua
Teléfono: 02822344
Fax: 02822344
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

María José Mendoza Galán
Coordinadora Nacional Comisión de Salud
Movimiento Indígena de Nicaragua
Del Cine Cabrera 2 cuadras al sur 1 abajo 25 mts sur -
Nicaragua
Teléfonos: 222-7412 - 2227407
Fax: 2227407
Casillero electrónico: a través de la Dra. Myrna
Cunningham: uraccan@ibw.com.ni

Inés Graciela Choque Fernández
Jefe de la Subdirección Preventiva Promocional
Región de Salud
Puno, Perú
Teléfono: 352931 - 351021
Fax: 351021
Casillero Electrónico: a través de la Lic. Gisela
Pimentel, OPS/OMS, Perú:
gpimente@per.ops-oms.org

Julio Piura
Director del Centro de Investigaciones y Estudios de la
Salud (CIES)
Semáforos Repuestos
"La 15, 75 vrs. Al Sur
Apartado 3507
Managua, Nicaragua
Teléfono: 783688 - Fax: 786775
Casillero electrónico: ciesuniv@uni.rain.ni

Rocío Rojas
Consultora OPS/OMS Iniciativa de Salud de los
Pueblos Indígenas
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW. Washington, D.C. 20037-2895
Estados Unidos
Teléfono: (202)974-3827
Fax: (202)974-3641
Casillero electrónico: rojasroc@paho.org

Emilio Ramírez
Consultor Nacional, OPS/OMS, Honduras
Organización Panamericana de la Salud
Edificio Inmobiliaria Caribe, Quinto Piso
Calle Principal, Colonia Lomas del Guijarro
Tegucigalpa MDC, Honduras
Teléfono: 504-221-3721
Fax: 504-221-3706
Casillero electrónico: ramireze@paho-who.hn

Jeanette Aguirre
Consultor Internacional OPS/OMS, Nicaragua
Organización Panamericana de la Salud
Managua, Nicaragua
Teléfono: 289-4200
Fax: 289-4999

ANEXO B: AGENDA

Primer día

Sesión inaugural

- 9:00 - 9:15 a.m. Inauguración
Dr. Philippe Lamy, Representante de la OPS/OMS - Nicaragua
Dra. Myrna Cunningham, URACCAN
- 9:15 - 9:45 a.m. Metodología de la reunión
Presentación de los participantes
Elección del relator general
Revisión de la agenda
Moderadores:
Dra. Myrna Cunningham, URACCAN, Dr. Julio Piura, CIES
- 9:45 - 10:15 a.m. Recursos humanos e interculturalidad: antecedentes del trabajo de la OPS en el marco de la
Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas
Expositora: Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS, Washington, D.C.
- 10:15 - 10:30 a.m. Café
- 10:30 - 10:45 a.m. Presentación del documento base
Expositor/a: Centro Académico
- 10:45 - 11:15 a.m. Formación y capacitación de recursos humanos: Elementos a tomarse en cuenta en la incorporación
del abordaje intercultural de la salud.
Expositora: Lcda. Idalma Mejía de Rodas, Estudio 1360
- 11:15 - 11:45 a.m. Perspectiva de las organizaciones indígenas en el abordaje intercultural de la salud
Expositores: Sra. María José Mendoza, Movimiento Indígena de Nicaragua
Avelino Cox, Consejo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, Nicaragua
- 11:45 - 12:15 a.m. Preguntas y comentarios de los participantes
- 12:15 - 13:30 a.m. Almuerzo

Sesión de Trabajo I:

Los pueblos indígenas de las Américas y la reforma del sector salud

- ¿Cuáles son las características de la población de la Región de las Américas?
- ¿Cuáles son las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas respecto a la sociedad nacional?
- Si reconocemos la existencia de inequidades en la situación de salud de la población indígena ¿cuáles serían las estrategias para utilizar la información disponible para sensibilizar a las diferentes instancias gubernamentales y obtener una respuesta efectiva¹¹ a los problemas que aquejan a estos pueblos?
- Los criterios rectores en la mayoría de las propuestas de reforma del sector salud en los países de la Región son: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social ¿Qué elementos deberían tomarse en cuenta para su operacionalización en los países que cuentan con población indígena?

13:30 - 14:30

Panelistas*:

Dr. Ramón Cordero, Ministerio de Salud, Bolivia

Lic. Isabel Lobos, Escuela de Enfermería de Alta Verapaz, Guatemala

Lic. Miroslava Penha, Ministerio de Educación, Bolivia

Lic. Alta Hooker, Delegada del Consejo Regional de la Región Autónoma del Atlántico Norte

Representante de las etnias de Honduras

Moderador: Ing. Emilio Ramírez, OPS/OMS, Honduras

14:30 – 15:00

Preguntas y comentarios de los participantes

¹¹ Por respuesta efectiva entendemos la formulación de políticas, planes y programas con la debida participación de los representantes indígena y que cuenten con el financiamiento adecuado para su ejecución.

* Los panelistas de las diferentes sesiones de trabajo han sido seleccionados de la lista de participantes de acuerdo a su experiencia en los temas propuestos.

Sesión de trabajo II:**Desafíos en la organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales**

- De acuerdo a los siguientes puntos de vista: a) del Ministerio de Salud; b) del personal de salud; c) de los usuarios; d) de las instituciones formadoras de recursos humanos ¿cuáles son los principales determinantes que influyen en la baja o inadecuada utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población indígena?
- ¿Cómo se podría disminuir el impacto de los determinantes expuestos por cada uno de los sectores?
- ¿Qué características debería tener un servicio público de salud para que sea utilizado por la población indígena?
- ¿Cómo se lograría la participación de la comunidad organizada en la gestión y organización de los servicios públicos de salud que los atienden?

15:00 – 16:00

Panelistas*:

Dr. José Sola, Centro Andino de Acción Popular, Ecuador
 Lic. Noé Guarneros, Programa de salud reproductiva en comunidades indígenas, México
 Lic. Elsa Yax, Programas de capacitación, Guatemala
 Lic. Adán Barahona, Secretaría Nacional de Salud, Honduras
 Dr. Moises Moraga, Acción Médica Cristiana, Nicaragua

Moderador: Sra. María José Mendoza, Movimiento Indígena de Nicaragua

16:00 – 16:30

Preguntas y comentarios de los participantes

16:30 – 16:45

Café

Sesión de trabajo III:

Niveles de análisis en el abordaje intercultural de la salud

- A nivel de las instancias y procesos internacionales, nacionales y locales¹²
¿Cuáles serían las estrategias para la incorporación del abordaje intercultural de la salud?
- A nivel nacional y local ¿Cuáles serían las estrategias para el desarrollo de los recursos humanos tomando en cuenta el abordaje intercultural de la salud?
- A nivel nacional y local ¿Cuáles son los puntos a tomarse en cuenta para la incorporación del abordaje intercultural en la atención de salud?

16:45 – 17:45

Panelistas*:

Dra. Amparo Herrera, OPS/OMS - Ecuador

Lic. Silvia Narváez, OPS/OMS - Nicaragua

Lic. Graciela Freyermuth, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología del Sureste, México

Lic. Debora Hodgson, Universidad BIKU, Nicaragua

Moderador: Sr. Avelino Cox, Consejo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, Nicaragua

17:45 – 18:00

Preguntas y comentarios de los participantes

Segundo día

8:30 - 9:00

Resumen de la sesión anterior

Expositor/a: Relator general

¹² *Instancias internacionales*: Organismos de las Naciones Unidas y otros organismos de cooperación internacional, centros académicos, organizaciones indígenas internacionales, eventos internacionales.

Instancias nacionales: Instancias gubernamentales, Representaciones de los Organismos de Naciones Unidas y de otros organismos de cooperación internacional, instituciones formadoras de recursos humanos, organizaciones indígenas nacionales, organizaciones no gubernamentales.

Instancias locales: Instancias gubernamentales, organizaciones indígenas, proyectos en marcha que involucran a la población indígena.

Procesos: Reforma del Sector Salud

Sesión de Trabajo IV:**Retos en la incorporación del abordaje intercultural en el pensum de las escuelas de ciencias de la salud en la Región**

En base a experiencias concretas.

- ¿Cuáles han sido los pasos seguidos en la formulación y adaptación de los programas de formación y capacitación de recursos humanos que toman en cuenta el abordaje intercultural de la salud?
- ¿Cuáles han sido las principales dificultades?
- ¿Cuál es el perfil de los profesionales encargados de la formulación e implementación de estos programas?
- Para el caso de los programas de educación continua ¿Cuál es el perfil del profesional que asiste a estos programas?
- ¿Se promueve la participación de profesionales y estudiantes indígenas en estos programas?

9:00 – 10:00	<p>Panelistas*: Dra. Alicia Aliaga, Universidad Magna de San Andrés, Bolivia Lic. Manuel Martínez, CIES, Nicaragua Lic. Amada Puhiera, URACCAN, Nicaragua Dr. Ernesto Medina, Red de Medicina Tradicional, Nicaragua Dra. América de Fernández, Universidad Rafael Landívar, Guatemala</p> <p>Moderador: Dr. Ramón Cordero, Ministerio de Salud, Bolivia</p>
10:00 – 10:30	Preguntas y comentarios de los participantes
10:30 – 10:45	Café
10:45 – 11:15	<p>Agenda de discusión del documento base Grupos de trabajo Revisión del documento base Identificación de pautas para el abordaje intercultural de la salud en los programas de formación y capacitación de recursos humanos.</p> <p>Coordinación: Dra. Myrna Cunningham, URACCAN, Nicaragua, Dr. Julio Piura, CIES, Nicaragua</p>
11:15 – 12:15	Trabajo grupal
12:15 - 13:30	Almuerzo
13:30 - 15:00	Trabajo grupal
15:00 - 15:15	Café
15:15 - 16:15	<p>Presentación de los grupos Expositores: Relatores</p>
16:15 - 17:15	Discusión
 Tercer día	
8:30 - 9:00	Resumen de la sesión anterior

	Expositor/a: Relator general
9:00 - 10:00	Discusión (continuación)
10:00 - 10:15	Café
10:30 - 12:15	Plenaria: Identificación de pautas para el abordaje intercultural de la salud en los programas de formación y capacitación de recursos humanos Moderadores: Dra. Myrna Cunningham, URACCAN, Nicaragua Dr. Julio Piura, CIES, Nicaragua Lic. Adán Barahona, Secretaría Nacional de Salud, Honduras
12:15 - 13:30	Almuerzo
13:30 - 15:00	Pautas para el abordaje intercultural de la salud en los programas de formación y capacitación de recursos humanos Expositor: Relator general
15:00 - 15:15	Café
15:15 - 16:15	Recomendaciones en relación al documento base Moderadores: Dra. Myrna Cunningham, URACCAN, Nicaragua Dr. Julio Piura, CIES, Nicaragua Lic. Adán Barahona, Secretaría Nacional de Salud, Honduras
16:15 - 16:45	Clausura del Grupo de Trabajo Dr. Julio Piura, CIES, Nicaragua

ANEXO C: ACUERDOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES

Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948: En términos generales, los Derechos Humanos reconocidos por la Declaración Universal, se dividen en derechos civiles y políticos, derechos económicos y derechos sociales y culturales. Todos se derivan de los principios de seguridad, libertad e igualdad. Bajo el enunciado de derechos económicos, sociales y culturales, se incluye el derecho a un nivel de vida adecuado, lo cual se traduce en suficiente alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, servicios sociales y seguridad social.

Cumbre para la Tierra, 1992. En la Cumbre, los "Estados admitieron la necesidad de reconocer que las poblaciones indígenas tienen valores, territorios, conocimientos tradicionales y derecho a la subsistencia; admitieron sus conocimientos ecológicos y agrícolas como vitales para la promoción del desarrollo sostenible.

Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, 1992. El objetivo general del Fondo es el de "apoyar los procesos de autodesarrollo de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de América Latina y el Caribe y orientar acciones, estrategias, formas propias y autónomas de organización de los pueblos indígenas en todos sus niveles".

Cumbre de las Américas, 1994. La Cumbre adoptó el Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en Nuestro Hemisferio, donde el componente referido al acceso equitativo a servicios básicos de salud muestra el compromiso de los gobiernos del continente para atacar las inequidades.

Convenio 169 de Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 1989. 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 cuanto a la salud, en la Parte V: Seguridad Social y Salud expresa que los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, 1994-2004. En 1993 en reconocimiento de la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos, 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" y se sugirió el establecimiento de un foro permanente sobre el tema.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994. La Conferencia analizó la relación entre mujer, población y desarrollo. Propuso el reconocimiento de una serie de derechos intensamente interrelacionados partiendo del concepto que existe un derecho a la salud, que lleva a los gobiernos a proporcionar atención a la población de sus países, a través de programas integrales, en la misma forma que provee de oportunidades para la educación. Se afirmó que los derechos reproductivos requieren el respeto de las condiciones éticas, culturales y religiosas de los estados.

Reunión especial sobre Reforma del Sector Salud, 1995. La reunión permitió comprobar que se han iniciado procesos de reforma del sector salud en numerosos países con el objetivo declarado de proporcionar servicios

de salud eficientes y de buena calidad a todos los habitantes, en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de la población en búsqueda de mayor equidad.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995. El numeral 18 de la Declaración de Beijing, insta a intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, 1997. El Artículo XII, bajo el acápite Salud y Bienestar, en el numeral 4, indica que los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados para la población general.

Resolución Interparlamentaria entre el Parlamento Andino, Parlamento Indígena y Parlamento Amazónico, 1996. En la Parte I numeral 3, resalta la necesidad de promocionar la complementación del conocimiento occidental e indígena en el establecimiento de los servicios de salud y capacitación de recursos humanos en la interculturalidad. De igual manera, en la Parte II, numeral 9 insta a la conformación de un programa conjunto para los parlamentarios para que en el marco de la reforma del sector salud, se identifiquen los mecanismos para asegurar la accesibilidad de los pueblos indígenas a los sistemas de salud.

Cumbre de los Presidentes, Santiago de Chile, Chile, 1998. En el capítulo IV del Plan de Acción: Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en el apartado dedicado a los pueblos indígenas indica que con el objeto de promover una mayor participación de la población indígena en la sociedad mediante el acceso apropiado a la educación, atención de salud, capacitación ocupacional y así mejorar su estándar de vida, entre otros puntos, los Gobiernos:

- Respondarán las actividades en el campo de la educación tendientes a aumentar la participación de las poblaciones o comunidades indígenas en la sociedad. Tales actividades deberán procurar el fortalecimiento de la identidad de las poblaciones indígenas y promover una coexistencia respetuosa entre los diferentes grupos sociales de las comunidades y Estados.
- Promoverán la ampliación de los servicios de educación básica y media con orientación vocacional, principalmente en las regiones con alto porcentaje de población indígena, mediante un mayor respaldo de los Gobiernos y la cooperación internacional, a solicitud de los Gobiernos interesados, de modo que tanto las poblaciones indígenas como los no indígenas tengan la oportunidad de recibir capacitación técnica y contribuir al desarrollo de sus países. En la medida de lo posible, las áreas de capacitación que se implementen en forma paralela a los procesos educacionales deben responder a las necesidades de la Región y a las estrategias de producción.

Declaración de la XII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Grupo de Río, 1998. En el numeral 4 los Jefes de Estado indican: "expresamos nuestra convicción de que los estrechos vínculos políticos y económicos existentes entre los países de la Región; nuestra profunda identidad histórica y cultural, así como la cooperación y solidaridad que nos unen, constituyen un importante patrimonio común que nos permitirá avanzar hacia la consolidación de una Comunidad Latinoamericana de Naciones.

RESOLUCIÓN V - CD 37.R5 "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" APROBADA POR LA XXXV 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)

RESOLUCIÓN VI. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" CD40.R6

EL XL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);

Reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y

Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

RESUELVE:

- 4) Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la Resolución V (CD37.R5), reafirmar el compromiso de las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.
- 5) Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.
- 6) Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
- 7) Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas.

*(Aprobada en la octava sesión plenaria,
celebrada el 25 de septiembre de 1997)*