

Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas.

*Lineamientos Estratégicos para
la Incorporación de las
Perspectivas, Medicinas y
Terapias Indígenas en la
Atención Primaria de Salud*

Elaborado en septiembre de 2002
Impreso en marzo de 2003
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Programas de Organización y Gestión de Sistemas de Salud

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

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

Reconocimientos	v
1. Resumen Ejecutivo	1
2. Introducción	3
3. Abordaje de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la OPS	7
3.1 La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.....	7
4. Aproximación conceptual a una perspectiva integral de la salud.....	13
4.1 Análisis Sociocultural	15
4.2 Aplicación del análisis sociocultural en el ámbito de los sistemas y servicios de salud: enfoque intercultural de la salud	20
5. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud.....	29
5.1 Armonización Jurídica	29
5.2 Armonización Conceptual.....	35
5.3 Armonización Práctica.....	39
6. Referencias.....	47
7. Anexo.....	51

Reconocimientos

Deseamos expresar nuestro reconocimiento a las personas que mencionamos quienes con sus aportes contribuyeron en la puntualización de conceptos, ideas, metodología e incorporación de elementos de análisis en el proceso de elaboración de este documento.

Dr. J. Armando Barriguete Meléndez, Psiquiatra y Psicoanalista, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México; Dra. Myriam Conejo, Coordinadora del Área de Salud JAMBI-HUASI de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), Ecuador; Dr. César Gattini, OPS/OMS-Washington; Dr. Rafael Haeussler, OPS/OMS-Guatemala; Dra. Hilda Leal de Molina, OPS/OMS-Guatemala; Dr. José Ruales, OPS/OMS-El Salvador; Ec. Consuelo Rojas, FAO-Ecuador, Sr. Gregorio Sánchez-Salame, Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET); Dra. Luz Marina Vega, Presidenta del Comité Intersectorial de Salud de Cotacachi, Ecuador; Dr. José Yáñez del Pozo, Antropólogo y Dr. Craig Vanderwagen, Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos. Así mismo a los representantes de las siguientes instituciones: Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS); Organización de Salud sin Límites de la Zona Oriente del El Salvador; Organización Guatajia, Lenca de El Salvador, y Dirección de Aseguramiento de Calidad del Ministerio de Salud de El Salvador.

Deseamos expresar nuestro reconocimiento al Lic. Rohan Radhakrishna, Salud Internacional y Medicina Intercultural, Universidad de Stanford, por su apoyo en la edición de la versión en inglés de este documento.

1. Resumen Ejecutivo

Este documento parte de la experiencia de una población específica, la población indígena, cuyas necesidades han sido una constante preocupación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dentro de los procesos tendientes al logro de la equidad en la Región. Se inscribe en las acciones de implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y da continuidad a las actividades de la segunda línea de acción del “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas” denominada Marcos de Referencia y Modelos de Atención Interculturales.

Tratar sobre la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud, como una de las estrategias en la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional, nos remite a recordar que a lo largo de los siglos los pueblos han buscado formas de mantener y restaurar su salud. Aunque en la práctica, existe una vinculación entre las diversas estrategias y recursos de salud disponibles, la relación entre estos diferentes sistemas, en la mayoría de los casos no ha sido del todo armónica.

En los últimos años, ha habido una creciente inquietud en el mundo en lo que se refiere a la inequidad que afecta a varios sectores de la población, entre ellos la población indígena, así como en las deficiencias de las estrategias disponibles en la atención de salud. Las precarias condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales, agravadas por un perfil epidemiológico donde coexisten las enfermedades carenciales, crónico-degenerativas y aquellas relacionadas con la urbanización, la violencia, el alcoholismo y la fármaco-dependencia, han puesto de manifiesto tanto las limitaciones del sistema de salud convencional y de los sistemas de salud indígena, como la urgencia de repensar aspectos jurídicos, conceptuales, metodológicos y operativos que permitan el acceso equitativo de las personas a ambientes saludables y a una atención de calidad.

Por otra parte, es evidente el interés actual por las denominadas medicinas tradicionales, complementarias y alternativas. La incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud, aunque no totalmente, es parte de este interés y es concebida como una de las estrategias en la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en el empeño de mejorar la atención de la salud de la población, particularmente de los más de 43 millones de personas indígenas que forman parte de la población de la Región. El término incorporación ha sido usado como sinónimo de asociación, ingreso o acceso y el término armonización, como sinónimo de conciliación, concertación, mediación o interrelación.

Desde la perspectiva indígena el mundo es visto como un todo integral. En este sentido los sistemas de salud indígena incorporan categorías que sobrepasan los paradigmas convencionales. Las diversas dimensiones asociadas a esta concepción holísticas se explican a través de una reflexión conceptual a la que se le ha denominado análisis sociocultural. Este análisis toma en cuenta los efectos acumulativos de los atributos de la exclusión y pone de manifiesto la heterogeneidad de la población, de la atención de la salud, de los recursos de la salud y la necesidad de incorporar la perspectiva de los pueblos y el ámbito donde se desenvuelve su vida como ejes transversales en las diferentes categorías del análisis convencional.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud, el análisis sociocultural promueve el enfoque intercultural de la salud, en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Este enfoque intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la

población. Es decir, la incorporación de la perspectiva, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Este proceso implica la aplicación de un marco jurídico que facilite la participación social, el ejercicio de la práctica y la protección y conservación del conocimiento y recursos comunitarios. De igual manera, implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos.

En la aplicación práctica del enfoque intercultural de la salud se han identificado lineamientos estratégicos que han sido agrupados en tres áreas de acción: 1) armonización jurídica, 2) armonización conceptual y 3) armonización práctica. A continuación se describen cada una de estas áreas de acción.

La armonización jurídica es un proceso orientado a la adaptación de los marcos jurídicos —políticas, leyes, regulaciones y normas— a las características socioculturales de los pueblos indígenas. Es decir, al establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a ambientes saludables, a una atención de salud de calidad y que oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

La armonización conceptual es un proceso orientado al reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud, y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto.

La armonización práctica está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso, de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos — indígenas y no indígenas— capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

Además de los respectivos lineamientos estratégicos, en cada una de estas áreas se han identificado indicadores que orientarán su proceso de operacionalización.

Como una invitación a la profundización de estas ideas, el documento contiene ejemplos de experiencias y proceso en marcha a favor de los pueblos indígenas de la Región de las Américas.

2. Introducción

Hoy en día, pocas sociedades están limitadas a mecanismos únicos para la obtención y mantenimiento de su salud. En un espacio geográfico determinado pueden coexistir diferentes sistemas de salud, ya sean basados en los principios biomédicos o en la cosmovisión y sabiduría de los pueblos. Estos sistemas ofrecen una amplia gama de enfoques, recursos terapéuticos, terapeutas, costos y beneficios para la salud individual y colectiva. En la práctica, la demanda y utilización de estos recursos ha determinado la naturaleza múltiple de la atención de la salud.

En estos pueblos indígenas han incorporado a sus conocimientos y prácticas enfoques de otros sistemas de salud y han sido estos mismos pueblos los que han puesto en evidencia las “milagrosas” propiedades del curare, la quinina, la zarzaparrilla, el guayaco, la coca, entre otras sustancias y plantas medicinales. El sistema de salud convencional se ha beneficiado de estos conocimientos.¹

En las dos últimas décadas, tanto los países denominados en desarrollo como los denominados desarrollados, han dado énfasis a la calidad de vida, a los contextos saludables y a los estilos saludables de vida, así mismo, se han interesado en aprovechar sus recursos naturales y tradicionales para aplicarlos en las estrategias de atención de salud. Las medicinas complementarias y alternativas han ganado espacio en los programas nacionales de salud respaldadas, en varios casos, por una legislación adecuada.

No obstante, las tendencias en la demanda son diferentes. Mientras en los países denominados desarrollados, la tendencia a usar las terapias alternativas se debe a la búsqueda de una mejor atención de salud, en los países denominados en desarrollo, esta exigencia tiene que ver con aspectos económicos o porque, como en el caso de la medicina indígena, es la única fuente disponible en la atención de salud (OPS, 1998a). De los 100 millones de personas que no tienen acceso regular a la atención de salud, 40% son indígenas (Organización Panamericana de la Salud).

La Región de las Américas, en general, ha experimentado un progreso significativo en varios aspectos de la salud, como es la marcada disminución de las tasas de mortalidad y de la incidencia de varias enfermedades. Sin embargo, el mejoramiento del estado de salud de la población presenta diferencias entre los países y entre los distintos grupos de población dentro de los países. Las disparidades se acentúan entre los que están privados de los beneficios sociales, entre ellos la mayoría de las poblaciones indígenas, y los que tienen el mayor acceso a los bienes y servicios.

El analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. Ante esta realidad, en 1992, el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS propuso que se considerara más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas.

La preocupación de los Estados Miembros de la OPS para atender las necesidades de salud de la población indígena, se evidencia en la presencia de convenios, declaraciones, leyes, planes y directrices que favorecen el desarrollo de estos pueblos. Esto los ha llevado a generar procesos de coordinación intersectorial y a implementar programas de salud dirigidos a las comunidades indígenas. Sin embargo, la presencia de factores estructurales como la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de tierra y

¹ En 1979, a raíz de Alma Ata, se calculaba que el hemisferio sur exportaba al hemisferio norte un promedio de 70 millones de dólares al año en plantas medicinales, este comercio en 1993, ascendió a más de 5 mil millones de dólares (Universidad Andina, sede Quito, 1994).

territorio que afecta a la mayoría de pueblos indígenas, sumada a la estructura de servicios preexistente, no ha permitido la adaptación de las estrategias de salud a las particularidades de los diferentes pueblos indígenas de la Región. Donde hay acceso físico, a menudo existen barreras financieras, geográficas o culturales para el uso de los servicios. Estas comunidades dependen de los terapeutas tradicionales y líderes espirituales para promover la salud y prevenir y tratar las enfermedades comunes, los cuales suelen ser muchas veces el único recurso disponible permanente (OPS, 1998a). La OMS calcula que las parteras tradicionales atienden hasta 95% de todos los nacimientos rurales y 70% de los nacimientos urbanos en los países denominados en desarrollo (World Health Organization, 1996).

El perfil de enfermedades que presentan los pueblos indígenas, se relaciona con las carencias de la población en lo que a necesidades básicas se refiere (enfermedades transmisibles y carenciales). También es evidente un ascenso progresivo de la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas (especialmente las cardiovasculares y el cáncer). A esto se suman los problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización, pérdida de identidad y principios comunitarios, y la expansión del efecto de la sociedad de consumo y la violencia (suicidios, homicidios y accidentes), el alcoholismo, la fármaco dependencia, la contaminación, el deterioro y la destrucción del ambiente, la exposición a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales y sobre la población en general. La complejidad de este perfil epidemiológico ha puesto de manifiesto, tanto las limitaciones del sistema de salud convencional y de los sistemas de salud indígenas, como la necesidad de armonizar los recursos y enfoques de estos sistemas en el abordaje de la problemática de salud de la población, particularmente de la población indígena.

El documento que a continuación se presenta, responde al “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas”, constituye una de las estrategias en la operacionalización de la segunda línea de acción del Plan: Marcos de Referencia y Modelos de Atención Interculturales. En esta perspectiva, reconoce los procesos en marcha en los países en el mejoramiento de la atención de salud de estos pueblos y establece la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud, como uno de los mecanismos que garanticen el acceso equitativo a una atención de calidad y el aprovechamiento de la capacidad instalada. Es decir, apoya la generación de modelos que mantengan la excelencia técnica y favorezcan la comprensión de las variables socioculturales que determinan las condiciones de vida y salud de los pueblos, y que impiden el acceso de la población a la atención de salud.

A manera de marco referencial, en la primera parte del documento se ofrece un resumen de la trayectoria de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS, particularmente en lo que se refiere al abordaje de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas dentro de las actividades de implementación de la segunda línea de acción del “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas” denominada Marcos de Referencia y Modelos de Atención Interculturales.

Luego se presenta una aproximación conceptual que intenta definir algunos términos, puntualizar varios conceptos y entender las dimensiones vinculadas con la perspectiva integral de la salud. A esta aproximación conceptual se le ha denominado Análisis Sociocultural, cuya aplicación práctica en el ámbito de los sistemas y servicios de salud es la operacionalización del enfoque intercultural de la salud. Es decir, la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

Finalmente, se identifican lineamientos estratégicos e indicadores que orientarán la incorporación de las perspectivas, terapias y medicina indígena en la atención primaria de salud. Estos lineamientos han sido agrupados en tres áreas de acción: 1) armonización jurídica; 2) armonización conceptual y 3) armonización práctica.

La efectiva operacionalización de estos lineamientos urge la valoración de los conocimientos indígenas en un contexto de reconocimiento y respeto de estas culturas por parte de la población indígena y no indígena, de las diferentes instancias involucradas en salud, de los profesionales de la salud y de los intelectuales en general.

Este documento, no se agota en las experiencias presentadas, es un documento en proceso de construcción que procura enriquecerse con los aportes del lector y de los procesos en marcha que en cada uno de los países contribuyen al bienestar de los pueblos indígenas de las Américas.

3. Abordaje de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la OPS

3.1 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

El marco de referencia de este documento constituyen los mandatos de las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 de la OPS y la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. A continuación se presenta un resumen de los procesos seguidos en la implementación de la Iniciativa en la Región de las Américas.²

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas surge en la OPS en 1992 en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano y como una estrategia para abordar de una manera sistemática y en cooperación con los pueblos indígenas la problemática de salud que los aqueja.

En 1993, después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg (Canadá), en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales de 18 países, la OPS y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus saberes ancestrales. Este compromiso se explicita en las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) y en los principios y directrices de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (cuadro 1).

Cuadro 1. Principios

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Enfoque integral de la salud▪ Derecho a la autodeterminación de los pueblos▪ Respeto y revitalización de las culturas indígenas▪ Reciprocidad en las relaciones▪ Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas. |
|---|

En 1993, los Estados Miembros de la OPS ratificaron los principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y firmaron la Resolución CD37.R5 demostrando su voluntad política para priorizar acciones que contribuyan al bienestar de los pueblos indígenas de sus respectivos países. En 1997, la Resolución CD37.R5 fue ratificada mediante la Resolución CD40.R6.

² El detalle de la trayectoria de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas se encuentra en el documento No. 8 de la Serie Salud de los Pueblos Indígenas: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe Progreso.

En la implementación de estas resoluciones en el presente cuatrienio, el “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas” ha identificado tres líneas de acción interrelacionadas:

1. Planificación estratégica y alianzas: En esta línea, las actividades están dirigidas a apoyar a los países en la formulación y puesta en práctica de políticas públicas y estrategias integradas para el desarrollo de sistemas de salud tendientes al logro del acceso equitativo para los pueblos indígenas, dentro del contexto de la reforma sectorial.
2. Marcos de referencia y modelos de atención interculturales: En esta línea las actividades apoyan a los países en el diseño y la ejecución de los marcos de referencia y modelos de atención que aborden las barreras que limitan el logro de la equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud experimentadas por los pueblos indígenas. En esta línea se contempla la generación de metodología e instrumentos que faciliten la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, particularmente en la atención primaria de salud.³
3. Información para detectar y vigilar las desigualdades: En esta línea las actividades promueven el mejoramiento de la recopilación, producción y difusión de información acerca de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.

Los resultados de estas actividades contribuirán a mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas, brindando un acceso equitativo a servicios sanitarios de buena calidad, que a su vez sean sostenibles y culturalmente apropiados.

El presente documento constituye una de las estrategias que da continuidad a la operacionalización de la segunda línea de acción: Marcos de Referencia y Modelos de Atención Interculturales.

3.1.1 Marcos de referencia y modelos de atención interculturales

En congruencia con las demandas de los pueblos indígenas, entre los principios de la Iniciativa se señala la trascendencia de respetar y revitalizar las culturas indígenas en el quehacer de salud de la Organización y de los Estados Miembros de la OPS como una de las opciones para confrontar la inequidad que perjudica el desarrollo de estos pueblos. El cuadro 2 muestra los artículos de la Resolución CD37.R5 que contienen los mandatos específicos respecto a este enunciado:

³ La *atención primaria de salud* es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su completa participación y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad (Declaración de Alma Ata. Numeral VI. Kazajstán – Antigua URSS, 1978).

Cuadro 2: Resolución CD37.R5 – Numeral 2, Literales b y d

2. Instar a los Estados Miembros a que:

- 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 los servicios de salud y a la atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.
- d. Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.

En 1997, el XL Consejo Directivo, reconociendo la creciente evidencia sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos que afecta a los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, instó a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos en el cuidado de la salud de estos pueblos y ratificó la Resolución CD37.R5 a través de la Resolución CD40.R6. Los siguientes artículos de la Resolución CD40.R6 contienen los mandatos específicos respecto a la atención de salud de los pueblos indígenas en el marco de la reforma sectorial (cuadro 3).

Cuadro 3: Resolución CD40.R6

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.

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, en especial los pueblos indígenas.

Desde 1993 hasta la fecha, varias acciones han sido ejecutadas en la implementación de estos mandatos.⁴ El trabajo durante los primeros años de la Iniciativa, a través de la Oficina Central y de las Representaciones de la OPS/OMS, contribuyó a la identificación de estrategias, áreas de trabajo y metas claras en la estructuración del llamado Plan de Acción de la OPS/OMS para el impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas 1995-1998. El tercer componente del Plan denominado Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales fue dedicado a la comprensión de los sistemas de salud indígena. El énfasis en esta etapa fue el desarrollo legislativo y la investigación.⁵

Luego de la evaluación del Plan 1995-1998 realizada en 1997, se formuló el Marco Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. La segunda línea del Plan: Marcos de Referencia y Modelos de Atención Interculturales incluye acciones que dan continuidad al

⁴ En la lista de publicaciones de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas constan varios documentos que sistematizan la experiencia de OPS en el abordaje de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la Región de las Américas.

⁵ El detalle de estas acciones consta en el documento: *Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales*. Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No. 6, en el *Informe de Progreso de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No. 8 y en El Marco Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

trabajo realizado desde 1993 y están dirigidas a contribuir en la armonización entre los sistemas de salud indígenas con sus múltiples agentes de salud y prácticas y el sistema convencional de salud.

En esta etapa las actividades consideran la ampliación de los marcos conceptuales que apoyen la capacitación de trabajadores de salud para que presten atención culturalmente adecuada en las comunidades multiculturales, así como la preparación y ensayo sobre el terreno de pautas y materiales didácticos para asegurar que la perspectiva, medicina y terapias indígenas sean incorporadas en los modelos de atención. La segunda línea del Plan, además, prioriza la formulación y difusión de normas para la reglamentación, legitimación o legalización de los terapeutas tradicionales y la discusión sobre aspectos como la propiedad intelectual y conservación de la biodiversidad, en colaboración con las instancias legislativas nacionales e internacionales. Considerando que muchos pueblos indígenas viven en zonas escasamente pobladas, en esta línea de acción las acciones urgen la identificación, sistematización, documentación y difusión de estrategias innovadoras para proporcionar acceso a salud pública básica y servicios clínicos mediante la cooperación técnica entre los proyectos de los países.

Entre las actividades más recientes que abordan específicamente la temática de los sistemas de salud indígenas podemos citar:

- El proyecto “Sistemas de Salud Tradicionales de América Latina y el Caribe: Información de Base”⁶ ejecutado en 1997, en colaboración con la Oficina de Medicina Alternativa del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud Pública de Cuernavaca, México.
- El Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad realizado del 9 al 11 de septiembre de 1998 en Managua, Nicaragua,⁷ con la participación de representantes indígenas, de instituciones formadoras de recursos humanos, Ministerios de Salud, OPS y organizaciones no gubernamentales de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Perú.
- El Grupo de Trabajo de la OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999, con la participación de representantes de la OPS, OMS y Centros Colaboradores de la OMS en Medicina Tradicional.
- El proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, formulado en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes del Grupo de Trabajo de la OPS/OMS.
- La Fase I del proyecto se llevó a cabo en el año 2000. En esta fase se elaboraron cinco estudios con el objetivo de conocer la dinámica de la atención de salud en pueblos indígenas específicos. Los estudios se realizaron con los pueblos Nahuatl Pipil, Mapuche, Maya, Garífuna, Ngöbe-Buglé y Quechua de El Salvador, Chile, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú repectivamente.
- Los resultados de estos estudios de caso fueron presentados y discutidos en el Taller sobre Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud en las Américas realizado en Guatemala, del 21 al 22 de marzo de 2001 con la participación de

⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de Salud Tradicionales de América Latina y el Caribe: Información de Base*. Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No13, Washington, DC, EUA, 1999.

⁷ El informe sobre las discusiones del Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad se resumen en el documento: *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Serie Salud de los Pueblos Indígenas, No. 12.

representantes de la OPS, de los pueblos indígenas, de instancias gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales y académicas de Bolivia, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Perú. Entre los participantes, además estuvieron representantes de los Centros Colaboradores de la OMS en Medicina Tradicional.

4. Aproximación conceptual a una perspectiva integral de la salud

La aproximación conceptual que a continuación se presenta procura comprender las dimensiones que se asocian en la perspectiva integral en salud. En la instrumentalización de este enfoque, se plantea la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. La discusión se basa en publicaciones y reflexiones colectivas que han tenido lugar en diversas reuniones sobre el tema, y en la experiencia acumulada en la implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas desde la OPS y los Estados Miembros de la Organización.

¿Por qué armonización y por qué incorporación?

En este documento se ha utilizado el término armonización como sinónimo de conciliación, concertación o mediación y el término incorporación como sinónimo de asociación, ingreso o acceso (Ortega Cavero, D. 1991; Word-Office, 2000). Sin embargo, se reconoce la utilización de otras palabras para significar la necesidad de una colaboración entre los sistemas de salud indígena y el sistema de salud convencional. Al respecto, es importante tomar en cuenta que varios de estos términos pueden tener significados asociados a contextos sociales e históricos, no necesariamente óptimos para los pueblos indígenas. Por ejemplo, la palabra integración, como sinónimo de asimilación, está asociada a la tendencia de los años cuarenta de poner en práctica políticas para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, principalmente a través de un proceso de asimilación o integración a la llamada “sociedad nacional”. Como indica Stavenhagen, la sociedad nacional dominante, reflejada en la ideología nacionalista de la clase media urbana blanca y mestiza, rechazaba completamente los componentes indígenas de la cultura nacional, de hecho, no les veía futuro alguno, salvo un pasado idealizado cuyo núcleo privilegiado eran los museos, o los veía como instrumento para conseguir divisas del turismo y de la venta de artesanías. Las políticas indigenistas, si bien fueron bien intencionadas, de hecho resultaron ser etnocidas. En su formulación, la representatividad indígena era simbólica (Stavenhagen, 1992).

El cuadro 4 presenta algunos de los términos utilizados en diferentes publicaciones sobre el tema a tratarse. Se incluyen varios sinónimos.

Cuadro 4: Varios Términos

Término	Sinónimos
Incorporación	ingreso, acceso, entrada, acogida, asociación
Integración	unión, unificación, reunión, combinación, igualdad
Colaboración	contribución, participación, alianza, apoyo, reciprocidad, ayuda
Articulación	coyuntura, enlace, vínculo, acoplamiento, unión
Armonización	enlace, conciliación, ajuste, conjunción, unión, mediación, consenso
Complementariedad ⁸ (complementario)	suplementario, incrementado, sumado, añadido, aumentado

⁸ Aunque la descripción del término complementariedad tiene un sentido de subordinación, varios investigadores hablan del principio de complementariedad al tratar sobre la filosofía de los pueblos indígenas de los Andes. Por ejemplo, Yáñez del Pozo indica que “el principio de relacionalidad, base de la racionalidad o lógica andina, se manifiesta en una serie de principios

Fuente: Ortega Cavero, D. Thesaurus Gran Sopena de Sinónimos y Asociación de Ideas, 1991. Thesaurus, Word-Office, 2000.

¿A quién nos referimos cuando hablamos de población y pueblos indígenas?

Las denominaciones utilizadas para definir a estos pueblos han variado de país a país de acuerdo a los contextos sociales e históricos, tomando en cuenta la lengua hablada, la ascendencia, la autoidentificación, la concentración geográfica, o la territorialidad (OPS, 1998).

De igual manera, al momento de nombrar a la población indígena, se han usado diferentes términos. Por ejemplo, población indígena, pueblos indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus, naciones, nativos americanos como en los Estados Unidos, etnias como en Honduras, grupos étnicos, primeras naciones como en Canadá, nacionalidades como en Ecuador, sociedades como en Brasil y amerindios como en Guyana. Muchos pueblos reclaman ser nombrados por sus nombres específicos, como en el caso de los Mayas de Guatemala, los Quechuas de Ecuador, los Tawahka de Honduras, los Kuna de Panamá. Varios se encuentran en el proceso de recuperación de sus nombres ancestrales en oposición a los términos peyorativos que fueron implantados para nombrarlos. Por ejemplo, los Tsáchilas de Ecuador antes denominados Colorados; los Ngöbe de Panamá, antes denominados Guaymíes.

En el texto se utiliza el término pueblo, aceptando la definición que plantea Stavenhagen que indica que:

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 (Stavenhagen 1992).

Por su parte, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT 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”.⁹

Para el caso de este documento, se aceptan las diferentes definiciones, además, considerando que existe una tendencia generalizada de ubicar a los pueblos indígenas solamente como una población rural, se puntualiza la necesidad de reconocer los diferentes fenómenos sociales, políticos y económicos (migración, guerras civiles, obras de desarrollo, sobre-explotación de recursos naturales, olas sucesivas de

secundarios como el de correspondencia o relación mutua, el de complementariedad o inclusión de los opuestos, y el de reciprocidad o de constante compensación. El principio de complementariedad habla de la inclusión de los opuestos. “Cielo y tierra, sol y luna, claro y oscuro, verdad y falsedad, día y noche, bien y mal, arriba y abajo, frío y caliente, masculino y femenino, no son para el runa (hombre andino) contraposiciones excluyentes sino complementos necesarios para la afirmación de una entidad superior e integral” (Esterman 129 en Yáñez del Pozo, 2002). Tenemos aquí una gran diferencia con la filosofía occidental que ha adoptado en general el principio de la dialéctica y el progreso unilineal (Yáñez del Pozo, 2002)”. Reconocemos que el significado del principio de complementariedad merece ser considerado en la comprensión de la efectiva armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

⁹ El 7 de junio de 1989 se aprobó el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este es el primer documento que recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos culturales, míticos y religiosos, que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia.

colonos, incursiones militares sea por conflictos fronterizos o por represión a actividades subversivas a ilícitas) que han llevado a la población indígena a reubicarse fuera de sus territorios ancestrales.

Los pueblos indígenas de la Región, a través del tiempo, han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, basado en el equilibrio, la armonía y la integralidad debido a su convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales (OPS; 1997). Desde la perspectiva de estos pueblos la salud tiene una perspectiva integral/holística.

¿Qué elementos incorpora la perspectiva indígena de la salud?

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2001). Los pueblos indígenas tienen una perspectiva integral del mundo, en consecuencia definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual. Por ejemplo, en 1995, diferentes representantes indígenas en Ecuador, en un taller de salud, indicaron que la salud/bienestar es “la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”. Al preguntarles qué es salud a los líderes indígenas del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS, 2000), ellos indicaron textualmente lo siguiente: “Los indígenas nos consideramos indivisibles en cuerpo y espíritu, estamos en equilibrio con nuestro ambiente familiar/laboral a través de nuestro pensamiento ancestral, este mismo nos ayuda a vivir en armonía con nuestros elementos vivos del universo: las plantas, los animales, la tierra, el fuego, el aire y el agua. Para nosotros esto es salud y bienestar”.

En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual). Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad.

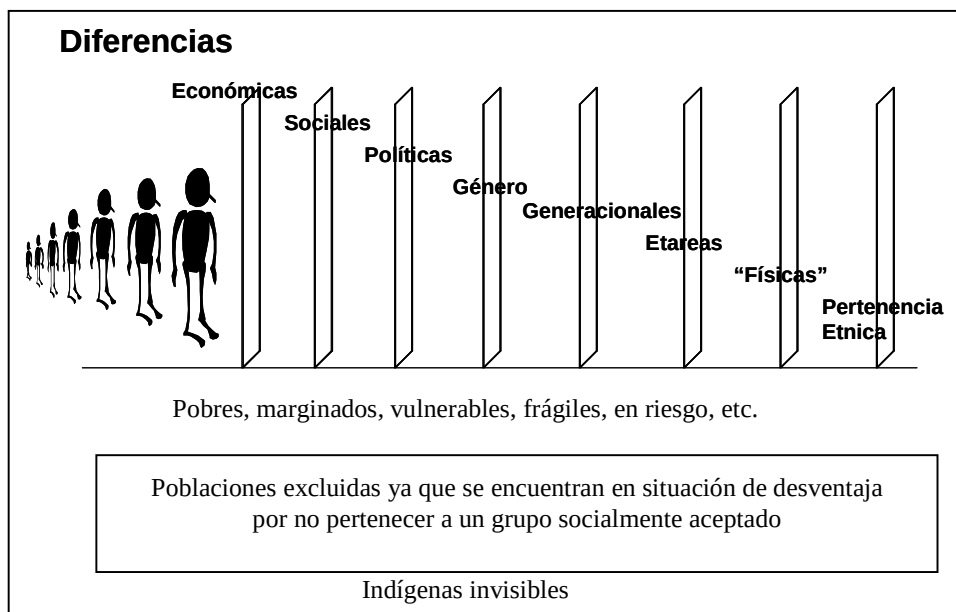
Esta reflexión conceptual que a continuación se presenta, toma en cuenta las particularidades sociales, económicas, culturales, demográficas y políticas de las poblaciones. Aunque esta discusión tiene como referencia el caso de los pueblos indígenas, podría ser aplicada a otras poblaciones excluidas. A esta reflexión conceptual que intenta presentar la correlación y el efecto acumulativo de las diferentes variables se le ha denominado Análisis Sociocultural.

4.1 ANÁLISIS SOCIOCULTURAL

Desde la óptica convencional, por lo general, al describir las condiciones de vida y el estado de salud de las poblaciones excluidas, se tiende a resaltar las carencias. Si bien los indicadores demográficos, socioeconómicos, de morbilidad, de recursos, acceso y cobertura son útiles y necesarios, son homogenizantes y no consideran las capacidades, ni la perspectiva de las poblaciones. El Análisis Sociocultural aplicado a los pueblos indígenas parte del reconocimiento oficial y respeto a estos pueblos.

Si revisamos los análisis convencionales, se advierte que por lo general, la caracterización de los diferentes grupos poblacionales, se realiza de acuerdo a parámetros que a manera de “filtros” ubican a la población en diferentes categorías y subcategorías (gráfico1).

Gráfico 1: Categorías del Análisis Convencional



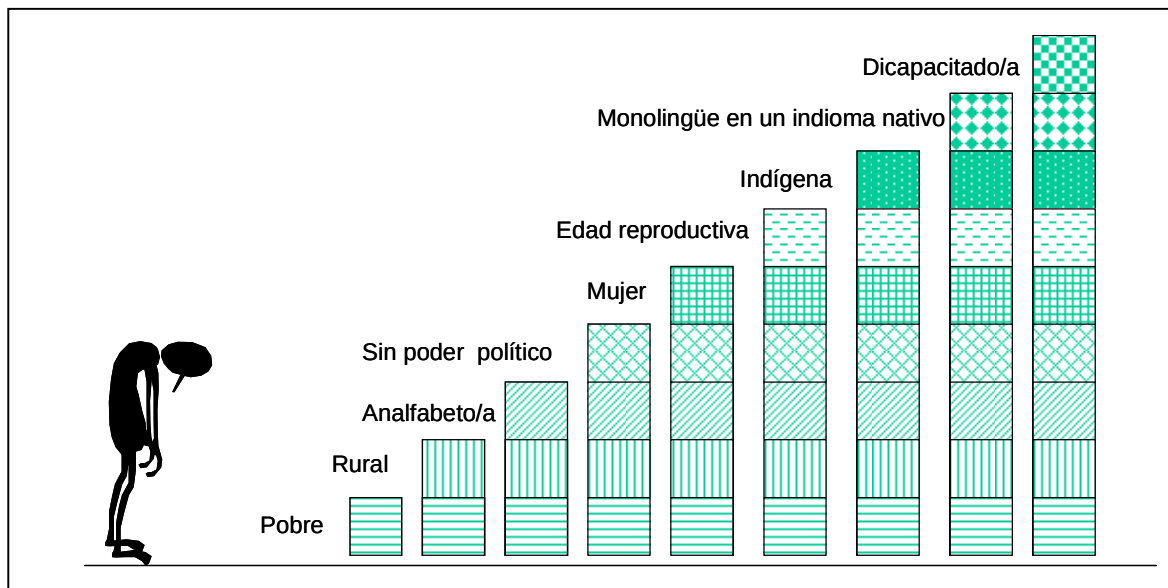
De acuerdo a los “filtros” aplicados en los análisis convencionales, las personas han sido clasificadas como pobres, marginados, vulnerables, frágiles, en riesgo, etc. Estos términos invisibilizan a la población indígena. En este documento, para nombrar a estos grupos de población, entre ellos a los indígenas, se ha adoptado el término poblaciones excluidas ya que estos grupos de personas se encuentran en situación de desventaja por no pertenecer a un grupo socialmente aceptado (gráfico 1) (Rojas, R., Suqair, N., 1998).

De acuerdo a los criterios que rigen la Reforma del Sector Salud en los países de las Américas, se indica que la equidad implica a) en las condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; b) en los servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad inanciera) (Whitehead, M. 1990, OPS, 1997).

En el análisis sociocultural para hablar de equidad debemos reconocer que este concepto, para ser aplicado en su esencia, debe considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de un grupo poblacional (gráfico 2). Entre ellos podemos nombrar el nivel de pobreza, localización, ejercicio de los derechos de ciudadanía, el nivel educativo, género, faja etárea, pertenencia étnica, monolingüismo en un idioma nativo, discapacidad física.

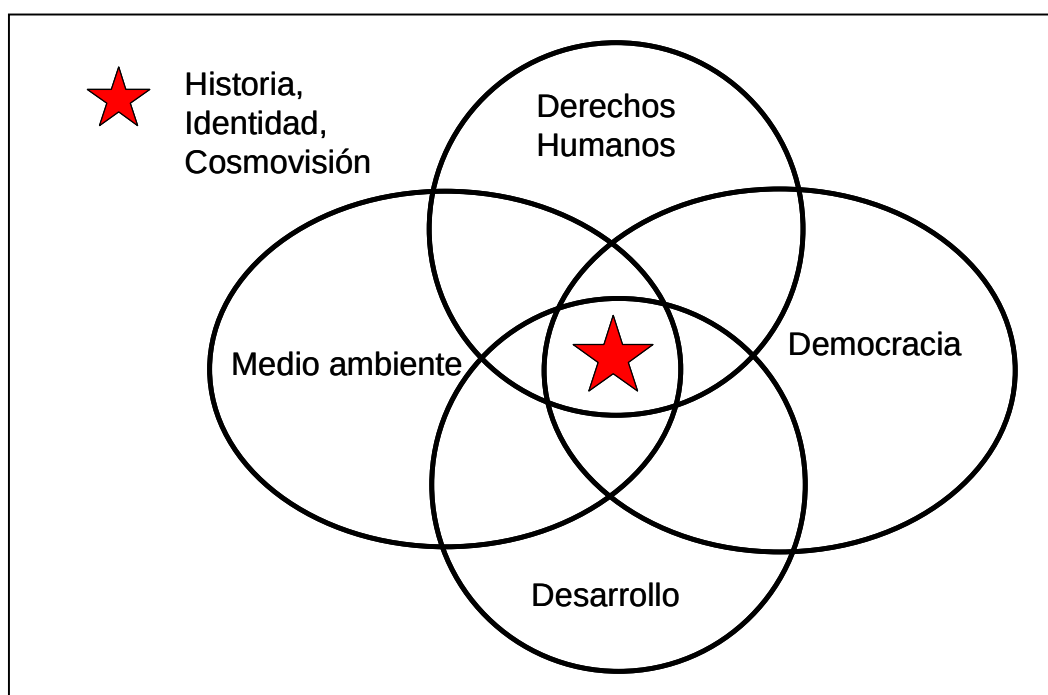
Este conjunto de características se potencializan entre sí, se conforman de diversas maneras y se manifiestan como exclusión en un grupo determinado. Por ejemplo, la exclusión sería extrema en el caso en que un individuo sea pobre, analfabeto, mujer, en edad reproductiva, indígena, monolingüe en su idioma nativo y discapacitada (Rojas, R., Suqair, N., 1998) (gráfico 2).

Gráfico 2: Efecto Acumulativo de la Exclusión



El abordaje de esta problemática ocurre en la intersección de muchos temas, entre los cuales se mencionan los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación a la historia (gráfico 3). En la práctica, el abordaje de estos condicionantes de la exclusión supone la existencia y aplicación de marcos jurídicos que prioricen el desarrollo de estos pueblos y la consolidación de procesos multidisciplinares de cooperación intra e intersectoriales de trabajo conjunto.

Gráfico 3: Abordaje Multidireccional de la Problemática Indígena

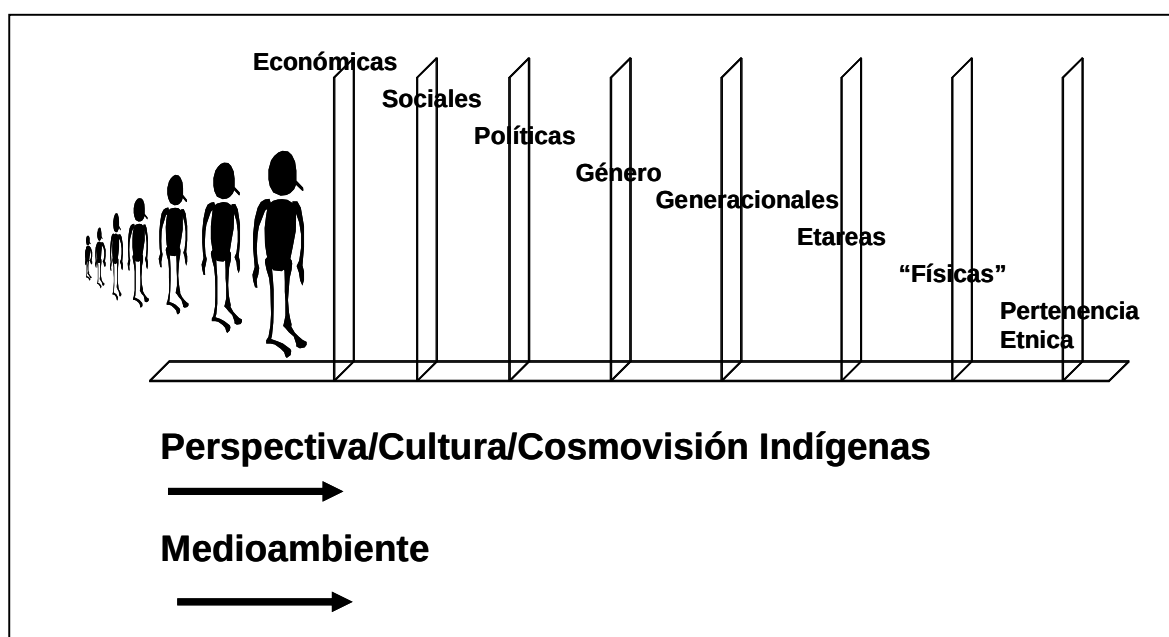


El análisis sociocultural plantea el reconocimiento del carácter multilingüe, multiétnico y multicultural¹⁰ de la población de la Región de las Américas y, por lo tanto, la vigencia de los pueblos indígenas y negros.

¹⁰ La *multiculturalidad* se define por hechos sociales y consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas como grupos con diferentes códigos culturales, partiendo del punto que practican costumbres o hábitos diferentes (Cunningham, 1999).

Este reconocimiento implica la incorporación transversal de la perspectiva/cultura/cosmovisión indígena¹¹ de estos pueblos, tanto en el análisis de las condiciones de vida y el estado de salud, como en la formulación de estrategias en el abordaje de sus necesidades. La comprensión de la historia, estilos de vida y el aporte de estos pueblos a la sociedad –tanto por parte de la población indígena como no indígena–, se hace indispensable (gráfico 4). La incorporación de la perspectiva de los pueblos, en este caso de los pueblos indígenas permitirá el aprovechamiento de los recursos de salud institucionales y comunitarios disponibles.

Gráfico 4: Ejes Transversales del Análisis Sociocultural



De igual manera, así mismo, a manera de eje transversal, deberán considerarse las condiciones medioambientales en las que se desenvuelve la vida de la población. Ciertos factores como los climáticos y aquellos derivados de los estilos de vida determinan riesgos adicionales para la población. Por ejemplo, en aquellos pueblos indígenas que habitan en zonas de malaria endémica, o en aquellas personas indígenas que viven fuera de sus territorios ancestrales, muchas de las cuales están formando parte de la población localizada en los cinturones de pobreza de las ciudades.

¹¹ La *cultura* puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. La *etnia*, la *raza* y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales (Cross N, Bagron, Dennis, and Isaacs, 1989), a lo que hay que añadir el ámbito geográfico. La *cosmovisión* constituye un "eje conceptual" por sí misma. Supone un conjunto de elementos que determinan la forma en que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Para el caso de los pueblos indígenas, la cosmovisión 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 e integralidad (OPS, 1997).

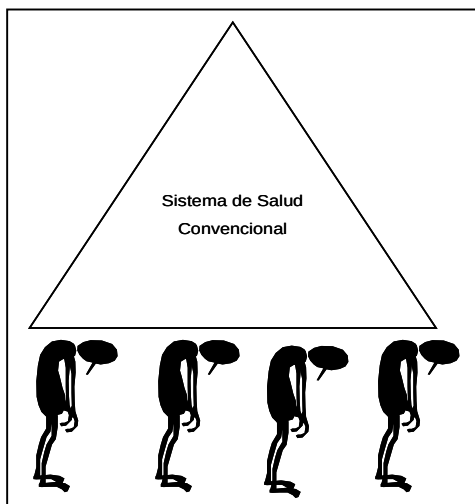
La incorporación de la perspectiva indígena urge la revisión de los marcos conceptuales y de la metodología utilizada en el trabajo con estas comunidades. Es decir, la generación de paradigmas nuevos y complementarios, que permitan entender el significado que los pueblos indígenas dan al desarrollo, a la salud, a la enfermedad, a la participación social, a la pobreza, etc. Por ejemplo, en los análisis convencionales, la pobreza o la riqueza ha sido definida en términos económicos. Si revisamos la definición de riqueza/pobreza, desde la perspectiva indígena, se indica que la riqueza constituye el conjunto de potencialidades culturales, lingüísticas, la capacidad de control social y liderazgo, el acceso a la tierra y a los distintos pisos ecológicos, el vínculo con el poder comunal y la práctica de principios comunitarios como la solidaridad y la reciprocidad. En estos términos una persona sería pobre cuando no cumple con estos requisitos, aún si económicamente es rica (Pacari, N. 1996).

4.2 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS SOCIOCULTURAL EN EL ÁMBITO DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD: ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

En la atención de salud, el análisis sociocultural promueve el enfoque intercultural de la salud. Es decir, la caracterización de los diferentes grupos poblacionales, la comprensión de los sistemas de salud indígenas¹² basados en sistemas de creencias y valores que determinan los procesos de mantenimiento y restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios.

En general, los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental (gráfico 5).

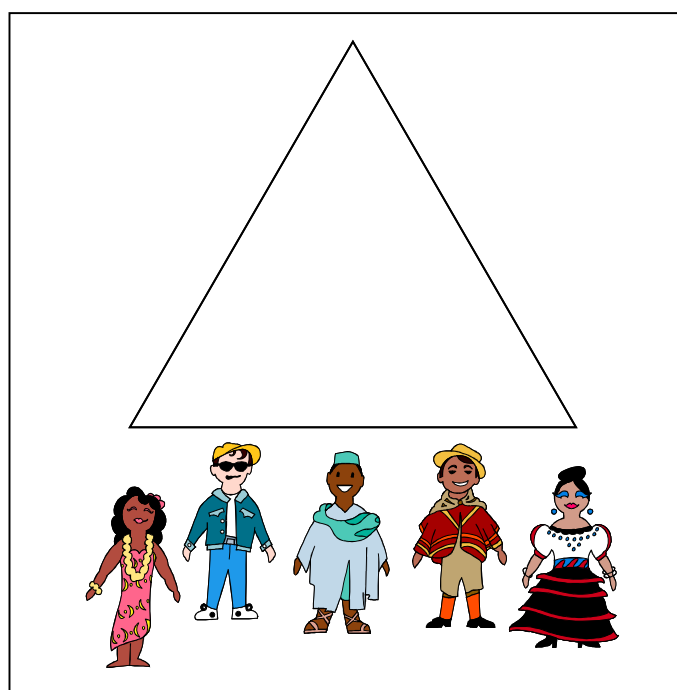
Gráfico 5: Análisis Convencional. Homogenización de la Población y de la Atención de Salud



¹² Los sistemas locales de salud, son el complejo conjunto de procesos, que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud (OPS, 1993). De esta manera, los sistemas de salud tradicionales/indígenas son un tipo de sistemas de salud locales donde la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena (Yáñez del Pozo, 2000).

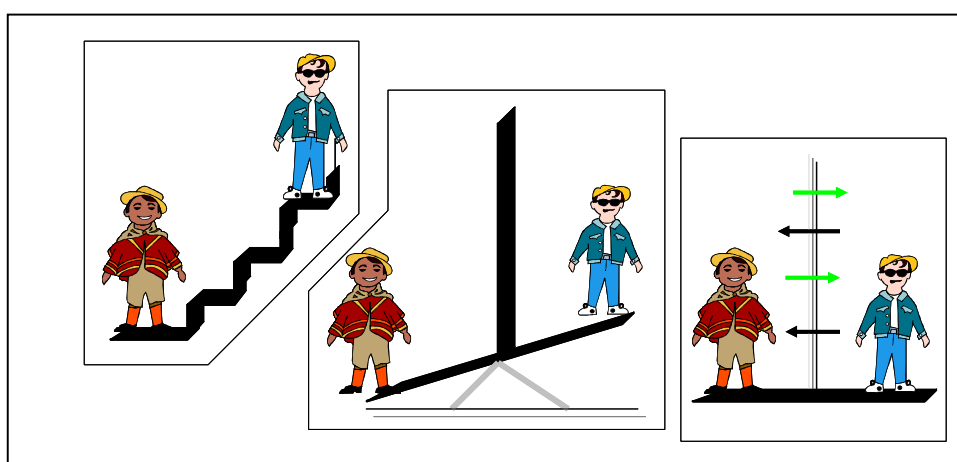
En el análisis sociocultural, el enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud (gráfico 6).

Gráfico 6: Visualización de la Heterogeneidad de la Población



El análisis sociocultural, puntualiza la importancia de conocer los procesos históricos pasados y recientes que han determinado diferentes niveles de “prestigio” entre las culturas y una relación asimétrica que ha generado barreras de desconfianza y temor (gráfico 7).

Gráfico 7: Interculturalidad



En la instrumentalización del enfoque intercultural de salud, el concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, éticas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre y dentro de las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa (OPS, 1998b). En la práctica, el enfoque intercultural de la salud tiene el desafío de generar espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas que tiendan al fortalecimiento de los pueblos excluidos y a la sensibilización de los pueblos que se encuentran en una posición privilegiada (gráfico 7).

Al describir las características de la organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas, generalmente se nombra a aquellos establecimientos y recursos que pertenecen al sector público (Ministerio de Salud, Institutos de Seguridad Social, Ministerios de Defensa, Ministerios de Bienestar, municipios, policía) y al sector privado (establecimientos privados, iglesias, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, etc.). La atención prestada por estos establecimientos, en su mayor parte, se basa en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental.

Aunque en varios países las terapias y medicinas tradicionales, alternativas y complementarias han ganado espacio, muy pocos países mencionan a las terapias y medicinas indígenas como partes integrantes del sector salud¹³ Las estrategias de mantenimiento y restauración de la salud utilizadas por la población sea en el ámbito del hogar o de la comunidad, por lo general, no son incluidas en los recursos de salud de la población. El enfoque intercultural de la salud, en este contexto, constituye una de los instrumentos para operacionalizar el concepto de promoción de la salud que sitúa a la promoción de la salud como una de las estrategias para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y tener mayor control de sus vidas¹⁴ En este contexto, en concordancia con la concepción holística de la salud desde la perspectiva indígena, la salud se percibe no como un objeto sino como la fuente de riqueza en la vida cotidiana.

¹³ La medicina y terapias tradicionales constituyen un conocimiento sobre la salud que se originó mucho antes del desarrollo y difusión de la medicina y conocimientos denominados occidentales y reflejan la cultura, historia y creencias de un país y, como es evidente, ha sufrido cambios con el pasar de los tiempos. Por lo general, estos conocimientos son transmitidos oralmente de generación en generación (OPS, 1999). Las medicinas y terapias indígenas son medicinas y terapias tradicionales. Los términos medicina y terapias complementarias se refieren a los conocimientos en salud que no juegan un rol principal en los sistemas de salud nacionales. En la mayoría de países donde la denominada medicina occidental asume completa responsabilidad por la atención de la salud en el ámbito nacional, gran parte de las medicinas tradicionales y otras terapias son consideradas complementarias o alternativas a los sistemas de salud convencionales/institucionales (OPS, 1999). En algunos ámbitos las medicinas y terapias indígenas son complementarias, en otros casos son alternativas, y en otros casos son el único recurso permanente de salud.

¹⁴ La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud fue emitida en 1986 por la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en respuesta a la creciente demanda por una nueva concepción de la salud pública en el mundo (OPS, 1996a).

Gráfico 8: Visualización de la Heterogeneidad de la Atención de la Salud



Gráfico 9: Visualización de la Heterogeneidad de los Recursos Humanos



En la dinámica de atención de salud, el enfoque intercultural de la salud reconoce la existencia de sistemas de salud tanto “formales” como “informales” interconectados entre sí en la práctica¹⁵ (gráfico 8). Esta interconexión no está dada necesariamente por los sistemas de referencia y contrarreferencia convencionales, sino por la preferencia de la población y el acceso real que la población tiene a cada uno de ellos. Es decir, en la evaluación del acceso y de la cobertura de la atención de salud, las características sociales, económicas, culturales que determinan las actitudes, conocimientos y prácticas de la población deben ser tomadas en cuenta. En este contexto la pertenencia, no solo a una comunidad sino a un pueblo específico, cobra relevancia.

En este contexto, el abordaje intercultural de la salud plantea el reconocimiento de recursos humanos, recursos terapéuticos y estrategias que sobrepasan los paradigmas del sistema de salud convencional (gráfico 9). Por ejemplo, mientras en el sistema de salud convencional al nombrar a los terapeutas se incluirán a los médicos, enfermeras, laboratoristas, dentistas, promotores de salud, etc., en los sistemas de salud indígenas, los yachas, sukias, pajuyucs (sabios de las culturas de los Andes, de las culturas Afro-Caribeñas y de la Amazonía), machis (mujeres que fungen como líderes espirituales en la

¹⁵ La medicina tradicional constituye uno de los tres modelos fundamentales, los otros son el de la medicina académica y el de la medicina doméstica o casera —que integran el sistema real de atención de salud en la mayoría de los países de América Latina (Instituto Nacional Indigenista, 1994). El sistema de salud “formal” se basa en los principios biomédicos. Entre los sistemas de salud “informales” están los sistemas de salud indígena y los conocimientos de “medicina popular y casera”. La “medicina popular o casera” es el conjunto de recursos con que cuenta la población para atender algunas necesidades de atención a su salud. A diferencia de los sistemas de salud indígenas, estos recursos y saberes no se circunscriben a una cosmovisión específica, sino que es un conocimiento compuesto de distintas medicinas (alópata, tradicional etc.). Generalmente se practica dentro del hogar o como primer plano en la atención a la salud antes de acudir a consultar al médico o terapeuta (OPS, 1999).

cultura Mapuche), machis, parteras, fregadores, llamadores de la sombra, herbalistas, etc., aparecerán en la lista de terapeutas.¹⁶ Mientras en el sistema de salud convencional los recursos terapéuticos incluyen, por ejemplo, tabletas, procedimientos quirúrgicos, administración de fármacos por vía intravenosa, etc., en los sistemas de salud indígenas las plantas, las piedras, los rituales, las ceremonias, tienen un efecto de mantenimiento o restauración de la salud.

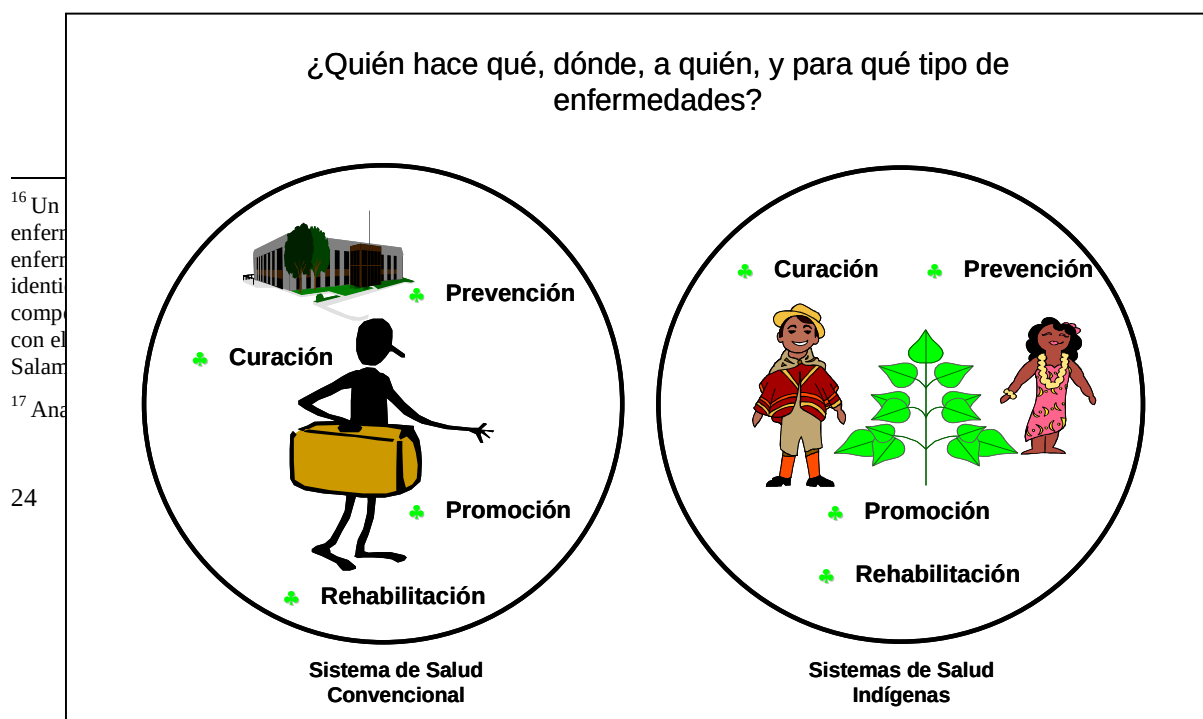
En la práctica, probablemente por no disponer de una metodología específica, a menudo, para comprender la organización de los sistemas de salud indígenas se han usado analogías¹⁷ a través de comparaciones con los elementos que integran el sistema de salud convencional/occidental. De esta manera, al describir a los sistemas de salud indígenas, se indica que éstos comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, procedimientos, y ritos, sean explicables o no, relativos al mantenimiento de la salud o a la restauración de la salud a través del tratamiento de enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un individuo, comunidad o pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud (Valdivia, 1986; OPS, 1997; Yáñez del Pozo, 2001). Estos conocimientos y prácticas responden a la cosmovisión de los pueblos.

Al igual que el sistema de salud convencional, los sistemas de salud indígena tienen estrategias de curación, prevención, rehabilitación y promoción de la salud. Los recursos humanos, infraestructura e insumos se insertan en una estructura y lógica propias (gráfico 10). Su disponibilidad, entre otros puntos, difiere en relación con el contexto geográfico, el tipo de población que tiene acceso, las preferencias del usuario y el perfil epidemiológico de la población, el mismo que igualmente se inserta en los códigos de clasificación determinados por la cosmovisión de estos pueblos.

Luego de reconocer la existencia de estos diferentes sistemas, el enfoque intercultural de la salud propone el mejor conocimiento y aprovechamiento de los recursos de estos sistemas (gráfico 10).

La formulación e implementación de modelos de atención acordes a las características socioculturales y epidemiológicas de la población, dependerá de las respuestas que demos a esta pregunta: ¿quién hace qué, dónde, a quién y para qué tipo de enfermedades? Las respuestas deberán ser confrontadas tanto con las necesidades de atención de la población, como con los parámetros de calidad desde la perspectiva de los usuarios de estos sistemas (gráfico 10).

Gráfico 10: Sistemas de Salud – Modelos de Atención



¹⁶ Un
enferr
enferr
identi
comp
con el
Salam

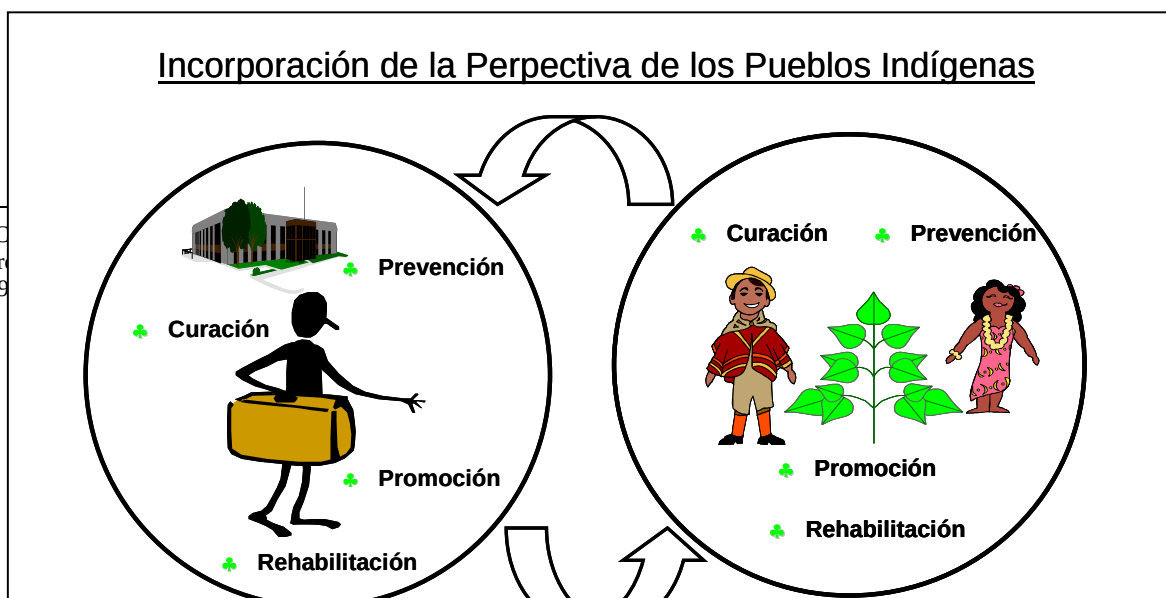
¹⁷ Ana

En la práctica, el enfoque intercultural plantea la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud.

La incorporación de las perspectivas indígenas supone la formulación y aplicación de marcos jurídicos que prioricen la atención a estos pueblos. Igualmente, supone, tanto la comprensión de los componentes y capacidad resolutoria de los diferentes sistemas de salud existentes, como la comprensión de los conocimientos actitudes, prácticas, connotaciones y percepciones¹⁸ de los usuarios (gráfico 11), por ejemplo, en la atención de salud convencional y en la dinámica de las diferentes enfermedades. Esto permitirá la adaptación de los programas convencionales de salud a la realidad de las comunidades.

La incorporación de las medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, supone el establecimiento y aplicación de un marco jurídico que permita la participación social, el ejercicio y aplicación de las medicinas y terapias indígenas y la protección y conservación del conocimiento y recursos comunitarios. De igual manera, implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos.

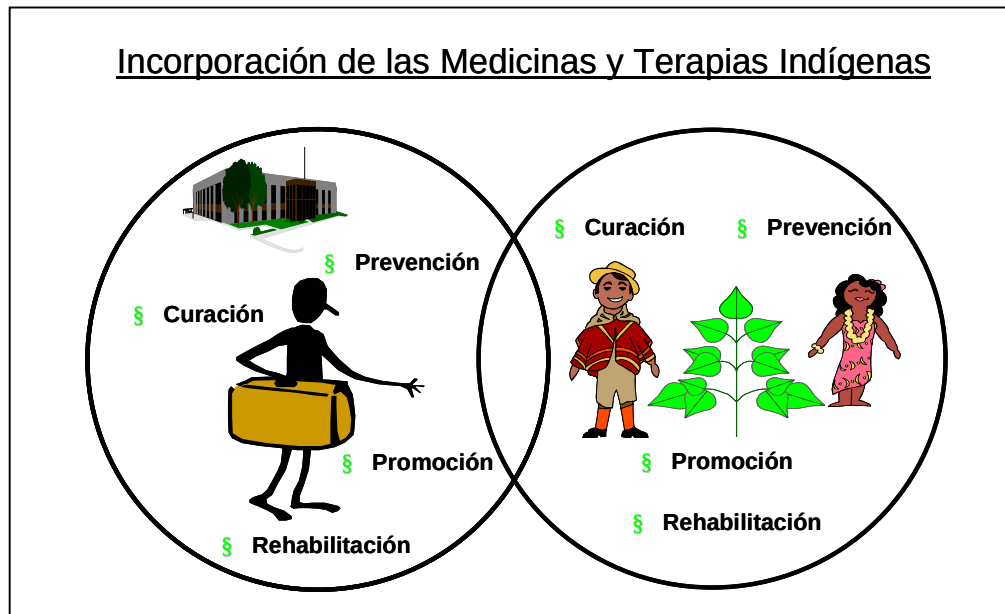
Gráfico 11: Sistemas de Salud – Modelos de Atención
Abordaje Intercultural de la Salud



Es decir, en la aplicación del enfoque intercultural de la salud, como parte de las diferentes estrategias tendientes al desarrollo social, económico, político y humano de los pueblos indígenas, se propone la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional, a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas. Este abordaje tiene el desafío de encontrar la unidad en el marco del reconocimiento de la diversidad de los pueblos.

La incorporación de los conocimientos, los recursos y las prácticas de los sistemas de salud indígenas, se vincula con los procesos organizativos de los pueblos indígenas, la protección de los entornos ecológicos y de los lugares sagrados, la procuración de justicia y la revisión legislativa, los programas de salud y bienestar social, el reforzamiento de las culturas indígenas y la búsqueda de nuevas formas de relación de los médicos indígenas y de los agentes comunitarios de salud con el Estado (Instituto Nacional Indigenista, 1994). En esta perspectiva, en la generación de las pautas que favorezcan esta incorporación se proponen tres áreas de acción: 1) la armonización jurídica; 2) la armonización conceptual y 3) la armonización práctica, dentro de un contexto de promoción de la interculturalidad (gráfico 12).

Gráfico 12: Sistemas de Salud – Modelos de Atención Abordaje Intercultural de la Salud



5. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud

A continuación se describe cada una de las áreas de acción, se expone un resumen de los avances y desafíos y se identifican indicadores de seguimiento y evaluación en el proceso de operacionalización de las pautas que se proponen.

Las pautas han sido concebidas a partir de los resultados de seis estudios de caso sobre los sistemas de salud indígena realizados en Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú, de varios estudios en diferentes países, de la experiencia ganada en la implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y de los mismos procesos en marcha en la Región de las Américas¹⁹.

5.1 ARMONIZACIÓN JURÍDICA

La armonización jurídica es un proceso orientado a la adaptación de los marcos jurídicos —políticas, leyes, regulaciones y normas— a las características socioculturales de los pueblos indígenas. Es decir, al establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a una atención de salud de calidad y oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

Avances

Los países de las Américas han suscrito y ratificado declaraciones, convenios, resoluciones y tratados internacionales que favorecen a los pueblos indígenas. Los mecanismos para su adopción dentro del marco jurídico nacional varían,²⁰ al igual que el grado de implementación.

En cuanto a las directrices generales y específicas que favorecen la incorporación de la perspectiva, medicinas y terapias indígenas en el quehacer de salud, tenemos al Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las Resoluciones CD37.R5 y CD. 40. R6 respectivamente (Cuadro 5 y 6).

¹⁹ Además de los documentos citados y que constan en la lista de referencias, en la Base de Datos de la Colección de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas constan publicaciones que aportan elementos importantes a la discusión que nos ocupa y pueden ser de interés para el lector. Esta colección no agota los múltiples estudios publicados y experiencias no publicadas que existen en las Américas.

²⁰ El proceso de incorporación del derecho internacional al derecho interno tiene tres modalidades, de acuerdo a tres teorías: 1) Teoría de la transformación: el derecho internacional necesita ser convertido en derecho interno. 2) Teoría de la ejecución: se requiere un acto intraestatal y la norma internacional no es transformada, permaneciendo el derecho internacional. Teoría de la incorporación: valida inmediatamente el derecho internacional en el derecho interno. En las tres modalidades siempre existe una primacía del derecho internacional (Mello, 1997).

Cuadro 5. Convenio 169 de la OIT - Parte V. Seguridad Social y Salud

Artículo 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25

1. 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.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Cuadro 6. Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 - Artículos Seleccionados

Resolución CD37.R5-OPS	Resolución CD40.R6-OPS
2. Instar a los Estados Miembros a que: 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 los servicios de salud y a la atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad. d. Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.	Resuelve: - 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. - 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.

El Convenio 169 de OIT ha sido ratificado por Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Perú. Las Resoluciones CD37.R5 y CD 40. R6 han sido ratificadas por todos los Estados Miembros de la OPS.²¹ La implementación de estos marcos jurídicos

²¹ Los Estados Miembros de la OPS son 35: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

internacionales y nacionales en los países de la Región se ha traducido en reformas constitucionales, por ejemplo, en Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay. El Cuadro 7 muestra ejemplos de los artículos constitucionales que reconocen la diversidad cultural de las poblaciones nacionales.

Cuadro 7: Ejemplos de los Artículos Constitucionales que Reconocen la Diversidad Cultural de las Poblaciones Nacionales	
Bolivia	Artículo 1. Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en República unitaria, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unidad y la solidaridad de todos los bolivianos.
Colombia	Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.
Ecuador	Artículo 1. El Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada. El Estado respeta y estimula el desarrollo de todas las lenguas de los ecuatorianos. El castellano es el idioma oficial. El quichua, el shuar y los demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas, en los términos que fija la ley.
México	Artículo 4. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomaran en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Fuente: Georgetown University. Constituciones Políticas. Base de Datos Políticos de las Américas.
<http://www.georgetown.edu/LatAmerPolitical/Constitutions/constitutions.html>

Estas directrices, además se han concretado en leyes, programas y modelos que desde unidades técnicas específicas encargadas de la salud de los pueblos indígenas abordan las necesidades de estos pueblos.²² Por ejemplo en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia,²³ Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras y Panamá. De estos países, varios incluyen a la medicina indígena dentro de sus prioridades y otros, cuentan con leyes, planes y unidades técnicas específicas en el tema. Por ejemplo, el Instituto de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud de Perú, la Resolución 10013 de Colombia, las Políticas y Estrategias 2000-2004 del Ministerio de Salud de Panamá y el Decreto Ejecutivo No 194 del 26 de agosto de 1999 por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé de Panamá. El cuadro 8 muestra el detalle de los ejemplos citados.

²² El Anexo contiene ejemplos sobre los marcos jurídicos nacionales que favorecen la atención de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.

²³ En Colombia el desarrollo legislativo ha facilitado la formulación e implementación de un modelo de atención dirigido a la atención de los pueblos indígenas del Departamento de Vaupés (Guevara G., J. 1998)

Cuadro 8: Ejemplos de Directrices que Promueven la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en los Programas Nacionales de Salud

La *Resolución 10013 de Colombia* indica que los programas de atención primaria en salud para indígenas se adapten “a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica”, de manera que “se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural”; que tales programas sean precedidos de estudios que permitan “conocer la situación cultural, socioeconómica y sanitaria” de los indígenas y “su concepción mítica de la salud y de la enfermedad”; que, con apoyo de tales estudios, se elaboren modelos que permitan “prestar servicios eficientes de atención primaria” y proponer la forma de integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina institucionalizada” (Roldán Ortega, R. 2000).

En las *Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004 del Ministerio de Salud de Panamá*, la nueva orientación de la política de salud dirigida a las poblaciones indígenas tiene como estrategia “adecuar los programas de salud en las comarcas indígenas en función de los patrones culturales de las diversas etnias”. Esta orientación incluye el “rescate de la medicina tradicional y la vinculación con las parteras y médicos tradicionales” (OPS-Estudio de Caso Panamá, 2000).

El Artículo 256 del *Decreto Ejecutivo No 194* del 26 de agosto de 1999, por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé de Panamá, incluye entre las áreas de la Dirección Médica Comarcal, la “Dirección de Medicina Tradicional”. El Artículo 257 crea la Comisión Técnica Especializada Médica Comarcal con el objeto de “armonizar y fusionar la medicina occidental con la medicina tradicional”. Los Artículos 261 y 262 se refieren a la “organización de huertos y jardines botánicos para la integración de un laboratorio científico natural cuyas plantas deberán clasificarse según su especie y propósito, así como las medicinas de origen animal” y, tal clasificación se publicará en “textos y manuales de salud para su perpetuación” (OPS-Estudio de Caso Panamá, 2000).

En Guatemala, los *Acuerdos de Paz* especifican en el numeral 8.1 los Acuerdos sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. Respecto a la Regionalización, en el Capítulo IV, literal C se indica que “tomando en cuenta que procede una regionalización administrativa basada en una profunda descentralización y desconcentración, cuya configuración refleja criterios económicos, sociales culturales, lingüísticos y ambientales, el Gobierno se compromete a regionalizar la administración de los servicios educativos, de salud y de cultura de los pueblos indígenas de conformidad con criterios lingüísticos. En el numeral 8.2 en los Acuerdos sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, sobre las Regiones, el Capítulo I, literal A, inciso 10, literal E indica: “Regionalizar los servicios de salud, de educación y de cultura de los pueblos indígenas y asegurar la plena participación de las organizaciones indígenas en el diseño e implementación de este proceso. En la sección sobre Salud, al tratar sobre la *Medicina indígena y tradicional* indica “Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas”. Respecto a la *Participación Social* especifica “Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales (incluyendo de mujeres, indígenas, sindicales cívicas, humanitarias) en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural.”

Desafíos

Aunque existe un avance en la armonización de los marcos jurídicos y ejemplos que constituyen una referencia importante para el desarrollo legislativo, persisten desafíos que deben ser tomados en cuenta.

- El marco jurídico internacional, especialmente el Convenio 169 de la OIT y las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 de la OPS establecen directrices que facilitan la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. Sin embargo, aún algunos países no han ratificado el Convenio 169 y en aquellos en los que estos acuerdos

internacionales han sido adoptados, en general, los procesos de implementación no han tenido el avance esperado.

- Existen países en los que todavía no se explicita el reconocimiento oficial del carácter multiétnico, multilingüe y pluricultural de la población nacional.
- Aunque los países han reconocido oficialmente a los pueblos indígenas, en la práctica sus saberes ancestrales y recursos curativos, han sido apartados del contexto de la cultura y cosmovisión de estos pueblos. En muchos casos, el uso de los conocimientos indígenas ha tenido un enfoque utilitarista y los beneficios de su aprovechamiento no han redundado a favor de estos pueblos.
- La falta de claridad en el tratamiento jurídico de las medicinas y terapias indígenas impide la identificación de políticas y normas acordes a su esencia. Al respecto, actualmente en los países de la Región están presentes dos posiciones en debate. Una posición aboga por la *legitimación* de la medicina y terapias indígenas, es decir, por la creación de las condiciones para el desarrollo de estos conocimientos. La otra posición apoya la *legalización*, es decir la creación de condiciones para el reconocimiento legal de las medicinas y terapias indígenas (Saltos Galarza, N. 1995; Campos Navarro, L.A., 1996). En esta línea el debate sobre los derechos de propiedad intelectual colectiva y la protección y conservación de la biodiversidad y del conocimiento indígena, se hace indispensable. La promoción de una reflexión conjunta con plena participación indígena favorecerá la identificación de los mecanismos más idóneos en la oficialización de los conocimientos, recursos y terapeutas indígenas.
- Los ejemplos en los que las organizaciones indígenas constituyen un movimiento social importante en el país están presentes en las Américas, no obstante, en general, la representatividad y legitimidad de la participación de las personas indígenas y sus organizaciones sigue siendo un reto en las diferentes instancias de decisión y ejecución.
- Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos, han tenido una trascendencia indiscutible en los avances legislativos que favorecen el desarrollo de sus pueblos, por ejemplo, en materia de educación y titulación de tierras. Sin embargo, el área de la salud, en términos de acceso a una atención de salud de calidad y el reconocimiento de las contribuciones de sus conocimientos a la salud de la población todavía tiene un desarrollo incipiente en las agendas de las organizaciones indígenas.

Armonización Jurídica: Lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
Los convenios, declaraciones y resoluciones internacionales determinan directrices comunes que facilitan la identificación de prioridades y estrategias en el abordaje de problemas comunes. Al respecto, en referencia al cumplimiento de los compromisos internacionales presentes en el Convenio 169 de la OIT y particularmente de las Resoluciones CD37.R5 y CD40. R6 de la OPS, es necesario promover mecanismos de comunicación y coordinación que faciliten la cooperación entre los organismos internacionales y entre los países, y que faciliten la difusión de la información sobre la experiencia ganada en el mejoramiento de la atención de los pueblos indígenas.	- Número de países que presentan informes de progreso en la implementación de las Resoluciones CD37.R5, CD40. R6, particularmente en los artículos referentes a la incorporación de la medicina indígena en el desarrollo de modelos alternativos de atención y en el abordaje de las barreras culturales que impiden el acceso a la atención de salud proporcionada por los gobiernos. - Número de proyectos nacionales, locales y de cooperación técnica entre países que promueven la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional. - Incorporación del abordaje de las medicinas y terapias indígenas en las agendas políticas, agendas de las agencias y de los organismos de cooperación internacional. Por ejemplo, gobiernos nacionales, gobiernos seccionales, agencias del sistema de las Naciones Unidas, Parlamentos Internacionales, etc.
El reconocimiento oficial de la existencia y vigencia de los pueblos indígenas es indispensable en la generación de estrategias que permitan el abordaje de la perspectiva, medicina y terapias indígenas en un contexto de respeto a la cultura, cosmovisión, el idioma e historia de estos pueblos. En este sentido, es primordial facilitar un proceso de coordinación entre el poder ejecutivo, legislativo y judicial y otros sectores interesados, con los propios representantes indígenas, que cree las condiciones, para la revisión y/o formulación y/o aplicación de los marcos jurídicos que favorezcan la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.	- Principios constitucionales contemplan el reconocimiento del carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe de la población nacional, y en este contexto, el reconocimiento de los pueblos indígenas, su cultura, cosmovisión y saberes ancestrales. - Países presentan un documento de posicionamiento respecto a la legitimación o legalización de la medicina y terapias indígenas, a los derechos de propiedad intelectual colectiva y a la conservación y protección de la biodiversidad y el conocimiento indígena.

Armonización Jurídica: Lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
La participación activa y sistemática de los pueblos indígenas en los espacios de concertación y toma de decisiones, a través de sus representantes, determinará la legitimidad y apropiación de los procesos que los involucra. En el área que nos ocupa, la intervención y asistencia de los terapeutas indígenas y de los usuarios indígenas de los diferentes sistemas de salud es de especial importancia. Al respecto, es trascendental el fomento de acciones que a la vez que aportan al fortalecimiento y desarrollo de los procesos organizativos de los pueblos indígenas, amplían los espacios de concertación y negociación dentro de las instancias gubernamentales responsables del mejoramiento de la atención de salud.	- Comisiones Técnicas, Unidades Técnicas, Grupos de estudio o comisiones interprogramáticas internas en los Ministerios de Salud, Parlamentos y otras instancias gubernamentales cuentan con miembros y participantes indígenas. - Número de asociaciones de terapeutas indígenas con vínculos con los sistemas y servicios de salud convencionales - Organizaciones indígenas que incluyen en sus agendas el abordaje de la salud

5.2 ARMONIZACIÓN CONCEPTUAL

La armonización conceptual es un proceso orientado al reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud.²⁴ Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales, con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto.

Avances

El reconocimiento de las limitaciones del sistema de salud convencional, sumado a la creciente preocupación por abordar las necesidades de las poblaciones excluidas, entre ellas de las poblaciones indígenas, principalmente en la periferia de las ciudades y entre la población rural y dispersa, han llevado a los países a promover acciones para entender la problemática de salud en estos contextos. La colaboración interdisciplinaria de las ciencias de la salud y las ciencias sociales ha establecido un interés

²⁴ Existe una tendencia generalizada de reducir los aportes de los sistemas de salud indígenas a las estrategias curativas representadas por las plantas medicinales. Sin desconocer el invaluable aporte de los conocimientos etnobotánicos de los pueblos indígenas, inclusive en la ampliación de la farmacopea convencional, es importante recalcar que, además de las plantas medicinales, en los sistemas de salud indígenas existen otros recursos curativos y estrategias de prevención, rehabilitación y promoción de la salud desde una perspectiva holística. En este sentido el desarrollo conceptual tomará en cuenta el estudio de las plantas medicinales y otros recursos terapéuticos dentro del contexto de la cultura y cosmovisión de los pueblos y como una estrategia para el desarrollo de estos pueblos y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de toda la población.

progresivo en la investigación antropológica, etnográfica y etnobotánica aplicada al quehacer de salud, determinando la ampliación de marcos conceptuales.

La tendencia mundial que promueve la humanización de la práctica médica y la aplicación de terapias y medicinas complementarias y alternativas, ha facilitado la consideración de dimensión social y espiritual que tienden al bienestar individual y colectivo. En este contexto, el rol de los mismos pueblos indígenas en la sensibilización de las instancias gubernamentales, instituciones académicas y público en general, respecto a la existencia de “otros” paradigmas, conceptos y formas de ver el mundo, es innegable.

De acuerdo a los avances conceptuales a partir de los resultados de los estudios de caso sobre medicina indígena,²⁵ se puede afirmar que aunque los procesos son diferentes en los países, es posible ver una cosmovisión común que fundamentalmente entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Sin embargo, como los pueblos no están aislados, junto a las enfermedades de etiología de filiación cultural, están aquellos desequilibrios producidos por las causas que son entendidas desde los paradigmas convencionales como son las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con las sociedades envolventes. En la restauración de los equilibrios perdidos, buena parte de los estudios, precisamente, apunta a poner de relieve la armonización necesaria entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

Las especificidades de los pueblos estudiados en los seis estudios de caso serían las siguientes. Los Mapuches de Chile evalúan y autoevalúan el estado de salud en la comunicación diaria. Además, es interesante resaltar que el mundo Mapuche reconoce cuatro estadios en su mundo, con la identidad enraizada en relación directa con estos estadios. Los Maya de Guatemala, por su parte, reconocen ciertas dualidades tanto en el sexo de las deidades como en algunas oposiciones relevantes como el frío y el calor o lo alto y lo bajo. Estas dualidades parecen ser también relevantes en el caso de los Nahuats de El Salvador y los Quechuas de Perú. Además, éstos últimos, estudiados exclusivamente en referencia al parto presentan una serie de características de luz, calor y verticalidad propias del momento. Los Garífunas de Honduras tienen la característica especial del culto a los ancestros. Para evitar sus castigos el sacerdote, Buyei, dirige una serie de rituales comunitarios de comida, danza y símbolos. La característica específica de los Ngöbe-Buglé de Panamá es la importancia de los sueños. Para evitar los maleficios que pueden derivar de ellos, el sacerdote, Sukia, trata por todos los medios de vencer al espíritu del mal, llamado Nicorare. Estas especificidades, presentan desafíos en la provisión de la atención de salud en los espacios geográficos específicos donde habitan estos pueblos.

En la práctica, los resultados de varios estudios, análisis y discusiones con representantes indígenas han puesto de manifiesto la incongruencia de la organización y provisión de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales. A partir de estas discusiones varios países se han planteado la necesidad de formular modelos alternativos de salud basados en el mejor conocimiento de las características, visión y recursos de la población beneficiaria, en este caso de los pueblos indígenas. Por ejemplo, Colombia en el Departamento de Vaupés²⁶ y Nicaragua²⁷ en la Región Autónoma del Atlántico Norte.

²⁵ Los estudios de caso sobre medicina indígena fueron realizados en Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú. Los documentos están en edición y serán incorporados a la Serie Salud de los Pueblos Indígenas.

²⁶ En Colombia, el modelo aplicado en el Departamento de Vaupés incorpora las características socioculturales, la medicina, prácticas y recursos de los pueblos indígenas Tucano, Wanano, Piratapuya, Bara, Tuyuca, Pisamira, Desano, Siriano, Carapana, Tatuayo, Macuna, Barasana y Taiwano que habitan en esta zona (Guevara G., J. 1998)

²⁷ En Nicaragua, a raíz de la implementación del modelo autonómico en la administración del gobierno, el Consejo Regional Autónomo de la Región Autónoma del Atlántico Norte, por medio de la Comisión de Salud, asumió el reto de diseñar un modelo

Desafíos

El avance en el desarrollo conceptual ha facilitado las acciones en favor de los pueblos indígenas tanto desde el nivel regional, como nacional y local, sin embargo, cabe puntualizar los siguientes desafíos que todavía no han sido resueltos.

La heterogeneidad étnica, cultural y lingüística de los más de 400 pueblos indígenas que conforman la población de las Américas dificulta la adopción de una sola estrategia en el mejor conocimiento de estos pueblos.

Varios países han adoptado la postura de que no tienen pueblos indígenas, o que todos sus ciudadanos tienen los mismos derechos y deberes y por lo tanto las mismas oportunidades de acceso a la atención de salud; argumentan que no hay necesidad de dirigir su atención a un grupo étnico específico (OPS, 1998a).

La tendencia de considerar el conocimiento indígena como un conocimiento no científico prevalece en el ámbito académico. El conocimiento, actitudes y prácticas de estos pueblos no han sido incorporados suficientemente ni en los análisis de salud, ni en la identificación de estrategias de atención a esta población. El desafío de la salud pública es traducir la información sociocultural en una información práctica que contribuya al mejoramiento del acceso de los pueblos indígenas a una atención de calidad.

En cada uno de los países de la Región de las Américas existen un número considerable de publicaciones sobre la cultura, la cosmovisión, la organización y los estilos de vida de los pueblos indígenas, sin embargo, la utilidad que se le ha dado a este conocimiento en el ámbito de la salud es limitada.

Aunque se puede afirmar que la esencia de la cosmovisión indígena se ha mantenido a través del tiempo, los procesos históricos lejanos y recientes han configurado la práctica de las medicinas y terapias indígenas. De acuerdo al entorno, los conocimientos y prácticas de origen indígena prehispánico, en algunos casos, tienen influencia de la medicina popular hispánica y negra –africana. Se expresa oralmente, se aprende empíricamente, se transmite a través de enseñanza, iniciación, herencia o revelación por seres sobre naturales, cuya lógica va más allá de entender la salud y la enfermedad restringida al funcionamiento corporal y se rige sobre un sustento mítico-religioso e ideológico. El conocimiento indígena debe ser entendido no como saber estático, ni atávico, sino como un conocimiento dinámico que se actualiza y sincretiza permanentemente (OPS, 1999; Ministerio da Educação, Secretaria de Educação a Distancia, 1999).

Armonización Conceptual: Lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
La incorporación de la perspectiva, medicina y terapias indígenas, además del reconocimiento oficial de estos pueblos, requiere entre otros	Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.

de salud que pudiese corresponder a las necesidades de los pueblos Miskito, Sumu-Mayangna, Criollo y Mestizo (Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, 1996).

Armonización Conceptual: Lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
aspectos, de la caracterización sociocultural, demográfica y epidemiológica de la población indígena en los diferentes espacios geográficos. Es decir en el ámbito regional, nacional y local de acuerdo a las características particulares de cada país. Al respecto, y en la necesidad de ubicar a la población indígena, en el marco de los procesos de descentralización, se recalca la importancia de incorporar en los análisis de salud y en la identificación de prioridades, la proporción de población indígena, su distribución por edad y sexo y la pertenencia étnica específica, de igual manera es importante el conocimiento de la organización social, cosmovisión, estilos de vida, perfil epidemiológico que los afecta y en muchos casos, el idioma nativo.	▪ Datos demográficos que además del número de personas indígenas incluyan la distribución por edad, sexo. ▪ Datos sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades que predominan en esta población. ▪ Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistema de creencias y valores que influyen sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los procesos de salud y enfermedad, tomando en cuenta las diferentes estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud, desde la perspectiva indígena.
▪ En la ampliación de los marcos conceptuales y de los instrumentos y metodología convencionales se requiere que la investigación recobre su papel de crítica continua de las prácticas habituales, confrontando las mismas con los resultados concretos que se logran en la práctica en la atención de la salud de las poblaciones excluidas, en este caso de los pueblos indígenas. En el caso específico de los pueblos indígenas las cuestiones éticas son relevantes. Los criterios para proceder con la investigación deberán definirse en consenso con las organizaciones indígenas locales	▪ Presencia de equipos de investigación multidisciplinarios que incorporen investigadores, representantes, líderes y terapeutas indígenas. ▪ Estudios que permitan la comprensión de la dinámica de participación social; los determinantes de salud; los factores de riesgo; los sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud, las actitudes, conocimientos y prácticas respecto a su preferencia en la atención convencional y a enfermedades, causas y tratamientos específicos. ▪ Instrumentos y metodología que apoyen la incorporación de la perspectiva indígena en la investigación cualitativa y cuantitativa. ▪ Instrumentos y metodología que apoyen la incorporación de la perspectiva, medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. ▪ Instrumentos y metodología que apoye la investigación sobre la eficacia y seguridad de las prácticas y procedimientos de los sistemas de salud indígenas.

5.3 ARMONIZACIÓN PRÁCTICA

La armonización práctica está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

Avances

En 1999, con el apoyo de las Representaciones de OPS/OMS en Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Chile, Nicaragua, se realizó una búsqueda de aquellas instituciones que ofrecían programas o cursos de capacitación de recursos humanos que enfatizaran en el conocimiento sociocultural de la población beneficiaria. El cuadro 9 ilustra la información obtenida. Las conclusiones generales fueron que, los centros académicos y las experiencias contactadas no incluyen en el contenido de los programas de estudios de una forma continua, el conocimiento del contexto sociocultural de la población que va a ser atendida por los recursos humanos que acuden a estas instituciones.

Cuadro 9: Información sobre Programas de Capacitación que Incluyen Información Sociocultural		
País	Institución Académica	Información Obtenida
Ecuador	▪ Universidad Andina Simón Bolívar ▪ Universidad de Bolívar, Escuela de Educación y Cultura Andina ▪ Centro Andino de Acción Popular (CAAP) ▪ Escuela de Medicina de la Universidad de San Francisco de Quito ▪ Universidad Central del Ecuador, Escuela de Medicina ▪ Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Escuela de Medicina	▪ Seminarios esporádicos sobre medicina tradicional ▪ Sede de eventos sobre asuntos indígenas ▪ Taller para la incorporación del tema de la salud en la formación de los profesores indígenas en las escuelas de educación bilingüe intercultural ▪ Herbario ▪ Experiencia en la capacitación de promotores indígenas. Análisis sobre las condiciones de salud de la población indígena y campesina de la Sierra ▪ Materiales Educativos ▪ Cursos sobre salud y desarrollo comunitario integral y Antropología Médica ▪ Sede de los proyectos UNI. Participación de los estudiantes de medicina en la atención médica en tres dispensarios urbanos marginales. Salud comunitaria.

Cuadro 9: Información sobre Programas de Capacitación que Incluyen Información Sociocultural		
País	Institución Académica	Información Obtenida
		▪ Antropología Médica ▪ Salud Comunitaria ▪ Experiencias prácticas de los estudiantes en la comunidad
Colombia	▪ Universidad de Antioquía, Facultad de Enfermería, Departamento de Extensión y Post-gradados	▪ Maestría en Salud Colectiva, experiencia en investigación desde 1984. Equipo multidisciplinario de investigación. Áreas de énfasis: salud materno-infantil indígena, educación en salud y formación de recursos humanos: profesionales de salud y promotores. Enfoque de género y etnia
Nicaragua	▪ Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa del Caribe Nicaragüense ▪ Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud ▪ Universidad BIKU ▪ Acción Médica Cristiana	▪ Maestría en Salud Pública Intercultural ▪ Estudiantes mayoritariamente indígenas. Interés por la formación de RRHH en la interculturalidad ▪ Interés en la formación de RRHH en la interculturalidad, investigaciones que apoyan el enfoque intercultural ▪ Interés en la formación de RRHH en la interculturalidad ▪ Programas de capacitación de RRHH en la interculturalidad
Bolivia	▪ Centro para el Desarrollo de la Gerencia Social ▪ Fuerza Naval Boliviana ▪ Escuela Técnica de Salud Boliviano-Japonesa	▪ Interés en la formación de RRHH en la interculturalidad ▪ Interés en la formación de RRHH en la interculturalidad ▪ Programa de educación para Auxiliares de Enfermería basado en el calendario agrícola. Estudiantes indígenas en su mayoría
Chile	Servicio de Salud de la Araucanía Programa de Salud Mapuche (PROMAP)	Experiencia desde el servicio de salud con promotores indígenas como intérpretes y sensibilización del personal de salud. Apoyo en el curso de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de la Frontera

Cuadro 9: Información sobre Programas de Capacitación que Incluyen Información Sociocultural		
País	Institución Académica	Información Obtenida
	Universidad de la Frontera Hospital Makewe-Pelale, Temuco	Talleres sobre aspectos socio-culturales y ambientales que influyen en la salud y en el cuidado de la salud de la comunidad Cursos que incluyen conocimientos del contexto sociocultural de la población Mapuche. Programa Amuldugum con facilitadores interculturales. Farmacia incluye medicinas tradicionales Mapuche

En los informes sobre la III Evaluación de las Metas de Salud para Todos en el año 2000 varios países: Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, plantearon como principales obstáculos para el acceso²⁸ y utilización²⁹ de la atención de salud las barreras geográficas y culturales, es decir la falta de conocimiento del contexto sociocultural de la población por parte de los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de la población.

El interés por conocer las razones por las cuales los usuarios no acuden a los servicios de salud que están accesibles a sus comunidades, ha llevado a la realización de estudios cualitativos en varios países.³⁰ Entre los problemas que los usuarios identifican en la atención de salud, se podrían mencionar: horarios de atención inadecuados y falta de atención; falta de medicamentos e insumos, referencia y contrarreferencia defectuosa; falta de personal profesional y de apoyo; trabajo extramural muy limitado; maltrato al paciente; déficit de infraestructura y equipamiento; ausencia de participación directa de la comunidad en el quehacer sanitario; falta de organización de los agentes locales en la salud de la población. Aunque podemos citar experiencias, la repercusión práctica de esta información en el ámbito de los sistemas y servicios de salud convencionales necesita ser desarrollada.

Por ejemplo, el Subsistema de Atención de la Salud Indígena de Brasil tiene equipos multidisciplinarios que recibe un entrenamiento introductorio el cual contempla conceptos antropológicos, análisis del perfil epidemiológico de la región y capacitación que los habilita a participar en la formación de los agentes indígenas de salud.

²⁸ En cuanto al *acceso*, la definición disponible se refiere en términos de acceso geográfico, estableciendo que la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a una hora, usando el medio de transporte más utilizado por la comunidad. Sin embargo, creemos necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

²⁹ Para el caso de este documento, por *utilización* se entiende como el grado de uso de un servicio de fácil acceso geográfico y que cuenta con el personal e insumos suficientes.

³⁰ Entre los ejemplos de los estudios que tratan de comprender la calidad desde la perspectiva del usuario podemos citar: Freyermuth G. Carpeta Informativa: Muerte Materna en el Municipio de San Pedro de Chenalho. San Cristóbal de las Casas, México, 1996; Frisancho A, Masala G, Motta F, Jhonson J, Garrido E. Salud Comunitaria en el Ande Peruano: Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural. Perú, 1993; Sola, J. Condiciones de Salud de la Población Campesino-Indígena de la Sierra. Centro Andino de Acción Popular (CAAP), Quito, Ecuador, 1995).

Así mismo, en la estructura del Subsistema de Atención de Salud Indígena de Brasil, los Consejo Locales y Distritales de Salud Indígena tienen un rol muy importante. Los Consejos Distritales tienen como atribución fundamental la aprobación del Plan Distrital de Salud y el acompañamiento y evaluación de su ejecución y de la aplicación de los recursos. Los Consejos Locales están formados por representantes de las comunidades indígenas, incluyendo los líderes tradicionales, los caciques y los médicos tradicionales (Pajés), que serán escogidos por los miembros de sus propias comunidades y que tendrán como atribución principal la identificación de las necesidades de salud específicas de sus pueblos (FUNASA, 2001).

Por otra parte, existen experiencias desde instancias gubernamentales y no gubernamentales que promueven la relación armónica entre los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional. Por ejemplo, los hospitales mixtos regentados por el Instituto Indigenista de México y Jambi-Huasi de Otavalo, Ecuador, respectivamente.³¹

Desafíos

Entre los países de la Región existe un interés creciente por la aplicación de los conocimientos adquiridos en la atención de la salud de los pueblos indígenas y de una base de desarrollo teórico y práctico. Los siguientes desafíos se identifican en la efectivización de la utilidad concreta de los resultados de investigaciones y experiencias desarrolladas, en el ámbito académico y de los sistemas y servicios de salud.

El desarrollo de recursos humanos constituye uno de los ejes prioritarios de los planes nacionales de salud y de los procesos de reforma sectorial y se entiende como una estrategia básica para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Sin embargo, la participación directa de la comunidad, de la universidad, de las facultades de ciencias de la salud en la organización y provisión de los servicios de salud que recibe la población es, en general, todavía incipiente.

El perfil educacional, es decir los conocimientos, habilidades, competencias y actitudes que se requieren para llevar a cabo las funciones que demanda el perfil ocupacional del personal de salud, no corresponde a las funciones a las que están destinados. Mientras el perfil educacional se orienta principalmente para ejercer una labor práctica dentro de un componente asistencial de prestación de servicios, las responsabilidades y funciones de este personal, particularmente en el caso de los médicos cuando tienen que enfrentar la realidad de ejercer su práctica, sus acciones deben dirigirse a la gestión y administración del servicio de salud, promoción del desarrollo comunal y la participación comunitaria; capacitación de recursos humanos del establecimiento y de la comunidad; investigación operativa de la realidad local de salud, por lo general, en un contexto multicultural.

La medicina basada en los principios biomédicos, en general, es una medicina resolutoria y reparadora. El carácter reparador de la práctica conlleva también la utilización masiva de medicamentos, debido a que las buenas disponibilidades de farmacia, la libertad de prescripción en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y, sobre todo, la necesidad de dar una respuesta inmediata a los requerimientos y quejas del paciente, conducen a la receta y medicalización. Ante la urgencia de curar y resolver los casos, las actividades preventivas de rehabilitación y de promoción de la salud que cumplen los servicios médicos, son limitadas (Estrella, 1982).

³¹ En el Ecuador, la Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura (FICI), coordina y administra las acciones de la Jambi Huasi (palabras quechuas que significan casa de salud). Este centro proporciona atención médica en quechua (idioma nativo) y castellano, combina la medicina convencional y la medicina indígena en la atención médica y cuenta con profesionales indígenas capacitados en la medicina convencional (médicos, enfermeras, dentistas) y terapeutas indígenas (yachac, partera, fregador).

Los mecanismos de supervisión, seguimiento y evaluación técnico-administrativa del desempeño de estos recursos humanos no son suficientes. El resultado es una débil estructura de administración de personal que ofrece pobres o inexistentes incentivos, no contribuye a fortalecer ni el compromiso de los trabajadores, ni su capacidad técnica, y termina por reforzar la distribución inequitativa y la baja productividad del personal de salud.

El desconocimiento y la poca apreciación al uso y a la capacidad resolutoria de las medicinas y terapias indígenas por parte del sector oficial, la presencia de vacíos legales o instrumentos legales y códigos que descalifican o proscriben dichas prácticas, la falta de comprensión y respeto de esta medicina como parte integral de la cultura y cosmovisión indígena, han dejado de lado a un recurso comunitario importante y vigente, tanto en poblaciones indígenas como no indígenas, en la formulación de los modelos de atención.

La presencia de prácticas nocivas, por ejemplo, la utilización de sustancias y/o “instrumental” contaminado en heridas abiertas, la mala práctica médica, los efectos colaterales de los medicamentos, la iatrogenia, etc., son puntos en los que se insiste al describir las medicinas y terapias indígenas. De hecho, estos aspectos deben ser tomados en cuenta en los sistemas de salud indígenas y en el sistema de salud convencional.

Armonización Práctica: lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
- La formación y desarrollo de recursos humanos técnicamente idóneos y capaces de proporcionar una atención de salud oportuna, eficaz y culturalmente apropiada, es importante en la formulación e implementación de modelos sustentados en marcos jurídicos y políticas debidamente financiadas en el mejoramiento del acceso y la calidad³² de la atención ofrecida por los gobiernos a la población de las Américas, particularmente a los pueblos indígenas de la Región. Al respecto se propone facilitar la capacitación y profesionalización de personas indígenas y la revisión y adaptación de los programas de formación y desarrollo de los recursos humanos de la salud dedicados al fortalecimiento de las capacidades gerenciales, políticas, administrativas y técnicas. Esto supone el fortalecimiento de la coordinación entre los Ministerios de Salud (instancias administrativas, gerenciales y de provisión de servicios de salud) con las instancias educativas y académicas y la incorporación de conocimientos que faciliten: - la comprensión del contexto sociocultural de	- Número de personas indígenas en los programas de formación y desarrollo de recursos humanos. - Número de personas indígenas con cargos en la estructura de los sistemas y servicios de salud. - Los programas de formación y desarrollo de los recursos humanos de la salud incluyen contenidos, por ejemplo, referentes a: - Los procesos históricos de las Américas y las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de la Región - Acceso y calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios indígenas del sistema convencional de salud - El enfoque intercultural en los procesos de Reforma del Sector Salud y el análisis de las repercusiones en la atención de la salud los pueblos indígenas - La pertenencia étnica/cultura como una variable de análisis en la identificación de prioridades

³² La calidad implica que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida) (OPS, 1997).

Armonización Práctica: lineamientos estratégicos e indicadores de proceso	
Lineamientos estratégicos	Indicadores de proceso
los pueblos indígenas de tal manera que permita la interacción adecuada y efectiva del profesional con las personas de diversas culturas, de diverso nivel educacional, profesional y estilos de vida diferentes; - la comprensión del rol de los factores culturales, sociales y de comportamiento en el proceso de las enfermedades, en la prevención de las mismas, en la promoción de estilos saludables de vida y en la organización y provisión de servicios de salud; - el desarrollo y adaptación de políticas, planes, programas e intervenciones tomando en cuenta las diferencias socioculturales de la población.	- La pertenencia étnica/cultura como una variable de análisis en la adaptación de programas de salud dedicados a poblaciones multiculturales. - La cosmovisión y culturas indígenas - Componentes de los sistemas de salud indígenas: recursos terapéuticos y terapeutas - Desafíos en la operacionalización del enfoque integral de la salud - Reflexiones sobre la biodiversidad, propiedad intelectual, prácticas y ejercicio de la medicina tradicional. - Henito-epidemiología - Investigación con pueblos indígenas
La revisión de los estándares de calidad y de la capacidad resolutoria del sistema de salud convencional determinará la identificación de sus fortalezas y limitaciones. Al respecto, en la organización y provisión de sistemas y servicios es importante contar con estrategias que faciliten la consideración de las barreras económicas, sociales y culturales que impiden el acceso de la población indígena a la atención de salud y el mejoramiento del desempeño del personal de salud, la adaptación de los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud.	- La atención de salud incorporan estrategias que facilitan la comunicación personal de salud-paciente, personal de salud-comunidad dentro de los códigos y los idiomas de los pueblos indígenas; - La atención de salud incorpora estrategias para el “acercamiento” de la atención de salud a la comunidad. Por ejemplo, actividades extramurales, brigadas itinerantes periódicas. - La atención de salud considera los estilos de vida, el conocimiento y los sistemas de creencias y valores de los pueblos indígenas en la preparación del personal de salud y en las estrategias de atención a la comunidad. Por ejemplo, en la adaptación de los horarios de atención, en la organización del espacio físico, en la organización de huertos de plantas medicinales, en la incorporación de las plantas medicinales dentro de la lista de medicamentos básicos, en la capacitación multidireccional y compartida de los proveedores de salud del sistema convencional y de los sistemas indígenas.

La problemática indígena es compleja. El abordaje académico e institucional de esta problemática ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, la identidad y la cosmovisión de estos pueblos. La aplicación efectiva de la perspectiva holística de los pueblos indígenas en los sistemas de salud, con el objetivo de mejorar la salud de los pueblos indígenas a partir de la experiencia milenaria de estos pueblos, requiere el compromiso y responsabilidad política de los países y organismos internacionales en el

impulso de procesos de trabajo multisectoriales y multidisciplinarios donde los pueblos indígenas, como actores sociales, tengan participación plena.

6. Referencias

- Campos Navarro, L. A. Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia. Tesis de doctorado en Antropología. Universidad Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras. Ciudad Universitaria, México. 1996
- Cross N, Bagron, Dennis, and Isaacs, 1989 en Pinderhughes, 1989 en "The Delivery of Child Welfare Services to African American Clients", USA, 1992
- Cunningham, M. "Universidades indígenas e identidad cultural. URACCAN: Una experiencia de universidad intercultural" en CONCULTURA. Una visión indígena hacia el futuro. Memoria de la segunda jornada indígena Centroamericana sobre tierra, medio ambiente y cultura. San Salvador, El Salvador, del 26 de julio al 1 de agosto de 1999.
- Declaración de Alma Ata. numeral VI. Kazajstán – Antigua URSS, 1978.
<http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm#Declaracion>.
- Estrella, E. Medicina y estructura socio-económica. Editorial Belén. Quito, Ecuador, 1984.
- Esterman, J. Filosofía andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina en Yánez del Pozo, J. Yanantin. La filosofía dialógica intercultural del Manuscrito de Huarochiri. Abya-Yala, Quito, Ecuador. 2002
- Fundación Nacional de Salud, 2001. <http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm#2>
- Georgetown University. Constituciones políticas. Base de datos políticos de las Américas.
<http://www.georgetown.edu/LatAmerPolitical/Constitutions/constitutions.html>
- Guevara G. J. En busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas. La experiencia del Vaupés. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Mitú, mayo, 1998.
- Instituto Nacional Indigenista. Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana. Vol I. México, DF, México, 1994.
- Ministerio da Educação, Secretaria de Educação a Distancia. Cadernos Da TV Escola. Índios no Brasil. Brasília, Brasil, 1999.
- Mello, C. A. Direito Internacional Público. Inovar, Río de Janeiro, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe del grupo de trabajo sobre medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Washington, DC, 15-16 de noviembre de 1999.
- Organización Mundial de la Salud. La OMS como Organización
http://www.who.int/m/topicgroups/who_organization/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud. Misión de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, DC, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, DC., 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa salud de los pueblos indígenas. Informe de progreso. Serie Salud de los Pueblos Indígena No. 8. Washington, DC., 1998a.
- Organización Panamericana de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 12. Washington, DC., 1998b.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 13. Washington, DC, 1999.

- Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No 6. Washington, DC., 1997
- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud, HSS/SILOS-26. Washington, DC., 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Quechuas de Perú. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 18. Washington, DC., 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Maya de Guatemala. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 15. Washington, DC., 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Garífuna de Honduras. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 17. Washington, DC., 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Mapuche de Chile. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 16. Washington, DC., USA. 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Ngöbe-Buglé de Panamá. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 14. Washington, DC. USA. 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Nahuat Pipil de El Salvador. San Salvador, 2002.
- Ortega Caverro, D. Thesaurus. Gran Sopena de Sinónimos y Asociación de Ideas. Diccionario Analógico de la Lengua Española. Editorial Ramón Sopena, S.A. Provenza, 95. Barcelona, España, 1991.
- Pacari, N. Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. Conferencia presentada en la Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas realizada en Quito, Ecuador, del 25 al 27 de noviembre de 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Volumen 2, edición 1998. Washington, DC., 1998.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Editorial Espasa-Calpe, S.A.. Madrid, 1992.
- Roldán Ortega, R. Pueblos indígenas y leyes en Colombia. Aproximación crítica al estudio de su pasado y su presente. Tercer Mundo Editores. Colombia, 2000.
- Rojas, R., 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 y Honduras. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No 11. OPS-Washington, D.C., USA, 1998.
- Salto Galarza, N. Indios, derecho consuetudinario y salud. Organización Panamericana de la Salud. Quito, Ecuador, 1995.
- Sánchez-Salame, G. Sobre la ética y los ambientes subjetivos en el primer nivel de atención para crear el espacio armonizante. 2002.
- Stavenhagen R. Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 1992, 15.
- Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. El modelo de salud de la región autónoma del Atlántico Norte. Managua, Nicaragua, 1996.
- Valdivia P. O, Hampicamayoc, Medicina folclórica y su substrato aborígen en el Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú, 1986.

- Whitehead, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990 en Cooperation of the Pan American Health Organization in the Health Sector Reform Processes. PAHO, 1997.
- World Health Organization. Traditional Medicine. Fact Sheet No 134. September, 1996. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact134.html>.
- Word Office, Thesaurus. 2000.
- Yáñez del Pozo J. "Sinchi Runami cani (Soy un hombre fuerte): Filosofía de un vendedor indígena en Estados Unidos" en Nagy-Zegmi S.(Ed.), Pensamiento Neoindigenista Andino: Identidades en transformación. Editorial Abya-Yala, Quito, Ecuador, 2000.
- Health Restoration According To Intercultural Andean Philosophy. Washington, DC, USA. 2001.
- Yanantin. La filosofía dialógica intercultural del Manuscrito de Huarochiri. Abya-Yala, Quito, Ecuador. 2002

7. Anexo

- Ejemplos sobre los marcos jurídicos nacionales que favorecen la atención de la salud de los pueblos indígenas de las Américas
- En Bolivia la Ley 1551 de Participación Popular creada por Decreto Supremo No. 24237 entre otros puntos establece que los recursos para la administración de la infraestructura de salud se asignan a los Gobiernos Municipales y que las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas participaran en las Decisiones sobre su asignación, uso y control.
- En Brasil, en 1999 el Ministerio de Salud, por intermedio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), asumió todas las actividades de prevención y atención médica a la población indígena. En sus principios propone el respeto a las características socioculturales y a los sistemas tradicionales de salud de estos pueblos.
- En Colombia la Ley 100, en el Artículo 181 cuando se refiere a tipos de Entidades Promotoras de Salud indica que la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, a las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.
- En Ecuador, la creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena, como indica el Señor Ministro de Salud de Ecuador en una comunicación enviada a OPS, constituye una de las primeras acciones en el contexto de la armonización de las estructuras y funciones del Ministerio de Salud Pública a los preceptos constitucionales que garantizan el desarrollo y reconocimiento de la medicina tradicional.
- En El Salvador, los esfuerzos por visibilizar la problemática de salud de los pueblos indígenas ha permitido la participación de los representantes indígenas en los planes y estrategias de atención de salud de sus pueblos.
- En Guatemala, el Gobierno de la República formuló las Políticas de Salud 2000-2004 que incorporan, orientan y apoyan los aspectos de la Reforma del Sector Salud y los Compromisos adquiridos en los Acuerdos de Paz. Estas políticas explicitan priorizar la salud de los pueblos mayas, garífunas, y xinca, con énfasis en la mujer indígena.
- En Guyana, los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad se hallan trabajando con los niños de las comunidades rurales y en la región Rupununi como un esfuerzo intersectorial.
- En Honduras, en 1994 el Ministerio de Salud, creó el Departamento de Atención a las Etnias, y se encuentra implementando un plan que se basa en los compromisos adquiridos por Honduras al ratificar el Convenio 169 de la OIT, las Resoluciones como Estado Miembro de la OPS y en la Ley de Conservación del Patrimonio Nacional.
- En Panamá, las autoridades panameñas han priorizado el apoyo al desarrollo de los pueblos indígenas al colocar esta problemática como una de las diez prioridades de la Agenda Social para el período 1999-2004. Para asegurar el cumplimiento de las acciones previstas en la Agenda Social, en 1999, el Ministerio de Salud creó la Sección de Salud de Pueblos Indígenas en la Dirección de Promoción de la Salud y formuló la Iniciativa para el Desarrollo de las Poblaciones

Indígenas de Panamá cuyo objetivo es: “Contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población Ngobe-Buglé, Emberá-Wounaan, Kuna, Naso y Bri-Bri, y de su medio ambiente, a través del desarrollo de políticas y estrategias dirigidas a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud con un enfoque intercultural.”

- En Perú la ampliación de cobertura hacia zonas con población indígena se ha dado a través del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). En este servicio la investigación y la educación a distancia desde la Escuela Nacional de Salud Pública, las universidades, los colegios profesionales y otras instituciones tiene especial importancia.
- En 1990 por Decreto Legislativo #584 y Decreto Supremo # 002-92 SA se creó el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) dentro del Ministerio de Salud de Perú.
- En Venezuela, desde 1996 desde el CENASAI, Sociedad Civil para el Control de las Enfermedades Endémicas y Atención Sanitaria al Indígena se ha puesto en práctica el Proyecto de Atención Sanitaria al Indígena (ATSAI) iniciando las acciones y actividades destinadas a promover la salud individual y colectiva en las comunidades indígenas situadas en el sur del Estado Bolívar, con un objetivo general: "contribuir a mejorar la calidad de vida, interviniendo fundamentalmente en el área de salud".