



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the



WORLD HEALTH ORGANIZATION



CANADIAN SOCIETY FOR INTERNATIONAL HEALTH /
LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE SANTÉ INTERNATIONALE



*Villa Maria, Winnipeg, Canada
April 13-18, 1993*

INDICE

Prefacio	iii
CAPITULO I: Recomendaciones Finales	
Preámbulo	1
Principios	2
Considerandos	2
Recomendaciones	3
Sobre Políticas de Salud	3
Sobre los recursos humanos	5
Sobre investigación	5
Sobre programas y proyectos de salud en regiones y comunidades indígenas	6
Sobre el seguimiento a las resoluciones de la Reunión de Trabajo	7
Comisión Monitora	8
CAPITULO II: Contenido del Programa	
Objetivos	9
Bienvenida	
Organización	
Comité de Planificación	
Comité Consultivo	
Organizaciones indígenas asociadas al Secretariado	
Miembros indígenas y no indígenas	
Comité Local de Recepción	
Co-Patrocinadores Internacionales y Canadienses	
Contenido, Metodología y Proceso	
Programa detallado	
CAPITULO III: Participantes	25
CAPITULO IV: Reporte del Seminario	42
Primer día - Plegaria y apertura formal	42
Documento de base: Los pueblos indígenas y la salud	49
Comentarios sobre el documento de base	51
Banquete de bienvenida	54

Segundo día - Apertura Primeras Naciones y Recapitulación	58
Prestación de servicios de salud a los ciudadanos indígenas en los Estados Unidos	60
La búsqueda de la relación operacional en la salud entre gobiernos y pueblos indígenas en América Central	61
Instituciones, pueblos indígenas y políticas de salud: el caso colombiano	62
Salud indígena y políticas de salud en el Caribe	64
La Experiencia de Cuetzalán	65
Tercer día - Apertura Metis y Recapitulación	68
Prioridades del programa de salud	68
Políticas de salud y relaciones de coordinación	70
Capacitación y educación	71
Implementación	71
Seguimiento después del seminario	71
El Cambio de Rol de los Servicios de Salud de los Indígenas del Norte	73
La Medicina Moderna y la Medicina Tradicional en la Amazonía Brasileña	77
El proyecto de desarrollo humano Genome	78
Noche Cultural Metis	79
Cuarto día - Apertura Latinoamericana y sesión de Clausura	80
Debate de la audiencia	80
Actividades Finales	83
Celebración de las Primeras Naciones en Carberry	83
Festín aborígen y despedida	84
CAPITULO V: Entrevistas realizadas en Villa María	85
ANEXOS	
Documentación producida para el Seminario o brindada por los participantes	104

P R E F A C I O

Del 13 al 18 de abril de 1993, a la invitación de la Organización Panamericana de la Salud, se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, una reunión de representantes de los pueblos indígenas del hemisferio, para discutir de la salud de sus comunidades, muy apropiadamente al inicio del Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. Este fué el primer encuentro a nivel hemisférico con el propósito de permitir a Líderes indígenas y a sus asociados en desarrollo, de estudiar las prioridades sanitarias de los pueblos indígenas, exactamente 500 años después de la llegada de Cristóbal Colón a América.

Este reporte modestamente representa la memoria de este evento histórico y ha sido producido en los dos idiomas oficiales del Canadá, así como también en español, el idioma común de la mayoría de los participantes. A excepción de las recomendaciones, que son presentadas al principio de éste documento, el reporte está generalmente presentado en orden cronológico. El texto es una versión revisada del Resumen del Seminario el cual los participantes llevaron consigo el día domingo 19 de abril. Durante la sesión de clausura, los participantes se dieron seis semanas para revisar dicho resumen. Lo que ahora les entregamos es el resultado de ese proceso: La Relatora Dra. Myrna Kay Cunningham Kain, consideró todas las sumisiones y las integró a este documento.

Hemos reproducido algunas de las fotografías tomadas durante el Seminario-Taller '93, al igual que el programa distribuído a los participantes el día de la inscripción, para darle al lector la oportunidad de tener una idea del ambiente y jovialidad del evento. Algunos participantes fueron seleccionados para una serie de entrevistas (Capítulo V) con temas relacionados al Seminario para tener una idea más amplia y diferenciar las soluciones de acuerdo al contexto regional y cultural. Las direcciones de los participantes, incluyendo números de teléfono y facsimilé son igualmente incluídas para que la interacción y la comunicación continúe a crecer entre las comunidades indígenas del continente. La Secretaría también creyó útil de producir la lista de documentos que fueron producidos para el evento así como también los documentos que algunos de los participantes trajeron consigo a Villa María: el propósito de Seminario Taller '93 era precisamente el de iniciar lazos de comprensión y comunicación en materia de salud.

La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Canadiense de Salud Internacional, Representante Técnico de la OPS en Canadá, desean agradecer a todas las agencias internacionales, nacionales y provinciales así como a las organizaciones que co-patrocinaron el Seminario-Taller '93 y cuyos nombres aparecen listados en el Capítulo II de este reporte.

Nuestro agradecimiento especial a los miembros del Comité de Recepción, los voluntarios, los asociados indígenas a nivel regional, nacional y local quienes hicieron una realidad este evento y ayudaron a los participantes a ganar comprensión y solidaridad.

Carlyle Guerra de Macedo
Director, OPS

Sheila Robinson
Presidenta, SCSI



CAPITULO I: Recomendaciones Finales

Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud

PREAMBULO

Nos hemos reunido por primera vez, representantes de los pueblos indígenas del Norte, Centro, Sur y el Caribe del Continente Americano con representantes de Organismos No-Gubernamentales, Gobiernos y de la OPS con el objetivo de iniciar un diálogo sobre la situación de salud de los pueblos indígenas. La reunión fue una oportunidad importante para analizar en conjunto el saber y los conocimientos de los pueblos indígenas e iniciar la búsqueda de mecanismos que mejoren la dramática situación de salud que viven y establecer recomendaciones que nos ayuden a definir prioridades para futuras acciones.

Los delegados a la Reunión de Trabajo, esperamos haber dado el primer paso que facilite la participación sistemática de los pueblos indígenas en el futuro, en la definición de políticas de salud de sus regiones; las cuales, necesariamente deberán reflejar sus elementos culturales y su cosmovisión, de manera que el desarrollo de nuevos modelos de salud articulen la medicina indígena que junto a la medicina occidental y la práctica médica popular, ofrezcan a los pobladores mejor salud.

El Año Internacional de los Pueblos Indígenas es un marco adecuado para que los Estados definan políticas integrales que mejoren la dramática situación de salud de los pueblos indígenas.

Las recomendaciones que se han definido han tomado en cuenta los contextos y diversas situaciones en donde se dan las luchas por mejorar la salud indígena: espacios de gobierno, organizaciones internacionales, organizaciones no-gubernamentales, organizaciones indígenas y, ante todo, comunidades y localidades. Así mismo, han considerado las diferencias culturales insistiéndose en las posibilidades de compartir problemas y trabajar en conjunto.

Se recomienda de manera enfática que la OPS continúe propiciando el diálogo y asuma un papel activo estimulando a los Gobiernos para la solución de los problemas que enfrentan los pueblos indígenas.

Es importante destacar que cuatro días de reunión son apenas el inicio. Fue una buena oportunidad para compartir información, comenzar a entendernos y respetarnos, comprometiéndonos a continuar asegurando en este proceso de construcción de mejores condiciones de salud el papel preponderante a los pueblos indígenas.

PRINCIPIOS:

Los principios claramente identificados durante la reunión fueron los siguientes:

Abordaje integral a la salud: El concepto holístico de salud debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de salud; atendiendo los elementos fundamentales de la salud indígena: espiritual, físico, emocional y mental.

Autonomía y autogobierno de los pueblos indígenas: el derecho a participar en la definición e implementación de políticas de salud. Los pueblos indígenas deben tomar control y responsabilizarse de su propia salud.

Derecho de los pueblos indígenas a la participación sistemática, dentro de las comunidades y frente a las instituciones en la implementación de los programas y proyectos de salud. Un elemento fundamental para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados es la unidad indígena.

Revitalización de la cultura: El derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones, costumbres y religiones. Esos elementos culturales deben servir de base para la construcción de modelos alternativos de salud y desarrollo.

Reciprocidad: Reconocemos que nos necesitamos unos a otros. Para alcanzar la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas debemos trabajar juntos.

CONSIDERANDOS:

Los pueblos indígenas poseen valores culturales, saber y conocimientos propios que deben servir de base para nuevas aproximaciones a la salud y el desarrollo. La medicina indígena debe mantenerse y desarrollarse como un sistema de salud que, en la práctica, la población continúe articulando con la medicina occidental y la práctica popular médica.

En la implementación de un nuevo modelo de salud, que supere las limitaciones actuales, debe asegurarse un equilibrio entre los ámbitos espirituales y materiales, así como la complementación entre los conceptos de sanar y curar.

Los pueblos indígenas han tenido una larga historia de "racionamiento de servicios de salud", que en la práctica han significado inaccesibilidad física, cultural, geográfica y económica.

El problema común que enfrentan la mayoría, es la pobreza como causa primaria de malestar. Entre los aspectos específicos se incluyen la ausencia de protección, la carencia de servicios, enfermedades sociales tales como el alcoholismo, suicidios, abuso de drogas, violencia; las guerras, la contaminación ambiental, la falta de infraestructuras, epidemias, la exposición a productos químicos

tóxicos, la desaparición de pueblos, la mala alimentación, el despojo de tierras, el hacinamiento, la migración hacia zonas urbanas, el desempleo masivo; en fin, males productos del modelo de injusticia que se impuso a lo largo de la historia de colonización y que se han agudizado con la implementación de medidas de ajuste estructural de corte económico tales como la privatización, balances de déficit fiscal, globalización del mercado produciendo mayor empobrecimiento y deterioro acelerado de los servicios de salud para los pueblos indígenas.

Se mantienen como problemas serios el racismo y otras manifestaciones discriminatorias, así como la falta de reconocimiento por parte de los gobiernos de la identidad, existencia y la negación de derechos elementales de los pueblos indígenas.

De la voluntad política y del acceso a recursos económicos, a su manejo autónomo por parte de las comunidades indígenas depende, en última instancia sus posibilidad de acceder a la salud. Mientras los pueblos indígenas no controlen los recursos, estos obedecerán, como lo vienen haciendo hasta ahora, a intereses políticos y burocráticos de quienes se preocupan más por la cantidad de programas y actividades que producen, por la cantidad de dinero que gastan o que ahorran en ellos, que por el impacto que alcanzan aliviando sus sufrimiento y enfermedades y la garantía de su bienestar.

Un aspecto de la lucha de las organizaciones y pueblos indígenas es conquistar y defender de manera unitaria espacios desde donde puedan participar en el diseño y ejecución de estrategias que garanticen la aplicación de su conocimiento y saber.

RECOMENDACIONES:

Los delegados a la Reunión de Trabajo, recomendamos:

Sobre Políticas de Salud

- Dada la alarmante situación de salud que presentan los pueblos indígenas del continente, que la OPS y los gobiernos declaren, con carácter inmediato, a algunas poblaciones indígenas en estado de emergencia. Definiendo, conjuntamente con las poblaciones afectadas, estrategias y programas de intervención para superar los problemas más urgentes así como la definición de acciones a mediano y largo plazo.
- Reconocer y legalizar la medicina indígena asegurando apoyo a los médicos indígenas y sus organizaciones. Los gobiernos deberán asegurar medidas que impidan la represión en contra de los médicos tradicionales indígenas.
- El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se basará en la promoción de procesos autogestionarios, utilización de recursos locales, y participación

- sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, implementación y evaluación de los mismos. Deberá tender hacia el restablecimiento, reorganización y desarrollo de los sistemas tradicionales de salud indígena con la complementación de los elementos de medicina occidental, basados en relaciones de cooperación, diálogo intercultural y respeto mutuo.
- En la definición de un nuevo modelo de salud, la OPS y los gobiernos deberán reconocer que las relaciones interculturales tienen un papel fundamental como mediadores entre las condiciones materiales de vida y el individuo.
 - La OPS y los gobiernos miembros deberán asegurar que en la definición y ejecución de programas y proyectos de salud en los pueblos indígenas, se establezca coordinación directa con las comunidades indígenas y sus organizaciones respectivas, asegurándose la conformación de equipos de trabajo conjuntos (Niveles Centrales y Niveles Comunales). Dichos programas deberán contribuir al fortalecimiento del autogobierno y autonomía de los mismos.
 - En el proceso de planificación y ejecución de los programas y proyectos de salud deberá promoverse y asegurarse la participación de mujeres y ancianos.
 - Que los gobiernos implementen las resoluciones emanadas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de UNICEF en cuanto a la salud de los niños indígenas.
 - Los gobiernos deberán asegurar que el impacto de las medidas de ajuste estructural aplicados en sus respectivos países impidan un mayor deterioro de las condiciones de vida de los pueblos indígenas.
 - Debe trabajarse mucho en la defensa de la tenencia de la tierra, mejoramiento de la alimentación, vivienda y evitar la contaminación ambiental.
 - Deben diseñarse estrategias tanto para que se produzcan leyes que respondan a los derechos y necesidades de salud de los pueblos indígenas, como para que estas leyes se cumplan. Sin el respaldo de la voluntad política, las leyes no tienen ningún valor.
 - La OPS deberá asegurar asistencia técnica y apoyo a los Estados que implementen iniciativas legislativas en el campo de la medicina indígena.
 - Los gobiernos deben garantizar la recuperación, protección y preservación de lugares sagrados de los pueblos indígenas con el fin de impedir la pérdida de la integridad cultural.
 - Que las instituciones internacionales y los gobiernos reconozcan y utilicen la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y manejo del medio ambiente.
 - Alentar al Grupo de Trabajo de Poblaciones Indígenas de la ONU para que apruebe la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas (Ginebra); instar a los gobiernos para la ratificación y aplicación del Convenio OIT 169 y solicitar se implementen las recomendaciones del Capítulo 26 de la Agenda 21, emanado de la Cumbre Mundial de Medio Ambiente.

Sobre los recursos humanos

- La OPS y los Gobiernos deberán apoyar a los médicos indígenas tradicionales a fin de asegurar la complementación de elementos de la tecnología médica occidental.
- Se definirán estrategias que aseguren que los trabajadores de la salud no indígenas, en áreas de pueblos indígenas, desarrollen actitudes favorables, comprensión y respeto hacia la cultura, las creencias y las prácticas tradicionales indígenas.
- Las universidades y otros centros educativos asumirán responsabilidades en la promoción de programas de formación de recursos con perfiles interculturales en sus distintos programas. Las universidades, centros de estudios y gobiernos deberán asegurar cuotas para que los miembros de los pueblos indígenas puedan prepararse en programas de formación de trabajadores de la salud. Los criterios de selección de los candidatos y los perfiles serán establecidos con la participación de las comunidades.
- Los estados definirán estrategias para asegurar la ubicación de trabajadores de la salud en zonas remotas y aisladas. Crearán incentivos para estimular y apoyar al personal que trabaja en áreas remotas, aisladas y poco accesibles.

Sobre investigación:

- Toda investigación relacionada con la salud de los pueblos indígenas no será estimulada si no es planificada y conducida con la total participación de las comunidades en todas las etapas.
- Que la OPS estimule y apoye la investigación participativa relacionada con la salud de los pueblos indígenas. Los temas deberán definirse en conjunto con la población y deberán abordar los problemas urgentes que enfrentan tales como, diabetes, adicciones, depresiones y otros. Tanto el proceso como los resultados deberán ser compartidos con los pueblos indígenas a nivel local, regional y nacional; y deberán servir para alcanzar perspectivas y terapias comunes. Las investigaciones en pueblos indígenas deberán contar con un mecanismo de control por parte de la comunidad.
- Toda investigación que se realice en comunidades indígenas deberá ceñirse a los códigos internacionales de ética vigentes.
- Que la OPS, los gobiernos y otras agencias apoyen el desarrollo del conocimiento científico indígena a través de la acción participativa y la investigación. En el desarrollo de investigaciones deberá apoyarse la participación de manera priorizada de profesionales indígenas competentes.

- Que la OPS le brinde apoyo al desarrollo de conocimientos sobre salud indígena y medicina tradicional a través de proyectos de investigación colaborativa entre países, redes de intercambio de conocimientos, simposios y publicaciones especiales entre pueblos indígenas.
- La OPS y los estados deberán de fortalecer políticas de conservación y control y establecer regulaciones para evitar la sobre-explotación y depredación de plantas y sustancias medicinales por industrias farmacéuticas y otros intereses creados.

Sobre programas y proyectos de salud en regiones y comunidades indígenas

- La OPS y los Ministerios de Salud deben asegurar un sistema de vigilancia sobre el estado de salud de los pueblos indígenas. Deberán establecer mecanismos que permitan a la comunidad participar en la definición del tipo de información a recoger y el uso que se dará al mismo.
- Desarrollar indicadores epidemiológicos específicos para evaluar las condiciones de vida de los pueblos indígenas.
- La OPS promoverá y apoyará el intercambio de experiencias y prácticas conjuntas sobre salud indígena entre médicos tradicionales, investigadores y trabajadores de la salud.
- Los proyectos y programas de salud que se planifiquen deben asegurar el respeto a los valores culturales, las tradiciones, el reconocimiento de las diferencias geográficas y sociales de los pueblos indígenas involucrados en base al concepto holístico de la salud, procurando evitar el diseño de programas que compartimentalizan acciones de salud, e irrespeten horarios y costumbres.
- La OPS y los gobiernos desarrollarán estrategias para la definición de políticas de salud y programas para comunidades indígenas que viven en áreas fronterizas.
- Especial prioridad se darán a los programas de salud de mujeres, niños, adolescentes, ancianos, discapacitados, desplazados y migrantes indígenas.
- La OPS apoyará las iniciativas regionales y locales que se están desarrollando con el esfuerzo de articulación entre la medicina tradicional y occidental y promoverá el intercambio de experiencias entre ellas y la divulgación sobre el desarrollo de las mismas.
- La OPS promoverá el diálogo y el intercambio sobre los programas de atención primaria de salud y servicios locales de Salud indígenas para identificar las necesidades de ajustes a realizar por las comunidades indígenas.
- La OPS desarrollará una estrategia de comunicación y divulgación indígena.

Sobre el seguimiento a las resoluciones de la Reunión de Trabajo

- Conformar una comisión con delegados indígenas de esta Reunión de Trabajo para seguimiento a las recomendaciones y prestar apoyo a la gestión de la OPS frente a los Cuerpos Directivos de la Organización. Las recomendaciones serán presentadas en la Reunión de Ministros de Salud del continente a realizarse próximamente.
- Que la OPS incluya el tema de Salud Indígena en la Reunión de Ministros y se promueva la creación de un programa de salud indígena que apoye las acciones que desarrollen los pueblos indígenas y sus organizaciones.
- Que la OPS en nombre de los Pueblos Indígenas del Continente Americano incluya el tema de la salud indígena en la próxima Asamblea Mundial de Salud.
- Que las agencias internacionales, los organismos no-gubernamentales, las instituciones y los gobiernos movilicen recursos económicos para la implementación de las recomendaciones de este Grupo de Trabajo.
- Los delegados de cada país presentarán las recomendaciones a los Ministros de Salud en sus respectivos países para acompañar el esfuerzo que por su lado realizará la OPS en este sentido. Deberán promover un diálogo sobre salud indígena en cada país.
- Los delegados realizarán esfuerzos a fin de asegurar la publicación por distintos medios los resultados de la reunión, así como la difusión en lenguajes propios.
- Establecer una red de información entre los delegados (y otros) con una representación en cada país. Intercambiar información sobre la salud de pueblos indígenas, datos epidemiológicos, nuevos programas y proyectos, estrategias de cooperación, estudios de casos y otras experiencias en el campo.
- Conformar un equipo de trabajo para el apoyo y seguimiento de las medidas que adopten los distintos países en relación a la salud de los pueblos indígenas.
- Los delegados a la Reunión demandan a los parlamentarios indígenas del continente su respaldo en materia de legislación sobre salud indígena.
- Los delegados a la Reunión se comprometen a que las recomendaciones emanadas de este grupo de trabajo se presentarán en foros mundiales y regionales; por ejemplo, en la Cumbre Mundial de Derechos Humanos.
- Celebrar la siguiente reunión de trabajo en México en 1994.

Comisión Monitora

Los siguientes participante fueron elegidos por su compañeros para llevara cabo el seguimiento de las recomendaciones del Seminario y apoyar a la OPS en sus esfuerzos para promover la salud indígena.

Por Centro América y el Caribe

Dra. Myrna Cunnigham, Nicaragua

Presidenta

Señora Lucilla Barrios, México

Señor Kenneth Davis, Guyana

Por Sudamérica

Senador Anatolio Quira, Colombia

Señorita Yolanda Nahuelcheo, Chile

Por Norteamérica

Señora Jean Goodwill, Canadá

Señor John Sunchild, Sr, E.E.U.U.

CAPITULO II: Contenido del Programa

Tal que distribuido durante la inscripción
en Villa María

OBJETIVOS

- Reunir, revisar y analizar información respecto a la situación de salud de los pueblos indígenas del hemisferio, así como la manera de abordar los problemas de salud y la organización de los servicios de salud;
- Ayudar a establecer vínculos entre individuos, organizaciones activas en el campo de la salud indígena, la OPS y otros organismos interesados en realizar esfuerzos en este campo.
- Preparar recomendaciones a nivel continental para el Cuerpo Gubernamental y el Secretariado de la Organización Panamericana de la Salud para definir una política en el campo de la salud indígena y a considerar cómo el propio proceso de formulación política puede establecer una tal y recíproca participación de los pueblos indígenas en las decisiones sobre políticas y programas.
- Promover la inclusión de las prácticas de medicina Tradicional en las políticas de salud de los países del hemisferio.

BIENVENIDOS...

... al primer encuentro hemisférico que tratará sobre las necesidades de salud de los pueblos indígenas. Este Seminario Taller es uno de los primeros eventos internacionales que se desarrolla durante el Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, asimismo representa una de las primeras oportunidades de encuentro entre representantes de las Primeras Naciones del continente, con miembros de organismos intergubernamentales y otras instituciones interesadas en analizar los problemas de la salud indígena.

La realización del Seminario Taller es el producto de la decisión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para tratar el problema de la salud indígena en relación a su programación regular de trabajo. Debido a la importancia, complejidad técnica y política del problema de la salud indígena, el Sub-comité de Planificación y Programación definió la necesidad de realizar un evento que permitiera una consulta amplia entre líderes indígenas y entidades que trabajan en el campo de la salud y que están interesadas en contribuir a la solución del problema.

La planificación del Seminario Taller refleja este mandato e ilustra el abismo que existe en los enfoques y en la toma de decisiones en nuestras sociedades, así como en las experiencias que se están desarrollando. Los seis miembros del Comité de Planificación representan un microcosmos institucional de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que existen en América. Dos de sus miembros pertenecen a la Organización Panamericana de la Salud, un miembro preside una organización internacional no gubernamental, y otros tres son interlocutores de organizaciones y comunidades de América del Sur, el Caribe y América del Norte (sus nombres aparecen en este mismo programa).

Es valioso destacar que el Representante Técnico de la Organización Panamericana de la Salud en el Canadá, la Sociedad Canadiense de Salud Internacional (CSIH), es una institución no gubernamental. Esto es en sí mismo un signo de nuestros tiempos: nunca la Organización Panamericana de la Salud había contratado una organización no gubernamental como representante de un país miembro. La CSIH asumió el rol de la Secretaria del Comité de Planificación cuando aceptó la responsabilidad hace un año, para la organización del Seminario Taller.

A la primera discusión informal, en febrero de 1992, la OPS y la CSIH convinieron que los pueblos indígenas del hemisferio deben determinar, junto a las instituciones interesadas, la agenda y contenido del Seminario Taller: Pueblos Indígenas y Salud. En un acto premeditado se decidió que el Seminario Taller se lleve a cabo de manera abierta recrutando voluntarios expertos en la materia, indígenas y otros, para asesorar al secretariado. La lista de miembros se encuentra en la cubierta posterior de la carpeta o folder.

Durante el período de planificación se realizaron esfuerzos para convocar a agencias de desarrollo, gobiernos, instituciones y asociaciones interesados en la salud de los pueblos indígenas. En todos estos frentes los organizadores del Seminario Taller, obtuvieron éxito.

Inicialmente la Reunión fue copatrocinada por tres organizaciones regionales e internacionales, y a las que se sumaron otras para llegar a seis hasta el día de hoy. A nivel nacional en Canadá, se recibieron contribuciones económicas y materiales, de agencias y departamentos del Gobierno, que permitieron completar los fondos necesarios para cubrir los costos del desarrollo del evento.

El Canadá tiene siete asociaciones indígenas de nivel nacional: tres organizaciones de mujeres y cuatro organizaciones políticas. Para el desarrollo del Seminario Taller, ellos constituyeron un grupo de apoyo para desarrollar un trabajo conjunto con la Secretaría del Seminario Taller. Las organizaciones indígenas participaron en el Comité de Coordinación aportando toda su experiencia y apoyo necesario en todas las actividades desarrolladas. Los cuatro grupos indígenas de Winnipeg, que trabajan con el Ministerio de Salud, constituyeron un Comité de Apoyo Local que asumió la responsabilidad de todos los aspectos de alojamiento de los participantes y de la logística local. Esto fue conseguido con modestos recursos pero con gran creatividad y entusiasmo, motivando y estimulando la voluntad de las comunidades indígenas de Manitoba. El listado de los miembros de las organizaciones se encuentra en la cubierta del folder.

El proceso de planificación y de trabajo para el desarrollo del evento afirmó la convicción de los organizadores de que el diálogo abierto sobre las prioridades de salud contribuirá a producir recomendaciones que permitan a la Organización Panamericana de la Salud y a los países miembros, a diseñar una política y programas de salud dirigidos a mejorar la salud de los pueblos indígenas. Se entiende que el Seminario Taller es un primer paso dentro de un proceso a más largo plazo, y que el éxito dependerá de las enseñanzas y de la capacidad que deje el trabajo conjunto.

Nuestra esperanza sincera es que el seguimiento de las propuestas del Seminario Taller crearán oportunidades en los próximos años, para que los líderes, las organizaciones y las instituciones que se comprometan trabajar por la salud, podrán implementar medidas correctivas y acciones creativas para el desarrollo del bienestar de los pueblos indígenas en cualquier parte de las Américas.

Nuestro sincero agradecimiento a todos los que ayudaron a que este Seminario Taller sea una realidad, ya que sin estas contribuciones económicas, materiales y humanas, no hubiese sido posible encontrarnos para iniciar un trabajo conjunto. Esperamos que nuestro encuentro sea intenso y productivo, que busquemos nuevas vías para mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas del hemisferio, generando un entendimiento común de los problemas e identificando prioridades para la acción, durante y después del año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

Secretaría del Seminario Taller

COMITE INTERNACIONAL DE PLANIFICACION

Países miembros de OPS representados a través de:

- **Dr. Alfredo Vargas**, Ministerio de Salud, México, miembro de OPS Sub Comité de Programación y Planificación

Representación operacional de OPS a través de:

- **Dr. Jose Maria Paganini**, Desarrollo de Servicios de Salud (HSD); y como alterno,
- **Dr. Sandra Land**, HSD. ambos de la oficina central de Washington.

Representación no-gubernamental de indígenas a través de:

Consejo Mundial de Pueblos Indígenas (WCIP):

- **Sr. Donald Rojas**, Presidente y como alterno;
- **Sr. Rodrigo Contreras**

Interlocutores indígenas:

Para América Latina

- **Sr. Nilo Cayuqueo**, Director, Centro de Informaciones Indígenas para Sud y Meso America (SAIIC)

Para el Caribe

- **Dr. Joseph Palacio**, National Garifuna Council, Belice

Para Norteamérica

- **Sr. Alvin Windy Boy Sr.**, Chairman, Chippewa Cree Tribal Council and Health Board; y como alterno
- **Sr. John Sunchild Sr.**, Rocky Boy Reservation, Montana

Consultores

- **Sra. Madeleine Dion Stout** para Norteamérica
- **Dr. Carlos Coloma** para América Latina

Secretario

- **Norbert Préfontaine**, CSIH

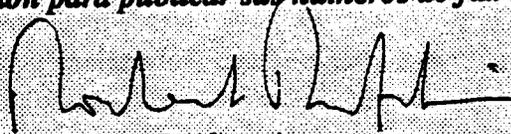
El Comité de Planificación se reunió en la sede central de OPS en julio de 1992 y luego se mantuvo una continua comunicación por teléfono y fax. Se discutieron y definieron los objetivos, contenidos y momentos del Seminario Taller, se determinaron criterios con respecto a la cantidad y tipo de participantes, asimismo se aprobó el proceso de selección para nominación de participantes. a ser recomendados al Director de OPS para la selección final.

Durante el Seminario Taller, dos miembros del Comité de Planificación trabajarán con el Comité de Coordinación, compuesto por: Presidente, Vice-Presidente, Relator, un representante de cada uno de los cinco grupos de trabajo y un miembro del Comité de Apoyo Local.

EL COMITE CONSULTIVO DEL SEMINARIO-TALLER '93

Ottawa, Canada
Domingo de Resurrección 1993

El secretariado del Seminario - Taller desea extender agradecimientos sinceros a los miembros del Comité Consultivo quienes han apoyado voluntariamente, durante el transcurso de organización requerido para llevar a cabo este evento sin precedente. Todos los miembros respondieron rápida y efectivamente ya sea por teléfono o por fax - y ocasionalmente por correo - a todos los llamados de ayuda del secretariado. Algunos fueron expertos en sacarnos a Agustín (la computadora que tengo en préstamo) y a mí del pantano. Sin los consejos y aliento recibidos por parte del Comité Consultivo, éste Seminario - Taller no hubiese sido posible. Daré nombres solamente (y me disculpo de antemano a aquéllos que haya olvidado); pues por falta de tiempo, no pude obtener autorización para publicar sus números de fax ni pude actualizar ésta lista.



Norbert Préfontaine
Secretario del Comité de Planificación

MIEMBROS INDIGENAS

*Richard Jock, con
Virginia Toulouse and colleagues

Assembly of First Nations

*Jérôme Berthelette
and Kim Scott

Royal Commission on Aboriginal Peoples
Native Physicians Association in Canada
Medical Services/HWC, British Columbia
Centre for Aboriginal Education,
Research and Culture, Carleton University
Canadian Society for Circumpolar Health
at Mc Gill University

*Dr. Vince Tookenay

*Dr. J. Wortman

*Madeleine Dion Stout

Medical Services/HWC, Ontario

*Jean Goodwill
y Dr. Gary Pekeles

*Dr. Mike Monture

*Diana Greyeyes

National Association of
Treatment Centre Directors

*Conrad Saulis

*Hélène Sioui-Trudel

Native Council of Canada
National Indian and Inuit Community Health
Representatives Organization
Inuit Tapirisat of Canada

*Mary Ann Demmer

*Roda Grey
 *Virginia Meness
 *Napoleon Gardiner
 *Ron Rivard
 and Mark Gryba
 *Dr. Richard Musto
 *Bill Curry
 *Max Morin
 *Lionel Bird
 *Josette Couillonneur
 *Henry Three Suns
 *José Matos Mar

 *Diane Reid with
 Dr. Elizabeth Robinson
 *Alejandro Amaru Argumedo

Pauktutiit
Native Women's Association of Canada
Mayor, La Ronde, Saskatchewan
Métis National Council
Saskatoon/Ottawa
Medical Services/HWC, Alberta
Ile à la Crosse, Saskatchewan
Gabriel Dumont Institute
Prince Albert Tribal Council
Meadow Lake Tribal Council
Siksika Nation, Alberta
Instituto Indigenista Interamericano
Mexico
Grand Conseil des Cris, Québec
at McGill University
Cultural Survival, Ottawa

* además de los 4 miembros y 2 alternos del Comité Internacional de Planificación quienes son indígenas y cuyos nombres también aparecen en el programa.

MIEMBROS NO INDIGENAS

*Dr. Maureen Law
 *Duncan Pedersen
 *Dr. Stephen Simon
 *Elizabeth Racicot
 *Norman Cook
 *Ed Aiston Nora Ritchie
 y colegas en
 *Neil Faulkner,
 *Dr. Gillian Lynch
 y colegas en
 *Fran Perkins
 *Freda Paltiel
 *Jeremy Wright
 *Dr. Gaston Harnois

 *Terry Hunsley
 *Raymond Pong
 *Carlos Alberto Coloma
 *Marlyn Kefauver
 *Hon. Branford Taitt
 *Helmut Wintersberger
 *Allan Pence

International Development Research Centre
Federal University of Bahia, Brazil
Health and Population, CIDA
Americas Branch, CIDA
Coordination/Indigenous projects, CIDA

International Health Affairs, PPI/HWC

Medical Services Branch, HWC
Canadian Public Health Association
Status of Women, PPI/HWC
Consultant, Itchen House International
WHO Montreal Collaborating Centre in
Mental Health
Consultant, Terry Hunsley Associates
Laurentian University
Consultant to PAHO/CSIH
US Department of Health and Human Services
Minister of Health, Barbados
European Centre for Social Policy Research, Vienna
University of Victoria

***Sharon Keller**
***Dr. Francis Rolleston**
***Dr. Robert Knouss**
y colegas

Roberto Rivero
Enrique Fefer MD
Francisco Vallejo MD
Jorge Osuna MD
Richard Leclair
Pamela Hartigan

University of Buffalo
Medical Research Council
Pan American Health Organisation/DD

PAHO/DD
PAHO/HSD
PAHO/HSD
PAHO/HSI
PAHO/DPI
PAHO/DEC

además los dos miembros y un alterno del Comité de Planificación quienes no son indígenas y cuyos nombres aparecen en el programa como representantes institucionales y operacionales de O.P.S., y los 15 miembros directivos de CSIH: Dra. Sheila Robinson, U. de Calgary; Dr. Peter Tugwell, U. de Ottawa; Dr. Yves Bergevin, McGill University; Caroline Hernandez, Halifax; Susan Smith, Calgary; Dr. Lynn McIntyre, Dalhousie U.; Nancy Edwards, Ottawa; Dr. Stan Houston, U. of Edmonton; Dr. Ed Ellis, Ottawa-Carleton; Dr. Richard Nuttall, Gobierno de los Territorios del Nor-Oeste; Barbara Russell, Edmonton, representante estudiantil; Dra. Renée Pelletier, (CECI) Montréal; Dr. Franklin White, CAREC; Dr. Dick McLean, McGill University, (representante de CUCHID) and Karen Mills, Edmonton (representante de CPHA).

**ORGANIZACIONES INDIGENAS ASOCIADAS AL
SECRETARIADO**



**ASSEMBLY OF FIRST NATIONS/
NATIONAL INDIAN BROTHERHOOD**



Native Council of Canada



INUIT TAPIRIKSAT KANATAMI
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓂᓂᑦ ᑲᓇᑕᑦ
INUIT TAPIRISAT OF CANADA

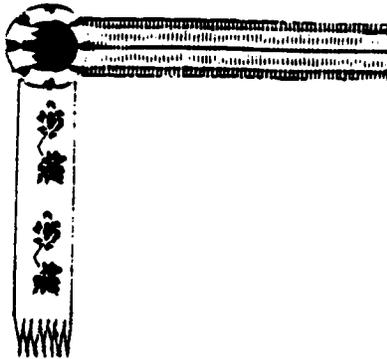
METIS NATIONAL COUNCIL



LOUIS RIEL



GABRIEL DUMONT



Native Women's
Association of Canada



ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓂᓂᑦ
PAUKTUUTIT
Inuit Women's Association

COMITE LOCAL - MANITOBA



Mary Staniscia
INDIGENOUS WOMEN'S COLLECTIVE (IWC)
OF MANITOBA INC.

Darrel Phillips

ASSEMBLY OF MANITOBA CHIEFS



Cheryl Anne Carr
MANITOBA MÉTIS FEDERATION INC.



Josie Silvernagle
ABORIGINAL COUNCIL OF WINNIPEG

MANITOBA HEALTH

Réal Cloutier

SANTÉ MANITOBA



**Louise Newans, Consultant,
On-site Coordinator**

El Seminario Taller fue posible gracias al apoyo de varios individuos y organizaciones de nivel regional, nacional e internacional, quienes proveyeron asistencia técnica, así como recursos humanos, económicos y materiales para complementar el generoso aporte económico inicial de la Organización Panamericana de la Salud.

CO-PATROCINADORES INTERNACIONALES

Consejo Mundial de Pueblos Indígenas (WCIP)
Ottawa

Instituto Indigenista Interamericano (III)
México

Coordinadora de Organizaciones y Naciones Indígenas del Continente (CONIC)
Panamá

Organización de Estados Americanos (OEA)
Washington

International Social Security Association (ISSA)
Ginebra

International Development Research Centre (IDRC)
Ottawa

CO-PATROCINADORES CANADIENSES

CANADIAN SOCIETY
FOR INTERNATIONAL HEALTH



LA SOCIÉTÉ CANADIENNE
DE SANTÉ INTERNATIONALE

HEALTH AND WELFARE CANADA

Extramural Research
Medical Services
International Health Affairs

**INDIAN & NORTHERN AFFAIRS
CANADA**
Policy and Consultation

SECRETARY OF STATE CANADA
Multilingual Translation
Promotion of Official Languages

MANITOBA HEALTH
Healthy Public Policy Division

● **MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR
SOCIAL CANADA**

Investigación Extramuros
Servicios Médicos
Asuntos Internacionales de Salud

● **ASUNTOS INDÍGENAS Y DEL NORTE
CANADA**

Normas y Consulta

● **SECRETARIA DE ESTADO CANADA**

Traducción Multilingue
Promoción de Lenguas Oficiales

● **SALUD MANITOBA**

División de Programas de Salud

CONTENIDO, METODOLOGIA, PROCESO

La selección de los temas para la presentación y discusión, la metodología y el proceso a seguir en el Seminario Taller, provienen de los siguientes criterios de referencia:

- a) el tema del taller: la situación de salud de los pueblos indígenas
- b) los objetivos del taller y
- c) el carácter intercultural del encuentro

Los participantes deben tener en cuenta que el término 'intercultural' es usado en este caso no solo para dar énfasis a la riqueza y heterogeneidad étnica, representada en el encuentro, sino también, para describir las diferentes maneras de interpretar la salud y el bienestar, pues estas interpretaciones - comunes o diferentes - serán los elementos claves de la solución colectiva que se busca.

Los criterios mencionados anteriormente permitieron sugerir el Programa para el encuentro, y no se lo debe entender como un temario definitivo, pues esto refleja el mandato que fue dado al Comité de Planificación; es decir, que el programa y contenido del taller deberían ser establecidos por los participantes. El Presidente deberá, por lo tanto consultar a los participantes del taller y a los miembros del Comité Organizador, para aprobar o proceder a realizar los cambios que se sugieran, para establecer así el programa definitivo.

Contenido

Tres campos ha sido identificados para la presentación en las sesiones plenarias y para la discusión en los grupos de trabajo:

- la situación de salud de los pueblos indígenas de América;
- las políticas de salud; y
- los sistemas de salud, incluyendo su relación con la medicina tradicional

Metodología y Proceso

Dada la naturaleza intercultural del Seminario Taller - 22 países representados - se consideró fundamental que la metodología usada sea adaptada al evento y que se mantenga una comunicación abierta estimulando 'el hablar francamente' de los problemas en discusión.

La forma sugerida comprende sesiones plenarias, alternando con sesiones de análisis y discusión, en cinco grupos de trabajo. El propósito es dar a los participantes la oportunidad

de compartir sus experiencias y opiniones con los demás participantes durante el transcurso del evento.

El Seminario Taller tiene un Comité Directivo compuesto de tres personas: Presidente, Vicepresidente, y Relator. Estas tres personas han sido seleccionadas inicialmente por el Comité de Planificación siendo responsables de las sesiones plenarias y la conducción general del Seminario Taller.

El Comité Directivo se reunirá diariamente con el Comité de Planificación y un representante de cada grupo de trabajo. Juntos revisarán la progresión del Seminario y planificarán las actividades de los días subsecuentes.

Durante la primera sesión, los grupos de trabajo deberán elegir dos personas indígenas, un Coordinador y un Relator, para facilitar la comunicación con el Comité Directivo y ayudar en la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Cada día se iniciará con una plegaria dirigida por un miembro indígena del Comité de Apoyo Local.

Luego de la ceremonia oficial de apertura el día martes por la mañana, los dos consultores, que ayudaron a los organizadores a planificar el Seminario Taller, presentarán el documento de base 'Pueblos Indígenas y Salud', del cual ellos son autores, y que fue enviado previamente a todos los participantes de este encuentro. Distintos líderes indígenas de Sur, Meso y Norte América presentarán sus comentarios y discutirán con los dos autores así como con los otros miembros participantes.

Los días subsecuentes, después de cada plegaria de apertura y de los anuncios generales del programa del día, será presentado un resumen de las discusiones del día anterior.

Las sesiones plenarias tendrán periodos de preguntas y respuestas. La presentación de experiencias seleccionadas de diferentes países del hemisferio, seguirán al periodo de preguntas y respuestas. Los casos presentados servirán como ejemplo a los grupos de trabajo, los cuales servirán de referencia a la experiencia de los participantes, para reflexionar sobre las acciones a ser tomadas por las comunidades indígenas y proponer recomendaciones respecto a los problemas discutidos.

Las conclusiones de los grupos de trabajo serán reportadas al Comité Directivo al final de cada sesión de los grupos de trabajo, para que durante el transcurso de la semana, el Seminario Taller gradualmente proponga recomendaciones para la acción, a ser adoptadas al final de la sesión plenaria del día viernes.

De esta manera se espera que los temas y estudios de casos seleccionados darán un incentivo para reflexionar y discutir dentro de los grupos de trabajos, permitiendo a los participantes de compartir sus conocimientos y experiencias particulares, para producir conclusiones y recomendaciones dirigidos a las instituciones interesadas en resolver los problemas de salud indígena.

PROGRAMA

DIA	TIPO DE SESION	TEMAS Y EXPOSITORES	HORA
Martes 13		Desayuno	8:00
	Plegaria y apertura formal	Representantes indigenas del Canada, funcionarios del Gobierno del Canada, Funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud	9:00
		Intermedio	9:45
	Situación de salud de los Pueblos Indígenas (sesión plenaria)	<p style="text-align: center;">Presentación:</p> <p>Documento base: Los pueblos indígenas y la salud América del Norte, Madeleine Dion Stout, Consultor América Latina, Carlos Coloma, Consultor</p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p> <p>por América del Norte: Sydney Garrioch, Chiefs' Committee on Health, Assembly of Manitoba Chiefs, Canada</p> <p>por Meso América: Rosa Ascencio Ascencio, Organización de Médicos Indígenas de Pátzcuaro, México</p> <p>Por Sudamérica: Juan Lligalo, Consejo de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, Ecuador</p>	10:00
		Almuerzo	12:30
	Primera sesión de trabajo de grupos	Discusión, conclusiones y recomendaciones	14:00
		Intermedio	15:30
	(sesión plenaria)	Preguntas / Comentarios	16:00 17:00
	Reunión de trabajo	Reunión del Comité de Coordinación (solo para los miembros)	17:30
		Bienvenida oficial y banquete	19:30

DIA	TIPO DE SESION	TEMAS Y EXPOSITORES	HORA
Miércoles 14		Desayuno	8:00
	Plegaria y apertura	Recapitulación, preguntas, comentarios	9:00
		Intermedio	9:45
	La incorporación de la salud de los indígenas en los programas de salud (sesión plenaria)	"La prestación de servicios a los ciudadanos indígenas en los Estados Unidos" John Sunchild, Jefe de la Tribu Chippewa, Montana USA "La búsqueda de una articulación en salud entre gobiernos y pueblos indígenas de América Central" Leyla Garro Valverde, Ministerio de Salud Pública, Costa Rica "Las instituciones, los indígenas y las políticas de salud: el caso de Colombia" Anatolio Quira, Colombia "La salud de los indígenas y las políticas de salud en el Caribe" Joseph Palacio, Consejo Nacional Garifuna, Belice	10:00
		Almuerzo	12:30
	Políticas de salud	"La experiencia de Cuetzalan" Carlos Zolla, Instituto Nacional Indigenista, México	14:00 -
	Segunda sesión de trabajo de grupos	Discusiones, conclusiones y recomendaciones	
		Intermedio	15:30
	(sesión plenaria)	Preguntas / Comentarios	16:00 17:00
	Reunión de trabajo	Reunión del Comité de Coordinación (solo para los miembros)	17:30
		Cena	19:00
		Libre	

DIA	TIPO DE SESION	TEMAS Y EXPOSITORES	HORA
Jueves 15		Desayuno	8:00
	Plegaria y apertura	Recapitulación, preguntas, comentarios	9:00
		Intermedio	9:45
	Sistemas de salud	"El cambio de rol de los servicios de salud de los indígenas del norte" Roberta Hildebrand, Indian and Northern Health Services, Canada	10:00
	Tercera sesión de trabajo de grupos	Discusiones, conclusiones y recomendaciones	10.30
		Almuerzo	12:30
	Sistemas de salud y Medicina Tradicional (sesión plenaria)	"La medicina moderna y la medicina tradicional en la Amazonia brasileña" Marcos Antônio Guimarães, Ministerio de Salud, Brasil	14:00
	Cuarta sesión de trabajo de grupos	Discusiones, conclusiones y recomendaciones	
		Intermedio	15:30
	(sesión plenaria)	Preguntas / Comentarios	16:00 17:00
	Reunión de trabajo	Reunión del Comité de Coordinación (solo para los miembros)	17:30
		Cena	17:30
		Evento cultural Metis	19:30

DIA	TIPO DE SESION	TEMAS Y EXPOSITORES	HORA
Viernes 16		Desayuno	8:00
	Plegaria y apertura	Recapitulación, preguntas, comentarios	9:00
		Intermedio	9:45
	Reunión Plenaria Final	1. Discusión de las recomendaciones 2. Adopción de las recomendaciones para la acción	10:00 11:30
		Almuerzo	12:30
		VIAJE HACIA CARBERRY (ACTIVIDADES CULTURALES INDIGENAS)	14:30

CAPITULO III: Participantes

Subvenciones de la Organización Panamericana de la Salud, del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y varias dependencias del Gobierno del Canadá, permitieron al Seminario Taller '93 cubrir los gastos de viaje y hospedaje de la mayoría de los participantes. Algunos financiaron sus propios gastos, otros arreglaron para que sus gastos fueran cubiertos parcial o totalmente por las organizaciones a las cuales pertenecen o por sus empleadores. El plan inicial era el de invitar 50 personas, entre ellas 30 indígenas. Como se puede notar 88 personas participaron en este encuentro. Dichas personas - 49 indígenas y 37 otras - provenientes de 20 países diferentes; 10 invitados de la OPS no pudieron estar presentes en Winnipeg (*) por lo tanto solamente 19 países estuvieron representados en el Seminario, entre ellos: Argentina, Belice, Bolivia, Brazil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Estados Unidos y Venezuela.

50 invitados por el Director de OPS

28 miembros del Comité de Planificación

Planificación y como Consultantes

o miembros del personal

3 nominados por los Asociados indígenas
del Secretariado y

6 miembros del Comité Local de Recepción

(de quienes uno era invitado de OPS)

Abarca del Cario, Darlyn Ismael

Medico, Quimico, Farmaceutico

Pasaje Olaya 206, Vallecito

Arequipa, Peru

Tel 238383

Alderete, Wara

Calchaqui, Epidemiologa. Coordinadora de Mujeres Indigenas de Sud y Centro America (CMSCA).
Centro Jujuymanta, Jujuy, Argentina.

South and Meso American Indian Information Centre, (SAIIC)

1212 Broadway, suite 830

Oakland, California, 94612 USA

Tel (510) 834-4263 Fax (510) 834-4264

Alvarado Claudio, Mario

Antropologia

Instituto Indigenista Boliviano

Av. Camacho 1471

La Paz, Bolivia Tel & Fax 372221

Argumedo, Amaru Alejandro

Wari; agronomist; born in Peru. Has worked in several Andean and Central American countries, travelled in Europe and in North America. Mr. Argumedo is currently working with Cultural Survival Canada,

1, Nicholas Street, Ste 420, Ottawa, Canada J8P 7B7

Tel (613) 233-6453 Fax (613) 233-2292

Asante, Kwadwo Obene M.D.

Research interest in Fetal Alcohol Syndrome

Ste 103, 12195 Harris Road

Pitt Meadows, BC, Canada V3Y 2E9

Tel (604) 465-5211 Fax (604) 465-8204

Ascencio Garcia, Rosa

Medica Tradicional

Organizacion de Medicos Indigenas Purepechas

Palacio de Huitzimengari

Patzcuaro, Michoacan, Mexico

Barrios Galicia, Lucila

Partera tradicional

Organizacion de Medicos Indigenas de la Mixteca Alta (OMIMA)

Carretera a Yucudaa km 54 y 1/2

Tlaxiaco, Oaxaca, Mexico

Batz de Xinico, Gilberta

Auxiliar en Enfermeria

Centro de Salud, Canton Sur, Patzun

Chimaltenango, Guatemala

Belcourt, Gordon *

Executive Director

National Indian Health Board

1385 S. Colorado Boulevard

Suite A-708

Denver, Colorado 80222

Tel (303) 759-3075

◇ Bodeker, Gerard

Research and planning in traditional medicine. Original work in community development in Australia; now, research and planning in Asia through the World Bank; research in the US through the Lancaster Foundation

11501, Huff Ct., North Bethesda, Maryland 20901 USA

Tel (301) 984-7030 Fax (301) 984-7601

Bonilla M., Hermelinda

Enfermera

Asociacion Indigena Panamena (ASIPA)

Ministerio de Salud de Panama

S.T.S. Darien, "57", Panama

Tel 57-72-62

○ Bouvier, Louise

Native Women's Association of Canada
11 Wisutlin Drive, Whitehorse, Yukon Territory, Y1A 3S4, Canada
Tel (403) 667-6162 Fax (403) 668-7539

□ Cabieses Molina, Fernando M.D.

Antropologia Medica
Instituto de Medicina Tradicional
Ministerio de Salud
Lima, Peru Tel & Fax: 234544

□ ☺ Carr, Cheryl-Anne

English-speaking Metis from the Red River Homeland; mother of 2 boys and 3 girls of whom she is very proud. Like her mother and grandmother before her, is a teacher, an artist and a writer. For the last 8 years, has worked in Community Development with the Winnipeg Child and Family Services. Cheryl-Anne belongs to the Riel Local of the Manitoba Metis Federation and Metis Women of Manitoba.

408, McGregor Avenue, Winnipeg, Manitoba R2W 4X5
Tel (204)586-8474 Fax (204)947-1816

◇ Casas, Juan Antonio M.D.

OPS/OMS en Guatemala
Aptdo 383, Guatemala, Guatemala
Tel (502) 2-31-05-82 Fax (502) 2-34-38-04

◇ Castaneda, Miriam

Executive Secretary to the Indigenous Peoples and Health Workshop, CSIH

◇ Cayuqueo, Nilo

Fundraising in the USA through SAIIC - South and Meso American Indian Information Centre - a US based organization networking with indigenous people from the Continent, to finance health projects.

1212 Broadway # 830, Oakland, California USA 94618
Tel (510) 834-4263 Fax (510) 834-4264

□ Chiricente Nahuanca, Luzmila

Promotora de salud

Brigadier Pumocahua 974, Jesus Maria, Lima, Peru

Tel 23 83 91



Cloutier, Réal

Franco-Manitoban, born and educated in Manitoba; is the proud parent of two children. Réal is Senior Policy Analyst with the Healthy Public Policy Programs Division in Manitoba Health. He has several years experience in health care, including 5 years with a tertiary hospital.

Manitoba Health, 3rd Floor,

800 Portage Avenue, Winnipeg R3G 0N4

Tel (204) 945-7117 Fax (204) 948-2204

◇ Coloma, Carlos Alberto, M.D.

Sistemas de salud; sistemas populares de salud; participacion; educacion popular; medicina tradicional; antropologia medica

Département d'anthropologie

Université de Montréal

C.P. 2184, Suc. A

Montréal, Québec H3C 3J7

Tel (514) 279-0481 Fax (514) 343-2494

◇ Contreras, Rodrigo

Promocion de derechos; participacion efectiva; toma de decisiones. Consejo Mundial de Pueblos Indigenas (CMPI) World Council of Indigenous Peoples (WCIP)

100, Argyle Avenue, Ottawa, Canada K2P 1B2

Tel (613) 230-9030 Fax (613) 230-9340

○ Cox, Marilyn M.D.

Cree, working in aboriginal healing circles and as a physician in a remote northern nursing station.

Is a speaker and role model to students.

6th Floor - 338 Broadway Avenue

Winnipeg, Manitoba, Canada R3C 0T3

Tel (204) 942-9243 Fax (204) 942-9246

Cunningham Kain, Myrna Kay M.D.

Movimiento Continental Indigena, Negro y Popular (MCINP), Parlamento Indigena de America
(PIA), Consejo Regional Autonomo (RAAN))
Asamblea Nacional, Managua, Nicaragua
Tel (505) 2-22370 Fax (505) 2-660890

Danny, Charlie *

109 Landing Crescent
P.O. box 145, Chilliwack, B.C. V2P 6H7
Tel: (604) 792-9926 Fax: (604) 792-1043

Davis, Kenneth Winston

Training of Indigenous health workers
Guyana Agency for Health Sciences, Education,
Environment and Food Policy,
Georgetown, Guyana
Tel 71019

de Gortari, Eduardo M.D.

Direccion General de Regulacion de Servicios de Salud
Ministerio de Salud
Insurgentes Sur 1397, Mexico D.F., Mexico
Tel 568-7303

Delgado, Sergio *

Consultor
Fondo para el Desarrollo de los Pueblos
Indigenas de América Latina y el Caribe
Secretaría Ad/hoc
Casilla 6326
La Paz, Bolivia

◇ Dion Stout, Madeleine, R.N.

Cree. Head of the Native Studies and Cultural Centre recently established at Carlton University in Ottawa; aboriginal representative on the Women's Legal Education and Action Fund; immediate past President of the Aboriginal Nurses Association of Canada; interested in Indigenous health development, nursing, international affairs (development stream, research and writing).

255 Loeb Building, 1125 Colonel By Drive, Ottawa K1M 0P3

Tel (613) 788-4494 Fax (613) 788-2512

□ Encino Perez, Jose

Promotor campesino agricultor salud

Amextra A.C.

25 Calle Poniente Norte # 157

29950 Ocosingo Chiapas, Mexico

□ Espinosa-Velasco, Guillermo

Matematico

Instituto Nacional Indigenista

Av. Revolucion 1279, 1er Piso, Col Alpes, Mexico D.F.

□ Fernandez Correa, Ali Jose

Sociologie, Depto Socio-antropologia, Universidad del Zulia; desarrollo de la comunidad; Mujer, salud y desarrollo; Medicina tradicional

Movimiento Indio por la Identidad Nacional (MOIIN)

Av. Ziruma, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Tel 061-512077 ext. 383 Fax 011-5861-516281

□ Flaherty, Martha

President, Pauktuutit - Inuit Women's Association

200 Elgin Street, Suite 804

Ottawa, Ontario K2P 1L5

Tel (613) 238-3977 Fax (613) 238-1787

□ Garrioch, Chief Sydney

Cross Lake Cree Nation & Assembly of Manitoba Chiefs

P.O. Box 10, Cross Lake, Manitoba R0B 0J0

Tel (204) 676-2218 Fax (204) 676-2117

□ Garro Valverde, Leyla

Licenciada en Enfermeria y Salud de la mujer
Ministerio de Salud
San Jose, Costa Rica
Tel 25-63-97 Fax 34-02-55

□ Gongora Estrella, Jose Candido

Hierbero
Organizacion de Medicos Indigenas Mayas de la Peninsula de Yucatan (OMIMPY)
Calle 21 #34 Zavala, Municipio de Sotuta
Yucatan, Mexico

○ Goodwill, Jean

President, Canadian Society for Circumpolar Health; Secretary, Fort Qu'Appelle Indian Hospital Board; member of the Health Committee, Standing Buffalo Reserve. Research interest in health administration and policy development; sessional lecturer, Indian health studies, at the Saskatchewan Indian Federated College, University of Regina,
Regina, Saskatchewan
P.O. Box 519, Fort Qu'Appelle, Saskatchewan S0G 1S0
Tel (306) 332-6261 Fax (306) 332-5985

□ Gross, Milton, M.D.

Servicios sanitarios basicos
Division de Salud Indigena
Ministerio de Salud Publica
Juan Larrea 444 y Riofrio, Quito, Ecuador
Tel: 527 984

◇ Hartigan, Pamela

Psicologa clinica; economia; salud publica. En la OPS/OMS, soy la persona responsable por hacer el enlace con Org. no gubernamentales que estan trabajando en las Americas.
OPS 4515 43rd Street NW, Washington D.C. 20016
Tel (202) 861-3470 Fax (202) 861-8886

◇ Info Link Inc.

Mitchell Beer
Susan O'Donnell

◇ Islam, Anwar Dr.

Medical sociologist, Health Sciences Division, IDRC
International Development Research Centre
250 Albert St., Ottawa Canada
Tel (613) 236-6163 Fax (613) 238-7230

◇ Land, Sandra

Nursing; Public Health; International Health; Health Systems and Services
Pan American Health Organization / HSS
525, 23rd St NW, Washington DC 20037
Tel (202) 861-3214 Fax (202) 861-2648

□ Lligalo, Segundo Juan

Agricultura
Confederacion de Nacionalidades Indigenas del Ecuador (CONAIE)
Av. de los Granados 2553 y 6 de diciembre
Quito, Ecuador Tel 270 058

□ Lo Curto, Aldo M.D.

Research interest in shamanism and therapeutic use of plants, animals and minerals of the Amazon
Rua 1 de Janeiro 1164
68371-020, Alta Mira (Para) Brasil
Tel 0055 91 515 2962 Fax 0055 91 515 1829 - or
Via Paradiso 7, 22035 Canzo (Como) Italia
Tel 0039 31 68 25 12 Fax 0039 31 64 58 48

NOTE: has 2 business addresses because he spends 6 months in Italy and 6 months in Brazil. In order to be sure to reach Dr. Lo Curto, fax or phone both Italy and Brazil.

□ Lopez de Sanchez, Susana

Promocion de Salud
Amextra A.C., Av. Paseo de las Fuentes #60
72260 Arboledas de Guadalupe
Puebla Pue, Mexico
Tel 35-37-23

Marques-Baines, Carole *

American Indian Health Care Association
245 E. 6th Street, Suite 499,
St. Paul, Minnesota, U S A 55101

Martinez, Luis

Profesor asociado, Escuela de Salud Publica, Universidad de Chile
Ministerio de Salud de Chile, Maclver 541
Santiago, Chile
Tel 238-0640 & 633-5964

Matos Mar, Jose

Antropologo; Etnodesarrollo y Pueblos Indigenas
Instituto Indigenista Interamericano
Calle Nube #632, Colonia Pedregal de San Angel
Delegación Alvaro Obregon, Mexico, D.F.
Tel 568 0819 Fax 652 1274

Menchu Barreno, Santos Rodrigo

Recuperación de la medicina tradicional natural
C.D.R.O. (ONG)
6a Av. 5-42 Zona 4
Totonicapán, Guatemala
Tel & Fax 066-77-75

Monteiro Guimaraes, M. Antonio M.D.

Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios
Edificio do Ministerio da Saude
Brasilia, Brasil
Tel (061) 315-2641

◇ Monture, Michael M.D.

Medical Services Branch, Ontario Region, Health and Welfare Canada; member, Native Physicians
Association in Canada
R.R. #2, site 218-49, Fort Frances, Ontario P9A 3M3, Canada
Tel (807) 274-0549 Fax (807) 274-0550

Nahuelcheo, Saldana Yolanda

Asistente social

Corporación Metodista, Policlínico M.

Huincul 968 Millaray

Temuco, Chile



Newans, Louise

Metis, born in the historic Metis community of St. Laurent, Manitoba. Self-employed special events consultant; has experience in social services, mental health, management and administration plus cultural research. Louise speaks French and English plus the traditional Metis language, Michif.

365 Wardlaw Avenue, Winnipeg, Manitoba, Canada, R3L 0L8.

Tel. (204) 452-9535 Fax (204) 956-0976

Osorio A., Piedad Elena

Enfermera licenciada

Carrera 5 #18-45, Bogota, Colombia

Tel 334 4178 Fax 284 2894

◇ Paganini, Jose Maria M.D.

Pediatrician and Public Health specialist; research interest in international health services; heads HSD. the Health Systems and Services Division at PAHO Headquarters in Washington

PAHO/WHO, 525 Twenty Third Street NW, USA

Tel (202) 861-3211 Fax (202) 861-3214

Palacio, Olivia

Garifuna Curing Systems

Barranio, Belize

◇ Palacio, Joseph

Ethnomedicine

P.O. Box 229, Belize City

Belize (501) 2-33980 Fax (501) 2-32038

◇ Pedersen, Duncan

Centro de Estudios Socio Antropologicos en Saúde Mental, Universidade Federal de Bahia
Rua P.Feijo, 29 Quarto andar canela
Salvador, Bahia 40100 Brazil
Tel & Fax (5571) 237-5856

□ Penados Baldizón, Rosa Carlota

Enfermera, Programa Mujer, Salud y Desarrollo
9a Av. 14-03 zona 1
Dirección General de Servicios de Salud
Ministerio de Salud de Guatemala
Tel 32 20 32 Fax 34 38 04

□ Pereira de Noé, Carmen

Cabildo Indígena
Calle Jose Bape
Trinidad Beni, Bolivia
Tel & Fax 21 575

□ Pérez Salas, Dagoberto

Agricultor
Asociación Kunas Unidos pro Nabguana (KUNA)
Vía España, Edificio Brasilia, Piso 1.
Oficina 9a, Apartado Postal #536
Panamá 1, Panamá
Tel 63-8879 Fax (507) 69-3514



Phillips, Darrell

Metis born in Manigotagan, Manitoba. Has been a health advisor with the Assembly of Manitoba Chiefs since October 1991. He is married and has three children. Darrell has been actively involved with the Aboriginal community since graduating from the University of Manitoba. He enjoys outdoor activities as well as cultural ceremonies and music. He maintains a close relationship with the land and the Creator.

Assembly of Manitoba Chiefs,
5th Floor, 286 Smith Street, Winnipeg, Manitoba R3C 1K4
Tel: (204) 956-0610 Fax (204) 956-2109

◇ Préfontaine, Norbert

Retired from Health and Welfare Canada in April 1992; now serving with CSIH on the Indigenous Peoples and Health initiative and consulting with a variety of other NGOs.

Préfontaine-Conseil

224 boulevard des Trembles, app. 3

Hull, Québec, Canada J9A 2H3

Tel (819) 595-2165 Fax (613) 230-8401

□ Quira Gauna, Anatolio

Senador Indígena, Republica de Colombia

Edificio Nuevo del Congreso

Bogotá, Colombia

Tel & Fax 283-8518

□ Ramirez, Marcelino

Paitavytera, de la region oriental del paraguay

Pedro Juan Caballero y Mariscal López

Asunción, Paraguay

Tel. 362 775

□ Ramos de Esquino, Maria del Rosario *

Calle Obispo Marroquin # 5-1

Sonsonate, Sonsonate, El Salvador, C.A.

Tel: 51-07-42

□ Reategui Silva, Juan

Lic. Ciencias de salud

Asociación Inter-étnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP)

Av. San Eugenio 981, Sta. Catalina, Lima 13, La Victoria

Peru

Tel: 726 621 Fax: 724 605

□ Reid, Dianne

Cree Nation of Québec; Consultant, Cree Board of Health and Social Services, Ste 3438, 1 Place Ville Marie,

Montréal, Québec, Canada H3B 3N6

Tel (514) 861-5837 Fax (514) 861-0760

Roberts, Lolinda *

30 Gordon Street
Kitty, Georgetown
Guyana

◇ Robinson, Sheila

President, Canadian Society for International Health/Société canadienne de santé internationale. Is interested in community health development; is active with the Arusha Development Centre. Maintains a research interest in Community Health Development and in participatory processes relating thereto. Is currently involved in a community development project in Nepal. Her professional work is with the University of Calgary International Centre.
Tel (403) 220-7700 Fax (403) 289-0171

◇ Roses Periago, Mirta M.D.

OPS/OMS en Bolivia
Casilla 2504, La Paz, Bolivia
Tel (592) 391-295 Fax (592) 391296

◇ Rozenal, Manuel, M.D.

Interested in the Community Health Development process; served in Ile à la Crosse, Saskatchewan for the better part of a year. Is the technical Director responsible for l'Oficina de Participación in el Ministerio de Salud, Colombia.
Consultant to PAHO.
525, 23rd Street NW, Washington D.C. 20037
Tel (202) 861-3234 FAX (202) 861-8486

Sandford, Worrell *

c/o Ministry of Health, Roseau, Dominica
Phone:(809) 449-82401 Fax: (809) 448-6086

Sangrey, Sybil *

Box 664 Rocky Boy Rte.
Box Elder, Montana USA 59521
Phone:(406) 395-4395 Fax: (406) 395-4781

◇ Shields, Charles A. Jr.

Executive Director, CSIH. Interested in Health Administration, Management Training and Development. Chairs local chapter of the Ontario Society for Training and Development and local committees of the Canadian Society of Association Executives.

170 Laurier Ave West, Ste 902, Ottawa, Canada K1P 5V5

Tel (613) 230-2654 ext. 302 Fax (613) 230-8401



Silvernagle, Josie

Metis, born in Flin Flon, Manitoba; has been a community health worker in the inner city of Winnipeg for the last ten years. Active in various community organizations, Josie is a member of several boards. She has fostered 12 students and participated in a case study of anxiety and panic attacks. Josie has 3 sons, 1 daughter, 2 dogs and 2 birds.

Aboriginal Council of Winnipeg,

273 Selkirk Avenue, Winnipeg, Manitoba R2W 2L5

Tel: (204) 832-8694 Fax (204) 582-0256

◇ Sotelo, Juan Manuel M.D.

OPS/OMS en Mexico

Palmas 530, Lomas Chapultepec

Mexico D.F. Mexico

Tel. (525) 202-8200 Fax: (525) 520-8868



Staniscia, Mary

Ojibway from the Sagkeeng First Nations in Manitoba. Lost her status when she married a non-aboriginal person; became a single parent raising four and fostering fourteen children. Mary was elected President of the Indigenous Women's Collective of Manitoba in July 1992. She has been active in Aboriginal social development and in the Aboriginal Women's empowerment movement for many years. Has combined her work as home maker, foster parent, business consultant and volunteer in various Aboriginal causes that establish culturally appropriate services for Aboriginal people.

Indigenous Women's Collective,

120-388 Donald Street, Winnipeg, Manitoba R3B 2J4

Tel: (204) 944-8709 Fax (204) 949-1336

◇ Sunchild, John Sr.

Tribal Council, NCIA/NIEA/MIEA/Montana-Wyoming Chairmen's Organization and Tribal
Chairman

Rocky Boy Route #554

Box Elder, Montana 59521 USA

Tel (406) 395-4282 Fax (406) 395-4497

□ Taylor, Dixon *

Navaho; traditional medicine.

P.O. Box 383

Toadlena, New Mexico U S A 87324

Tel: (505) 789-3232

◇ Tookenay, Vincent F., M.D.

Ojibway; President, Native Physicians Association in Canada. Research interest
in Medicine, Public and Community Health.

Health and Welfare Canada, Room 1025, Jeanne Mance Building,

Tunney's Pasture, Ottawa, Canada

Tel (613) 957-3382 Fax (613) 957-8594

□ Van de Ursen, Stivan

Coodinacao de Saude do Indio

Ministerio da Saude, Anexo, Sala 116 Ala A

Brasilia, D.F. Brasil

Tel (61) 315-2810 Fax (61) 226-4340

◇ Vargas Flores, L. Alfredo

Health Services - Organization; Epidemiology; Health Economics; International Health

Ministerio de la Salud

Lieja 8, 13 Piso, Mexico, D.F. Mexico

Tel (525) 553-7848 Fax (525) 553-4870

◇ Windy Boy, Alvin Sr.

Elected official, Government of the Chippawa-Cree Tribe which has 4,800 members; Chairman,
Montana-Wyoming Indian Health Board; Chairman, Rocky Boy Health Board.

Box 544, Box Elder, Montana 59521, USA

Tel (406) 395-4321 Fax (406) 395-4497

Yanez Real, Marco Vinicio

Doctor en biología, Educador para la salud

Ministerio de Salud Pública

Buenos Aires 340 entre Juan y Manuel Larrea

Quito, Ecuador

Tel 561 280 / 233 234 Fax 522 744

Zolla Luque, Carlos

Antropología médica / Sistemas de salud / Medicina tradicional

Instituto Nacional Indigenista

Av. Revolución 1227

Colonia Alpes Código Postal 01040

Mexico, D.F. Mexico

Tel 593.38.70 Fax 651.85.76

CAPITULO IV: Reporte del Seminario

Primer día - Plegaria y apertura formal

La sesión de apertura del Seminario sobre los Pueblos Indígenas y la Salud fue presidida conjuntamente por Mary Staniscia, presidenta de Indigenous Women's Collective of Manitoba, y Darrel Phillips, de la Asamblea de los Jefes de Manitoba. El seminario se inició con una plegaria a cargo del reverendo Dominique Kerbrat, moderador de la Parroquia Kateri Tekawitha, y con palabras de bienvenida pronunciadas por representantes de las comunidades aborígenes canadienses, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el gobierno de Canadá.

Ernie Blais, del Metis National Council

Ernie Blais, representante del Metis National Council y presidente de la Manitoba Metis Federation, dio la bienvenida a los participantes, recordando que este lugar es un área que describió como el hogar de Louis Riel, héroe y mártir Metis del siglo XIX. Asimismo, Blais expresó que se sentía honrado de que los participantes se hubieran reunido para “debatir algunas de las cuestiones relativas a los problemas de salud a los que se enfrentan los pueblos Metis.”

Blais planteó varias preocupaciones relativas a la salud de los pueblos Metis, incluyendo la ausencia de instalaciones de salud en algunas comunidades y la falta de estadísticas de salud adecuadas. Identificó a los jóvenes y los ancianos como dos grupos específicos para los que se necesita información sobre salud. Los Metis “son en esencia el pueblo olvidado de Canadá”, expresó Blais, haciendo notar que “las comunidades de las Primeras Naciones tienen muy poco y nosotros tenemos mucho menos”. Y agregó que tenía interés en compartir la información con los grupos aborígenes y aprender de la experiencia acumulada por ellos.

Phil Fontaine, Asamblea de las Primeras Naciones

Phil Fontaine, representante de la Asamblea de las Primeras Naciones, subrayó la importancia de tratar el tema de la salud aborígen durante el Año Internacional de los Pueblos Indígenas. Según él, “los pueblos indígenas de todo el planeta tienen una historia que contarle al mundo y es necesario que la contemos”. “Considero particularmente esta reunión como una oportunidad para hacer un aporte a la historia, debido a que por mucho tiempo el mundo no ha comprendido o conocido a los pueblos indígenas (...) Si debemos tener justicia y equidad para todos, entonces es necesario garantizar que corregiremos muchos de los malentendidos existentes que causan dificultades muy grandes a nuestros pueblos”. Fontaine describió al seminario como una “excelente oportunidad” para hacer avanzar la cuestión de los derechos aborígenes.

Louise Bouvier, Native Women's Association of Canada

Louise Bouvier, en representación de Native Women's Association of Canada (NWAC), planteó que a pesar de que no había sido elegida como huésped subvencionada su organización decidió asistir al seminario ya que "la NWAC se daba cuenta de la importancia de la salud y de los pueblos indígenas, por lo que tomó la decisión de estar presente en este histórico momento". Bouvier dijo que la NWAC había sido creada en 1974 para promocionar el bienestar de las Primeras Naciones y de las Mujeres Mestizas dentro de las Primeras Naciones y la sociedad canadiense. Actualmente, la organización tiene el mandato de tratar una amplia gama de cuestiones y preocupaciones, incluyendo la Ley india, la Constitución canadiense, la violencia en la familia, el SIDA, la justicia, la salud aborígen, el bienestar de los niños y los derechos aborígenes.

NWAC reconoce que las cuestiones del alcoholismo, consumo de drogas, abuso de menores y de los enfermos mentales y físicos son realidades presentes. Bouvier expresó que el pobre estado de salud de las comunidades aborígenes en Canadá es en gran medida el resultado de "un desarrollo social y económico inferior a las normas", combinado con una "relación política obstruida entre las Primeras Naciones y el gobierno canadiense. La asociación piensa que las soluciones a estos problemas vendrán solamente de las reservas, los asentamientos Metis y las comunidades urbanas y rurales donde viven los pueblos aborígenes. Si bien algunos grupos tratan el problema de la salud estrictamente como un derecho fijado por tratados firmados, en realidad "se trata de una preocupación universal para todos nuestros pueblos, no obstante cualquier distinción artificial entre nosotros".

Bouvier planteó que las preocupaciones relativas al tema de la salud se convierten en las preocupaciones especiales de las mujeres, ya que son ellas generalmente las que tienen a su cargo los cuidados de salud y las que participan de manera mayoritaria en la prestación de la atención médica en las comunidades aborígenes. La oradora identificó varios problemas de salud comunes a todos los pueblos aborígenes de Canadá, incluyendo la esperanza de vida, la mortalidad infantil, los índices de suicidio, la diabetes, las muertes ocasionadas por lesiones, la adicción al alcohol y a las drogas, el SIDA, la nutrición, los cuidados prenatales para niños y madres, las comadronas y la planificación familiar, los cuidados a los niños, la experiencia necesaria para desempeñar bien el papel de padre o madre y una variedad de cuestiones específicas relativas a la salud infantil.

Martha Flaherty, Pauktuutit

Martha Flaherty, presidenta de Pauktuutit, Inuit Women's Association of Canada, expresó que los pueblos indígenas en Canadá habían tenido que encontrar soluciones singulares a problemas similares debido a diferencias en el estilo de vida, la cultura y el medio ambiente. Instó a los participantes para que "aprendieran unos de otros y se sintieran orgullosos de sus diferencias", con el fin de "hacer que las cosas marchen bien para los pueblos que representamos".

Jean Goodwill, Canadian Society for Circumpolar Health

Jean Goodwill, presidenta de la Canadian Society for Circumpolar Health y presidenta fundadora de Aboriginal Nurses Association of Canada, dio una calurosa bienvenida a los hermanos y hermanas de diferentes partes del mundo. Expresó que los pueblos aborígenes de Suramérica se habían enfrentado a retos mucho más difíciles que los de sus hermanos de Canadá e hizo un llamado para que se emprendieran esfuerzos más amplios con el fin de tratar las preocupaciones indígenas a nivel internacional.

Sheila Robinson, Canadian Society for International Health

Sheila Robinson, presidenta de la Canadian Society for International Health, se refirió en detalle a los orígenes del seminario, planteando que un número de organizaciones en las Américas habían reconocido la terrible situación de la salud, el estado nutricional y la ausencia de derechos a que se enfrentaban las poblaciones indígenas de toda la región. Asimismo, OPS se encontró en una “posición política compleja”, ya que es un organismo que se debe a los gobiernos miembros y tiene que trabajar a través de ellos. Algunos de estos gobiernos habían vacilado en reconocer los derechos aborígenes.

A principios de 1992, como resultado de una propuesta de Canadá, apoyada por México y varios otros países, OPS decidió poner énfasis en sus programas regulares en las cuestiones relativas a la salud de los pueblos indígenas. Este nuevo rumbo debía basarse en amplias consultas con los pueblos indígenas mismos para asegurar que cualquier nuevo programa reflejara sus puntos de vista sobre salud, enfermedad y curación. Como representante técnico de OPS en Canadá, CSIH estuvo de acuerdo en organizar el seminario como un paso del proceso de consulta. Robinson instó a los participantes a “considerarse a sí mismos como ciudadanos del mundo” e invitó a todos los presentes a crear oportunidades reales para el diálogo, la participación y el cambio.

Carlyle Guerra de Macedo, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Como ustedes han escuchado, soy el Director de la Organización Panamericana de la Salud, además de ser originario del Brasil y llevar en la sangre una mezcla de razas africanas, europeas e indígenas de mi país.

He encontrado extraordinariamente gratificante la presentación de todos y cada uno de ustedes, que nos ilustran sobre el resplandeciente mosaico de experiencias y culturas aquí representadas. Y es realmente una pena que no hayan podido enriquecer con sus vivencias los otros colegas que no pudieron llegar a acompañarnos.

Mientras hacían su disertación, pensé en lo lindo y lo prometedor del momento que vive nuestra Región, mientras en el mundo las fuerzas contenidas por tanto tiempo, representadas por las diversas etnias o creencias religiosas, explotan en conflictos que en forma dolorosa alimentan las guerras civiles, perturban el orden e interrumpen las actividades productivas; nosotros, reunidos en esta sala y en esta ciudad, reflexionaremos sobre lo que han significado los siglos de olvido y subordinación; siglos de dominación, marginalización y aislamiento, siglos que produjeron actos concretos y premeditados de destrucción de las culturas autóctonas de nuestro hemisferio, con el propósito y el compromiso de construir un futuro mejor.

Discutiremos aquí, cómo corregir algunos de los males que se han perpetrado y cómo curar algunas de las profundas y extensas heridas que el gran choque de culturas europeas y americanas significó en nuestra historia. Y es importante destacar que quizás el instrumento que sirvió, consciente o inconscientemente, para producir esta situación, fué la negación de la salud. Como consecuencia, la enfermedad fué mucho más poderosa que la violencia como instrumento de destrucción, y tuvo más impacto en las culturas autóctonas que los intentos concretos para su exterminio.

No es sorprendente que nos encontremos en este momento en una situación que en gran medida desconocemos. Uno de los métodos más efectivos que siguen adoptando las culturas dominantes para mantener supremacía, es el de ignorar, porque cuando no se tiene ni se busca información sobre lo que realmente sucede, puede construirse por lo menos la ficción de que todo está bien. Tampoco es sorprendente que el fruto de esa doble y siempre presente discriminación, basada en el rechazo o en la disminución de los valores de las culturas autóctonas y alimentada por un proceso histórico que afianzó la situación de inferioridad económica, haya conducido a que las naciones indígenas sean las más pobres entre los pobres y presenten situaciones de salud muy inferiores al promedio de la población.

Ante esta reunión se presenta el desafío y el compromiso de encontrar formas de superar el status quo, buscando propiciar mecanismos a través de los cuales podamos conocer mejor y mantener ese conocimiento, para promover permanentemente e incluso agresivamente, la creación de esta conciencia social que haga que se considere la situación de los pueblos indígenas como problema prioritario en nuestros sistemas políticos. Debemos reconocer que las diferentes culturas, o mejor dicho la cultura, es el elemento básico para ese proceso de recuperación, de cooperación y de superación. A través de la cultura, como lo hacemos aquí hoy en esta sala, podemos contribuir al establecimiento de nuevas relaciones y promover diferentes encuentros interculturales, que sirvan de base a la solución del problema.

Este proceso debe basarse en el respeto de los valores propios de cada cultura, con el objetivo preciso y definido de fortalecer las identidades recíprocas, como base para el cambio necesario. Rechacemos la costumbre de mantener el inmovilismo y sembremos las bases de nuestra propia identidad cultural, para poder definir los cambios que deseamos y queremos. Esta es condición esencial para la afirmación de principios irrenunciables como el de la autodeterminación, siendo también condición indispensable para una verdadera participación de las comunidades indígenas en las decisiones de los

Estados y de las sociedades en las que conviven. Sólo habrá autodeterminación si los miembros de las comunidades ejercen su derecho pleno, como ciudadanos, de participar en la determinación de su propio destino.

Sabemos que a través de este proceso de fortalecimiento de la identidad cultural, podemos recuperar y utilizar las muchas, profundas e importantes lecciones del "saber" que nos da la ciencia y la tecnología moderna. Como aquí se dijo, hemos de trabajar juntos en los niveles internacionales y nacionales, mirando siempre hacia la necesidad imperiosa de llegar a las comunidades particulares.

Dentro de este espíritu, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, como parte de la celebración de sus 90 años de existencia, ha aceptado el reto que pusieron ante nosotros los delegados del Canadá en el seno de nuestro Consejo Directivo, al pedirnos tratar el problema de la salud de los pueblos indígenas, dentro de las políticas y los programas de acción de la Organización. Nos pidieron llevar este mensaje a todos los Gobiernos Miembros, sus instituciones y sociedades, para empezar realmente a saldar la deuda que los núcleos dominantes en nuestras sociedades han acumulado con ustedes. No quisimos definir solamente en el ámbito de los "expertos en salud" o aún en el de los expertos en asuntos de los pueblos indígenas, la forma como la Organización debe manejar estos temas, porque queremos aprender de los propios pueblos indígenas. Este Taller, el primero en su tipo, tiene como objetivo primordial la propuesta de crear la oportunidad de aprender y comprender, como punto de partida para la acción.

Quisiera reconocer y agradecer los esfuerzos realizados por los delegados del Canadá para que esta reunión fuera posible. Esperamos que ella impulse el inicio de un proceso permanente de atención a los problemas de salud de los pueblos indígenas en las Américas. Reconocemos con gratitud el trabajo hecho por la Sociedad Canadiense de Salud Internacional y agradecemos el copatrocinio del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, del Consejo Mundial de Pueblos Indígenas y del Instituto Indigenista Interamericano. Afirmamos una vez más ante ustedes nuestra expectativa de que nos ayuden realmente a comprender los problemas de los pueblos indígenas de las Américas, para que sobre la base de esta comprensión y de este entendimiento, nosotros en la Secretaría de la Organización y los Gobiernos, podamos definir políticas y planes de acción, dentro y fuera de la organización, que contribuyan realmente a la solución de los problemas de salud que les afecta.

Es un placer especial muy grande para mí estar en esta linda ciudad de Winnipeg en un día primaveral como este, pero sobre todo es un privilegio compartir con ustedes, aunque sea por un día, los valores, ideales y propósitos que deben unirnos a todos.

Dorothy Dobbie, Gobierno de Canadá

Dorothy Dobbie, diputada parlamentaria canadiense en representación del Ministro de Salud, señor Benoit Bouchard, dijo que no podía pensar en un sitio más adecuado para celebrar el seminario que en St. Norbert, el lugar de nacimiento de Manitoba. La Sra. Dobbie expresó que uno de los elementos que confirió fortaleza a los pueblos aborígenes en los tiempos de Louis Riel fue su conocimiento de que la integración de las culturas era el camino del futuro y formaba parte de su compromiso de encontrar medios para vivir juntos.

“Todavía tenemos que recorrer un largo camino para aprender a vivir juntos”, continuó diciendo la señora Dobbie. Los pueblos deben vivir juntos en una atmósfera de mutuo respeto. Los problemas de pobre salud en las comunidades aborígenes no se eliminarán por sí mismos en tanto los pueblos aborígenes crean que no son parte de la sociedad. Hay un solo planeta Tierra –expresó–, y los pueblos deben aprender a compartirlo.

Cada ser humano tiene algo que aportar a la sociedad, continuó diciendo Dobbie, y añadió que su esperanza era que después de finalizar el seminario, los participantes en el mismo regresaran a sus respectivos países con un compromiso más firme y con más energía para mejorar la salud de los pueblos aborígenes.

Dobbie concluyó leyendo las palabras del jefe Seattle en 1854, las que consideró como palabras adecuadas para dar inicio al seminario:

“Deben enseñar a sus hijos que la tierra que pisan está formada con la ceniza de nuestros abuelos. De modo que respeten la tierra, digan a sus hijos que la tierra está enriquecida con las vidas de nuestro linaje. Enseñen a sus hijos lo que hemos enseñado a los nuestros: que la tierra es nuestra madre. Lo que suceda a la tierra, sucederá a los hijos de la tierra. Si los hombres escupen en el suelo, escupen sobre sí mismos. He aquí nuestra sabiduría: la tierra no pertenece al hombre, el hombre pertenece a la tierra.”

“Esto sabemos: todas las cosas están entrelazadas con la sangre que une a una familia.

Todas las cosas están entrelazadas.”

“Lo que suceda a la tierra, sucede a los hijos de la tierra. El hombre no tejió la tela de la vida; él es solamente un hilo de ella. Lo que haga a la tela, lo hará también así mismo”.

Mary Staniscia agradeció a los oradores sus intervenciones, haciendo notar que los pueblos aborígenes no han perdido sus filosofías de la vida. “Necesitamos desembarazarnos de los controles que se ejercen sobre nosotros”, dijo. Si se deben forjar asociaciones entre los pueblos indígenas y no indígenas, las asociaciones deben basarse en la igualdad: “Tenemos que tener control sobre nuestras vidas”.

Myrna Cunningham relató brevemente los objetivos de los grupos de debate: Analizar la información sobre el estado de la salud de los pueblos indígenas en este hemisferio; buscar medios de poder utilizar la información; establecer mecanismos de comunicación entre las personas que trabajan activamente en el área de la salud de los pueblos indígenas, OPS y otras organizaciones; traer información a OPS para permitir la creación de políticas en el área de la salud de los pueblos indígenas e incluir la práctica de la medicina tradicional en las políticas de salud de los gobiernos.

Documento de base: los Pueblos Indígenas y la Salud

Madeleine Dion Stout

La asesora Madeleine Dion Stout, de Canadá, presentó el documento de base que se hizo circular entre los participantes antes del seminario. Presentó los dos argumentos siguientes:

- los pueblos indígenas se consideraron una vez como que estaban en los márgenes del mal desarrollo, pero cada vez más se piensa que son el centro de un proyecto alternativo.
- los pueblos indígenas en América del Norte han sido agentes voluntarios de su propio desarrollo de salud, pero su capacidad para ser y convertirse en agentes se ha visto frustrada por fuerzas externas.

Dion Stout citó la definición que Noel Dyck diera de los pueblos indígenas: “comunidades distintivas que tienen relaciones establecidas desde hace mucho tiempo con los gobiernos”. En Canadá, puntualizó, los pueblos indígenas incluyen a los indios reconocidos oficialmente, a los no reconocidos oficialmente, los Inuits y los pueblos Metis.

Continuó diciendo Dion Stout que era importante recordar que si bien el concepto de atención primaria de salud ha sido adoptado para los pueblos indígenas por los gobiernos en América del Norte, “el mismo no se está aplicando en Canadá y los Estados Unidos”. Uno de los valores de la atención primaria de salud es la medicina tradicional y las prácticas de curación, pero las barreras incluyen los efectos de la colonización, modernización y burocratización excesiva.

La curación es un fenómeno fuertemente enraizado en América del Norte, y los pueblos indígenas son los líderes en el movimiento, continuó diciendo. La curación significa sobrevivir a los retos que plantean las condiciones de vida diaria y considerar a la salud como la presencia de bienestar en vez de la simple ausencia de la enfermedad. La rueda de la medicina es un importante símbolo de la curación.

La pobreza debe definirse en su sentido más amplio — agregó — de modo que incluya cualquier necesidad humana básica que no haya sido satisfecha. En este contexto, la pobreza incluye la falta de sustento, afecto, comprensión, participación e identidad.

Dion Stout presentó brevemente puntos destacados del informe, incluyendo los indicadores de salud de los índices de mortalidad, índices de mortalidad infantil, índices de esperanza de vida y los índices de morbilidad, haciendo notar que en muchos casos los índices son más altos en el caso de las poblaciones indígenas.

Los entrevistados canadienses en el estudio recomendaron varias alternativas de política para la OPS y los países miembros, incluyendo: observar la condición de salud de los pueblos indígenas; educar a la OMS y a las Naciones Unidas en su nombre; proponer intervenciones pertinentes; reflejar opciones

para los pueblos autóctonos, en vez de modelos para la acción; permanecer tan apolítico como sea posible; y permitir a los pueblos indígenas determinar el umbral de participación de OPS.

La cultura es tanto la base como el pináculo del desarrollo de salud y la autodeterminación para los pueblos indígenas — dijo. Los pueblos autóctonos están operando bajo un paradigma integral y “debe haber un cambio en el paradigma que ponga más énfasis en el bienestar”. La visión de la salud está cambiando y OPS tiene que posicionarse a sí misma dentro de esta nueva visión.

Carlos Coloma

El asesor Carlos Coloma, de América Latina, comenzó por pedir permiso a los jefes, ancianos y curanderos tradicionales para “hablar acerca de ustedes, los pueblos autóctonos”. Puso en tela de juicio el actual interés en las cuestiones autóctonas, preguntándose por qué es importante analizar los problemas de salud indígena, aunque sea de manera tardía, pues después de 500 años de colonización, los gobiernos y las instituciones comienzan a hablar del problema. “Creemos que el mirar a otras culturas es mirar hacia nosotros mismos”. “Y por ello el analizar los problemas de salud de los indígenas nos remite a analizar las políticas de salud, los servicios y las mismas bases de la salud pública”, con lo que se concluye que el problema de la salud de los indígenas es un problema de todos nosotros, pues evidencia y pone en cuestión los modelos de salud implementados en América Latina.

En Canadá y los Estados Unidos, los sistemas de atención médica están sometidos a tremenda tensión, y ninguno de ellos puede considerarse como modelo para los pueblos indígenas. Los pueblos nativos, pese a que son considerados retrógrados y subdesarrollados, estructuraron conocimientos en salud que se manifiestan a través de sus propios sistemas de salud.

Coloma se preguntó si los sistemas médicos autóctonos han sobrevivido en virtud del azar, debido a la resistencia y a la lucha, o debido a que la medicina occidental ha ignorado en gran medida a los sistemas autóctonos. Hay muchos caminos que conducen a la salud, y uno no excluye a los otros. Enfrentándonos al problema de la marginalización cultural versus la integración significa aceptar el reto de “reconciliar ciertas posiciones, de desprendernos del bagaje cultural que arrastramos por inercia”, de superar todas las deformaciones de la práctica de la salud dada por las culturas institucionales.

Coloma planteó que los cuidados de salud primarios han quedado siempre a la zaga de otras iniciativas de cambio social, tales como la educación popular y la investigación participativa. OPS ha dado un gran paso en tomar esta iniciativa, pues no sólo representa un nuevo modo de aproximación a la realidad, sino que está dando un paso significativo al retomar nuevos conocimientos que van a enriquecer a la salud pública. En América Latina ha habido mucha actividad en el área de la atención primaria de salud, y se ha creado una red de personas involucradas en estos proyectos. El reconocimiento de un modelo de atención primaria de salud significa una revisión crítica del modelo reduccionista

occidental que reduce el todo a las partes, y del modelo integral tradicional de las culturas indígenas que considera a las partes de un todo.

Es esencial darse cuenta que el concepto de salud incluye la manera como las culturas y los individuos se ven y se identifican a sí mismos, continuó Coloma. Las barreras frente a la autoidentificación positiva incluyen el racismo y la opresión estructural que mantiene a los pueblos indígenas en posiciones marginales. Estas barreras dan al traste con la buena voluntad y la inercia detrás de muchos programas de salud primaria.

Según Coloma, los informes del gobierno acerca de la condición de la salud de los pueblos indígenas a menudo no coinciden con los informes de los pueblos indígenas mismos. Esta discrepancia pone de manifiesto la necesidad de tener contacto directo con los pueblos indígenas cuando se diseñen los programas de de salud. “No necesitamos intermediarios para distorsionar el pensamiento de los pueblos indígenas”, agregó.

“Nuestro reto es construir algo”, continuó diciendo Coloma; e hizo notar que “estamos acostumbrados a pensar completamente las cosas antes de ponerlas en práctica”. Los pueblos autóctonos trabajan con la realidad, descubriendo respuestas a medida que avanzan en el proceso de hacer algo. Las soluciones para mejorar la salud de los pueblos indígenas se encontrarán a través de la práctica, dijo.

Comentarios sobre el documento de base: Jefe Sydney Garrioch

El jefe Sydney Garrioch, presidente del Comité de los jefes sobre Salud, de la Asamblea de los Jefes de Manitoba (AMC), Canadá, dijo que era natural expresar opiniones acerca del documento, pero que era importante garantizar que las preocupaciones ayudarán a promover el debate sobre el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. Su primera preocupación fue la metodología utilizada en el informe, cómo se seleccionaron y utilizaron los datos. Los datos presentados pueden confundir a los lectores y “prejuiciar el conocimiento” acerca de la salud en las comunidades aborígenes, dijo.

También se mostró “profundamente preocupado” de que el número de entrevistas realizadas para el estudio fue muy reducido para extraer datos útiles acerca de las preocupaciones relativas a la salud de los pueblos aborígenes. La información surgida de las entrevistas fue valiosa, pero muchas preocupaciones estaban aisladas y no reflejaban situaciones típicas. En particular, citar declaraciones de los entrevistados daba autoridad a declaraciones que eran solamente opiniones, dijo, añadiendo que las cuestiones de salud reflejadas en el documento niegan el trabajo duro de los líderes dedicados a mejorar las condiciones de vida de sus pueblos.

El informe debió haber utilizado términos y definiciones más específicos, dijo. Por ejemplo, la declaración de que solamente dos de las ocho provincias tienen programas específicos de salud para los pueblos que no se encuentran en reserva no dice nada acerca de las provincias en cuestión, los programas

específicos, el control de los programas o las cuestiones jurisdiccionales. Además, las estadísticas debían haber sido más específicas acerca de los pueblos aborígenes en cuestión: aborígen por tratado, reconocido oficialmente, no reconocido oficialmente, inuits o metis.

Garrioch se opuso a la declaración del informe en el sentido de que la cultura tradicional está viva y rozagante en los Estados Unidos y Canadá. “Este no es el caso”, dijo; después de cientos de años de colonización y opresión, “el pueblo gradualmente se apartó de sus propios caminos tradicionales”. Es necesario que haya un equilibrio entre la medicina tradicional y la occidental — añadió.

Concluyó con una descripción de los esfuerzos del trabajo hecho por el AMC para promover el derecho a la salud obtenido por tratado. “Los gobiernos y políticos están tratando de definir la salud para nosotros”, dijo. La visión que tiene AMC de la salud es de que toda vida proviene del Creador, es sagrada y debe protegerse y preservarse. “La buena salud debe restaurarse y mantenerse”.

Comentarios sobre el documento de base: Rosa Ascencio García

Rosa Ascencio García, de la Organización de Médicos Indígenas Purhépechas de Pátzcuaro, México, dijo que no había tenido la oportunidad de revisar el documento de base; en vez de ello, describió su trabajo. Su organización representa a 52 organizaciones médicas en México que trabajan con personas pobres, hambrientas y necesitadas de muchas cosas. ¿Quién puede curar esto?” se preguntó. “Necesitamos justicia y acción por parte de nuestro gobierno... tenemos que recordarle a nuestro gobierno que estamos presentes. Necesitamos su apoyo”.

Todos los pueblos pequeños en la región de donde ella proviene tienen casos de cólera, enfermedades intestinales y otras dolencias causadas por la pobreza. “Somos campesinos pobres.

Trabajamos para ganar el pan del día siguiente”, dijo Ascencio, añadiendo que el gobierno continúa tomando tierras para construir fábricas que no emplean a las personas pobres, debido a que “no sabemos leer y escribir”. Las madres y los padres en los pueblos sufren “la enfermedad” de saber que no tienen medios para educar a sus hijos.

Muchas personas mueren en estos pueblos debido a que no hay instalaciones de salud, médicos y no hay forma de llevar a las personas enfermas a lugares donde puedan recibir tratamiento. Ascencio y otros utilizan la medicina tradicional con estas personas, pero, dice, “los tratamos y los dejamos en las manos de Dios”.

Cuando los españoles vinieron a México encontraron “una buena medicina” aquí, pero poco a poco robaron el conocimiento tradicional de curar con plantas y restringieron el uso de estas plantas. Con el tiempo, mucho del conocimiento se perdió. Sin embargo, a pesar de que los españoles se llevaron las plantas, “las raíces están todavía aquí”, agregó. La misión de los curanderos tradicionales ha sido siempre de transmitir el conocimiento tradicional a la juventud.

“No sabemos cómo leer, no sabemos cómo escribir, pero conocemos nuestras plantas y cómo utilizarlas”, dijo.

Ascencio y otros curanderos tradicionales esperan recibir alguna ayuda de los pueblos autóctonos y no autóctonos de América del Norte, concluyó. “Necesitamos la ayuda de ustedes para llevar a cabo nuestro trabajo”.

Comentarios sobre el documento de base: Juan Lligalo

Juan Lligalo, del Consejo de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, dijo que su propia impresión del cuidado de la salud para los pueblos indígenas es que “ciertas metodologías se han impuesto desde los niveles superiores a los inferiores”. Los tecnócratas han dominado siempre a los pueblos indígenas de este continente, dijo, y después de las invasiones española, portuguesa, inglesa y francesa, “aplicaron sus propias metodologías sobre nuestros pueblos”. En el proceso, los que estaban en el poder “nos han bautizado con diferentes etiquetas: pueblos aborígenes, pueblos autóctonos, pueblos indígenas”.

Lligalo dijo que el deseo más importante de los pueblos indígenas es la unidad y la comprensión entre ellos mismos. Si esta unidad no se desarrolla, “continuaremos siendo dominados y explotados”, dijo.

Su gobierno ha creado una rama de salud indígena pero “no le ha brindado el necesario apoyo para que funcione”. Muchos modelos de salud y de desarrollo han “fracasado miserablemente” debido a que los pueblos autóctonos nunca fueron consultados y se esperaba que recibieran los modelos pasivamente. Los pueblos indígenas tienen un modelo alternativo de cuidados de salud, uno en el que el poder fluye desde la base hacia la cúspide y no viceversa. “Quisiéramos trabajar unidos como un pueblo y esto es bastante difícil”, dijo.

Se preguntó cómo podía ejercerse presión sobre un gobierno que “nunca ha estado interesado en la concepción indígena del mundo”. La visión del mundo que tienen los pueblos indígenas es diferente de la que tienen los pueblos no indígenas, dijo. Por ejemplo, “no consideramos la muerte como un castigo de Dios. Nuestra concepción de la muerte es que los humanos, en su proceso de crecimiento, se cansan y se hacen viejos, como los árboles, y después mueren”. Pero con el fin de crecer “necesitamos nutrientes, como el árbol”, añadió.

Los invasores españoles “nos han arrebatado la tierra, y esta es la razón por la que somos pobres”, continuó diciendo. Las personas ya no viven hasta una etapa avanzada debido a que carecen de la nutrición adecuada para convertirse en personas fuertes y productivas. “Si queremos tener buena salud, necesitamos dejar que el alimento sea nuestra medicina y nuestra medicina nuestro alimento”. Las personas enfermas no pueden trabajar debido a la falta de nutrición, todo debido a que “no tenemos tierra”.

Los pueblos indígenas de todo el mundo tienen la misma demanda: tierra. “La madre tierra nunca se debe vender o negociar”.

Lligalo explicó que su organización no había sido capaz de analizar la sección del informe de Madeleine Dion Stout en detalle, pero sugirió que antes de la próxima reunión de OPS, debería ponerse más énfasis en el “trabajo práctico”. La sección del informe de Carlos Coloma “está acertada en por lo menos un 80%”, dijo. Lligalo planteó que los debates acerca de “crear una identidad” para los pueblos indígenas deben mirar por el contrario en torno a “recrear una identidad”, debido a que “nuestra identidad fue creada muchos años atrás, pero fue destruida”. Las invasiones europeas crearon fronteras y separación entre las culturas indígenas que no habían existido anteriormente, impusieron el capitalismo y concentraron la riqueza y recursos naturales bajo el control de unas pocas personas. “En la época anterior a la conquista, no había indios enfermos ni sucios”, dijo. “Con la llegada de los conquistadores, fuimos enviados, como venados, a las malas tierras, los pueblos indígenas tenían solamente tierras pobres para cultivar”.

Lligalo finalizó con varias conclusiones dirigidas a la OPS y a la OMS: el seminario debe producir recomendaciones para la OPS y la OMS en el sentido de que todos los estados miembros apoyen la participación de los pueblos indígenas en el desarrollo de programas para ellos mismos; y que las Naciones Unidas deben pasar de la etapa de emitir declaraciones acerca de los pueblos indígenas a la de recabar financiamiento para estos últimos. “Necesitamos fondos”, subrayó. “Los pueblos indígenas son a menudo pueblos indigentes” y declaraciones tales como las de denominar el año 1993 Año Internacional de los Pueblos Indígenas “serán palabras vacías si no van acompañadas de fondos”.

Banquete de bienvenida

Los participantes fueron invitados a un banquete de bienvenida en el Fort Garry Place en el centro de Winnipeg. El banquete fue patrocinado por Salud Manitoba. Líderes provinciales de Manitoba dieron la bienvenida a todos los participantes de la misma manera que los líderes nacionales habían hecho durante la mañana.

Mary Staniscia, Presidenta de Indigenous Women's Collective

Mary habló del corazón acerca de los problemas y preocupaciones de las mujeres indígenas. De una manera global hizo énfasis en cómo la organización que ella representa, está dedicada a trabajar para buscar soluciones a los problemas que la mujer indígena tenga que enfrentar apoyándose en la fortaleza que tienen en común. Mary ofreció una cálida bienvenida a todas sus hermanas y hermanos del hemisferio occidental.

Gran Jefe Phil Fontaine

Gran Jefe Phil Fontaine habló sobre los problemas comunes que los pueblos indígenas de América tienen que afrontar. Los problemas y luchas que nuestros hermanos y hermanas indígenas de otras partes de América tienen que afrontar son casi los mismos que aquí en Manitoba, particularmente con respecto a los gobiernos.

Los gobiernos a través de América por lo general han faltado en reconocer los derechos de los pueblos indígenas y no han cumplido ninguna de las obligaciones que tienen para con nosotros. En Canadá, el gobierno federal no ha cumplido sus obligaciones fiduciarias y de tratado con las Primeras Naciones de nuestro país. Nuestra gente está cansada de la traición constante y la inequidad. Estamos cansados de promesas vacías y continuamos a ser muy precavidos en nuestros tratos con el gobierno.

Pero no hemos perdido las esperanzas. De hecho, nos estamos levantando de nuevo; el proceso de curación se está llevando a cabo en un grado más alto y nos estamos volviendo más fuertes, más confidentes y más educados.

Por lo tanto es un gran privilegio para nosotros de reunirnos aquí y es realmente alentador compartir, como indígenas, nuestras experiencias, nuestros triunfos, nuestro dolor, y nuestra visión común en toda su integridad. Estamos haciendo esto en un espíritu de solidaridad y confianza y debemos continuar juntos.

Meegwetch!

Ernie Blais, Presidente de Manitoba Metis Federation, Inc.

Los Metis de Manitoba viven en las mismas condiciones que los indígenas por tratado pero sin los mismos servicios. Si las investigaciones hechas en los habitantes de las reservas es poca, no hay absolutamente ninguna investigación hecha sobre el pueblo Metis. Sin embargo, sabemos cuáles son los problemas que tenemos que enfrentar y sentimos que también conocemos las soluciones.

La red de trabajo que se establezca en esta reunión nos ayudará en nuestra lucha por servicios de salud adecuados, salud en el amplio sentido de la palabra. Juntos podemos encontrar soluciones porque tenemos los mismos problemas. Esta conexión norte-sur contribuirá a la solución de éstos problemas. Juntos nos podemos ayudar.

Sandy Funk (Síndico escolar)

La Señora Funk en representación del señor Jim Bear,
Presidente del Aboriginal Council of Winnipeg.

Bienvenidos hermanos y hermanas que vienen de las cuatro direcciones de nuestra Madre Tierra para asistir a este encuentro histórico.

Los pueblos indígenas han hecho grandes contribuciones en todo el mundo y ahora tenemos la oportunidad de compartir con otros nuestra filosofía de salud.

Nuestra salud está directamente ligada a la tierra, los bosques, el agua y las plantas, nuestra salud no puede ser vista de manera aislada de otros problemas como empleo, cultura y habitación.

La señora Funk lanzó un reto a los gobiernos para que hagan cambios fundamentales a las leyes y políticas para que reflejen las prácticas de salud indígenas.

Ella terminó con una historia cuya moraleja es: "Reúne a la persona para que el mundo esté bien".

Meegwetch!

Sandra Delaronde, Presidenta de Metis Women of Manitoba

Señora Delaronde comenzó saludando a sus hermanas y hermanos indígenas y extendió una cálida bienvenida a todos al lugar de nacimiento del pueblo Metis. Es un honor para nosotros el que ustedes hayan escogido nuestra tierra para llevar a cabo esta histórica y significativa conferencia, dijo. Los asuntos de salud tenían que hacerse camino a través de la puerta de atrás cuando la agenda política ha estado dominada por asuntos económicos y de autogobierno. Es importante recordar las lecciones de nuestros antepasados quienes trabajaron para eliminar los problemas que nos han oprimido por generaciones.

Tenemos que recordar también que la salud no es solamente el cuidado físico sino también el mental, emocional y espiritual de todo nuestro pueblo. En nuestra búsqueda de auto-gobierno, a menudo olvidamos o declinamos reconocer la curación que debe llevarse a cabo, particularmente de un centro espiritual. Este es el primer aspecto de nuestro ser que ha sido atacado por aquellos que nos colonizaron.

Para finalizar, la señora Delaronde dijo que quería extender su más sincero agradecimiento al comité de planificación por un trabajo bien hecho. "Particularmente quiero agradecer el trabajo de Cheryl-Anne Carr quien representó a la nation Metis en el comité de bienvenida y en el seminario".

Réal Cloutier, Ministerio de Salud de la Provincia de Manitoba

Réal Cloutier en representación del Honorable Donald Orchard,
Ministro de Salud de la Provincia de Manitoba.

Nuestros puntos de vista en relación a la salud están cambiando dramáticamente. Reconocemos que la salud debe ser vista en la amplitud de su contexto, no sólo como una función de la biología humana. La salud es afectada por muchos otros factores socioeconómicos en la sociedad que pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud.

Al aceptar una definición amplia de la salud, debemos alejarnos del punto de vista tradicional en el que la salud de una población está directamente relacionada a la cantidad de servicios de salud disponibles.

Mejoras en el campo de la salud requieren una amplia gama de estrategias que van mas allá de la provision de servicios de salud. Requiere de la participación de mas comunidades, las cuales deben de tomar cierto grado de dominio y responsabilidad para resolver problemas que afectan la salud. Esto debe hacerse en asociación con el gobierno.

Reconocemos que las pueblos aborígenes usan los servicios de salud más frecuentemente que el resto de los canadienses, sin embargo, las soluciones que son necesarias para mejorar la salud de los pueblos aborígenes necesitarán una amplia gama de estrategias si queremos alcanzar el éxito.

Segundo día: Apertura Primeras Naciones y Recapitulación

El segundo día del seminario comenzó con una ceremonia tradicional de fuma de la pipa, encabezada por David Blacksmith, indio Cree de Cross Lake, Manitoba. A continuación, Myrna Cunningham, de Nicaragua, recapituló los debates del día anterior. Blacksmith explicó el significado de la ceremonia, comparando el cuerpo humano a un aposento que cada uno de nosotros tiene la responsabilidad de mantener limpio. “Estamos a la búsqueda de respuestas en un lugar que es el origen de los problemas”, dijo. “Bill Clinton no va a venir a salvarnos. Brian Mulroney no va a venir a salvarnos. Sin embargo, tenemos las respuestas a los problemas que confrontamos como pueblos indígenas”.

Myrna Cunningham extrajo las siguientes observaciones y recomendaciones de los debates realizados durante la plenaria y el seminario del 13 de abril:

- Las soluciones para los problemas a los que se enfrentan los pueblos indígenas pueden provenir solamente de ellos mismos. Las prioridades para la acción desarrolladas en este taller deben reflejar una comprensión de las diferencias culturales y preparar el terreno para que los pueblos indígenas participen realmente en definir políticas de salud integrales.
- Los participantes del taller comparten la disposición de resolver los problemas de salud de los pueblos indígenas, fortaleciendo el conocimiento de base a nivel de la comunidad, promoviendo la conciencia social de la historia indígena y haciendo que la salud de los pueblos indígenas se convierta en una prioridad para los sistemas de salud nacionales.
- Las nuevas relaciones deben estar basadas en el reconocimiento de las diferencias culturales, el respeto por la fortaleza de cada cultura y en una dedicación al fortalecimiento de los pueblos indígenas.
- Los médicos deben crear vínculos en los niveles internacional y nacional, vínculos basados en el trabajo llevado a cabo en nuestras comunidades.
- OPS debe intentar que los gobiernos miembros fijen su atención en las cuestiones relativas a la salud de los pueblos indígenas de manera que ayuden a resolver problemas actuales, apoyándose en la consulta a las comunidades indígenas.
- Existe la necesidad de observar el estado de la salud de los pueblos indígenas y proporcionar capacitación, educación y tecnología apropiadas en apoyo de las intervenciones que se realicen en este sentido en la comunidad. OPS puede desempeñar un papel importante para asegurar que se compile información estadística adecuada.
- El proceso de definir las políticas de salud debe permitir el equilibrio entre las condiciones de vida materiales y las necesidades espirituales.
- Las condiciones de la comunidad deben tenerse en cuenta a todo lo largo del proceso de recopilación de datos y definición de las metodologías de investigación.

- La transferencia de responsabilidad a las comunidades indígenas para que administren los servicios de salud debe organizarse de manera que garantice una verdadera descentralización.
- Existe la necesidad de decidir si se pedirá a los gobiernos que proporcionen más recursos, participen más ampliamente, o una combinación de ambos, en respuesta a las cuestiones relativas a la salud de los pueblos indígenas. De cualquier manera, debe consultarse directamente a los pueblos indígenas.
- La medicina indígena no debe utilizarse para perpetuar la pobreza de los pueblos aborígenes o “tranquilizar” a las comunidades después de siglos de humillación. Los pueblos indígenas deben ser capaces de sentir y expresar su ira.
- Los pueblos indígenas deben apoyarse en su propia identificación colectiva y trabajar para lograr una definición de derechos titulares tales como la tenencia de la tierra, un medio ambiente saludable y limpio, y la autodeterminación.
- Se requiere un esfuerzo concertado para cambiar la mentalidad de los trabajadores, instituciones y políticas de salud. A los pueblos indígenas se les debe dar la autoridad para que tomen el control de su propia salud y se hagan cargo de esta responsabilidad.
- Algunos participantes propusieron que la OPS declarara a las zonas indígenas como áreas de emergencia en salud para reflejar la crisis de salud en las comunidades indígenas. No hubo completo consenso en este punto, pero Cunningham sugirió que los grupos podrían expresar sus criterios acerca de esta idea en las otras sesiones.

Participación de los Pueblos Indígenas en Programas de Salud

Prestación de servicios de salud a los ciudadanos indígenas en los Estados Unidos:

John Sunchild, jefe de la tribu Chippewa Cree de Montana, Estados Unidos, dijo que creía que con el fin de provocar el cambio “había que lanzarse al mismo centro de la palestra, sin amedrentarse por el contrincante”.

Sunchild expresó que en un tiempo era un hombre feliz, pero después de muchos años trabajando con el gobierno tribal se ha convertido en una persona enfadada. “Todo mi ser se está convirtiendo en una entidad legislada. Cada cosa que hago está regida por reglas y reglamentos”. A Sunchild no le gustan las reglas y no gusta de los burócratas que utilizan estas reglas como si fueran biblias. Sunchild dijo que proviene del país más rico del mundo, pero las necesidades de salud de su pueblo no se satisfacen. Pidió a la OMS y a los delegados del seminario que se convirtieran en sus aliados —“necesito la voz de todos ustedes para justificar mi clamor por cambiar las reglas y regulaciones de mi gobierno concerniente a la atención médica”. Los pueblos indígenas tienen problemas comunes y necesitan organismos internacionales como la OMS para ayudarles a abrir las puertas, confirmar la realidad de los pueblos indígenas y ayudarlos a comenzar a eliminar las barreras que se oponen a una atención médica apropiada.

Sunchild relató una breve historia del servicio de salud indio en su país. El gobierno de Estados Unidos mantiene la responsabilidad legal y moral de proporcionar atención médica a los indios americanos; los pueblos indios y sus gobiernos tribales, sin embargo, sostienen que ellos tienen la soberanía para determinar lo que mejor les conviene. La primera agencia responsable de proporcionar atención médica a los indios fue el Ejército de Estados Unidos, y según Sunchild, el ejército aceptó esta responsabilidad en parte para poder distribuir sábanas infectadas con viruela entre los pueblos indios. Esta práctica erradicó a comunidades enteras e incluso actualmente algunos niños llevan en su cuerpo las marcas de esa tragedia.

El Bureau of Indian Affairs asumió la responsabilidad de la atención médica hasta 1955, cuando se transfirió la autoridad al Indian Health Service (IHS). Al mismo tiempo, se aprobó una ley para proporcionar alcantarillados y agua a todos los hogares indios, pero tuvieron que pasar otros cinco años antes de que muchas comunidades indias recibieran estos servicios. En 1976 se expandieron los servicios médicos, permitiéndose a la tribu de Sunchild construir su propio hospital, que se arrienda a las autoridades federales. En 1980 nuevas leyes de salud permitieron el establecimiento del control tribal local y la gestión de instalaciones de salud. Sin embargo, las leyes significan poco sin los fondos adecuados y Sunchild y el consejo de la tribu continúan luchando para obtener fondos que les permitan tener más control sobre los servicios de salud.

Una de las batallas se libra contra la práctica que permite al gobierno rehusar el pago de la atención médica si el paciente no ha sido remitido por un médico para el tratamiento. En muchas comunidades indias, los médicos rara vez remiten a los pacientes debido a directivas gubernamentales de ahorro y los enfermos se ven forzados a buscar atención médica por su propia cuenta. En una comunidad de 120 personas, los residentes habían acumulado cuentas por servicios médicos que se elevaban a US\$300.000, cantidad que el gobierno rehusaba pagar. Sunchild intervino en este caso, visitando Washington y trayendo consigo a funcionarios para que se reunieran con la comunidad. Los funcionarios prometieron hacer algo para aliviar la situación, pero nunca lo cumplieron.

Sunchild ha hablado con médicos que han dejado sus trabajos en instalaciones de atención médica a los indios, médicos que dijeron que la mayoría de las personas a las que atienden diariamente necesitan más atención médica, pero no los remiten debido a medidas federales de ahorro de dinero. Sunchild dijo que a los enfermos se les ayuda solamente cuando no pueden levantarse de su cama y “si mueren, es un indio menos del que hay que ocuparse”.

Sunchild concluyó diciendo que la IHS no funciona, y nuevamente pidió ayuda a la OMS y a los delegados de la conferencia para mejorar la situación. Las personas dedicadas a mejorar la atención a la salud deben “luchar por cada pulgada de terreno”, dijo. Alvin Windy Boy, colega de John Sunchild, añadió que la cuestión decisiva es el dinero — “sin dinero no hay atención médica”.

La búsqueda de la relación operacional en la salud entre gobiernos y pueblos indígenas en América Central:

Leyla Garro Valverde, del Ministerio de Salud de Costa Rica, resumió un proyecto en el que participan siete países de América Central. El proyecto, que consiste en la búsqueda de una “articulación” para la atención médica a los pueblos indígenas, reunió a 36 personas, la mitad de ellas curanderos tradicionales y la otra mitad profesionales de la medicina. (Articulación en este sentido significa el uso paralelo de los sistemas tradicional y occidental).

El proyecto surgió de un programa de capacitación para médicos celebrado en 1990 en un área que tenía el índice de mortalidad infantil más alto del país. Después que completaron el programa, los médicos estuvieron satisfechos con la capacitación obtenida, pero no se registraron muchos cambios. Se decidió que una reunión pancentroamericana debería ser el próximo paso. Todos los países participantes estuvieron de acuerdo en que a pesar de que la situación de la salud de los pueblos indígenas en cada país era diferente, ésta era crítica en todos y el común denominador entre los pueblos indígenas era la situación de desventaja en que se encontraban todos. El equipo del proyecto analizó diferentes barreras que hacen difícil la “articulación” o la unión de temas comunes. Una de estas barreras era que el sistema de salud oficial desconocía la medicina tradicional. El sistema oficial se oponía a utilizar los sistemas tradicionales, o incluso ajustarse a ellos — el sistema oficial es un “sistema diseñado para satisfacer las necesidades de empleados públicos”, dijo Garro Valverde.

Añadió que la medicina autóctona y la occidental han permanecido separadas y no existe una real articulación de ambas.

Hizo notar que la salud es un factor importante en el desarrollo social y no se puede separar de los temas de la pobreza y el analfabetismo. Las personas pobres no tienen acceso real a las instituciones de salud — una visita al hospital puede costar el salario de un mes. Otra barrera es evidente cuando los profesionales de la salud de otras regiones no pueden hablar el idioma del enfermo.

El facilitar acciones incluye el apoyo de organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), continuó diciendo Garro Valverde, añadiendo que le agradaba saber que OPS había abandonado su “tímido” apoyo y reconocía actualmente la importancia del papel de la medicina autóctona. Entre los factores que facilitan estas acciones se encuentra el fortalecimiento de las organizaciones indígenas en todos los niveles, pero especialmente en el local y en el comunitario. Las reuniones internacionales son útiles solamente en la medida en que se lleven a la práctica sus recomendaciones para la acción.

Para finalizar, Garro Valverde presentó algunas de las recomendaciones hechas por el equipo del proyecto para las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e indígenas. Las recomendaciones para el gobierno incluían: apoyar las luchas de los pueblos indígenas por la autodeterminación; reconocer la importancia de la medicina tradicional en las políticas de salud; y hacer que los pueblos indígenas tomen decisiones acerca de las políticas de atención médica.

Las recomendaciones para las organizaciones no gubernamentales incluyeron: adaptar políticas que reflejen las demandas de la comunidad indígena; disminuir la participación de intermediarios en la gestión de fondos y proyectos; desaconsejar el uso de productos y tecnologías extranjeros en proyectos; y convertirse en aliados de los grupos indígenas en sus luchas contra los gobiernos.

Las recomendaciones para las organizaciones indígenas incluyeron: crear y coordinar un proceso de toma de decisiones; observar la creación de grupos que intervienen en nombre de los pueblos autóctonos; participar activamente en estudios antropológicos sobre salud indígena; crear y publicar un inventario de recursos para la curación tradicional y el intercambio de esta información; y solicitar que las autoridades reconozcan y respeten a los curanderos tradicionales. Concluyó Valverde añadiendo la recomendación final de que los resultados del seminario tuvieran la difusión más amplia posible.

Instituciones, pueblos indígenas y políticas de salud: el caso colombiano

Anatolio Quira, de la Organización de Nacionalidades Indígenas de Colombia, dijo que la primera prioridad de los pueblos indígenas de todo el mundo es establecer una base territorial. “Estamos perdiendo la medicina y la cultura tradicionales en Colombia”, como un legado de las invasiones europeas que comenzaron hace quinientos años. Los invasores despojaron al pueblo de su tierra y lo desplazaron hacia las montañas. La asimilación cultural ha creado problemas muy serios para los pueblos indígenas de Colombia y el gobierno está “totalmente inconsciente” de estos problemas. Según Anatolio Quira,

cuando su pueblo tomó conciencia de la lucha por el poder para obtener tierra, comenzaron a darse cuenta de que sus problemas no los habían creado ellos y comenzaron a luchar por obtener cambios legislativos para “recuperar nuestras tierras” y mejorar nuestra situación.

Entre los obstáculos que frenan la lucha se encuentra la presencia de muchos funcionarios elegidos que también son propietarios de tierra. Algunos de estos funcionarios han luchado activamente contra el movimiento indígena. Por ejemplo, recientemente el gobierno autorizó lo que nosotros llamamos “planificación familiar negativa”, que es la implementación institucional de planificación familiar dentro de los programas de salud primaria. Incluso se llegó hasta el extremo que para recibir cualquier servicio de salud se estuviera de acuerdo con la planificación familiar. En algunos casos, mujeres indígenas fueron forzadas a hacerse la ligación de trompas (para nosotros eso es una castración).

En 1972, Quira y otros comenzaron la lucha por recuperar las tierras. Hacia 1974, se habían registrado varias muertes entre los activistas y algunos habían sido encarcelados. En 1980, el grupo se convirtió en la Organización de Nacionalidades Indígenas de Colombia. Sus actividades han incluido ocupación de tierras, de oficinas del gobierno y construcción de barricadas en autopistas. En 1983, el gobierno aprobó una ley que reconocía algunas de sus demandas, pero Quira hizo notar que muy a menudo las leyes no se aplican completamente.

La cuestión va más allá de los derechos de la tierra. Incluye hacer que el gobierno reconozca la base de los conocimientos de los pueblos indígenas. Los curanderos tradicionales conocen plantas, raíces y plegarias. “Necesitamos recopilar ese cuerpo de conocimiento, presentarlo al gobierno y demandar que sea respetado”. Quira dijo que el gobierno teme que los activistas indígenas estén tratando de arrebatarles algo, “y tienen razón”, pero la medicina tradicional y la occidental, agregó, pueden aprender una de otra.

La medicina tradicional es importante debido a que los antepasados de Quira siempre la han utilizado y la misma no utiliza ingredientes artificiales que puedan dañar a las personas. La medicina occidental, por otra parte, depende de medicamentos “creados en otros países”, que no promueven la longevidad y que “contaminan el cuerpo”. Quira cree que la dieta y la nutrición son factores muy importantes que determinan el estado de la salud y que, según él, “estamos comiendo alimentos envenenados”.

Concluyó describiendo la camaradería que él y otros senadores indígenas comparten y presentó a los organizadores del seminario un documento preparado por su organización. Algunas de las recomendaciones del documento incluyeron el apoyar las acciones de los varios países que están ajustando sus leyes para reflejar las preocupaciones de los pueblos indígenas; crear un departamento de antropología médica para capacitar a los trabajadores en el área de la salud; estimular a las organizaciones de salud internacionales para que creen políticas que aboguen por la protección del medio ambiente; contribuir al diseño de indicadores epidemiológicos para apoyar la investigación; y promover la creación de un fondo de apoyo internacional para las iniciativas de salud de los pueblos indígenas.

Salud indígena y políticas de salud en el Caribe

Joseph Palacio, en representación de National Garifuna Council de Belize, describió la situación de la salud de los pueblos indígenas del Caribe, poniendo particular énfasis en el contexto social en el que se prestan los servicios de salud. La región esta compuesta de microestados, en un mundo en el que la descentralización de los gobiernos se está convirtiendo cada vez más en la tendencia de moda. Los pueblos indígenas todavía se enfrentan a problemas de salud en estos microestados, expresó Palacio. La diferencia fundamental es que las cuestiones son algunas veces más claras de lo que lo serían en un medio ambiente más complejo. “Incluso si el estado consistiera solamente en pueblos aborígenes, todavía habría problemas, aclaró.

Además del tamaño de la región, el Caribe es único de otra manera muy importante: después de generaciones de mezclas raciales entre aborígenes y no aborígenes, “se hace un poco difícil diferenciar” los distintos grupos poblacionales. En Belize, es mucho más preciso hablar de una línea de continuidad, incluyendo a las personas que son “muy autóctonas”, otras que están muy occidentalizadas y muchas otras que se encuentran en el medio de estos dos polos. “Las líneas de demarcación entre estas personas es muy flexible”, agregó Palacio. “Utilizando la palabra ‘etnicidad’ no tiene mucho sentido porque rara vez se encuentran grupos de personas aisladas” de acuerdo al origen cultural.

Según Palacio, el Caribe “es el lugar donde los sistemas de los dos mundos entraron en colisión”, de modo que los pueblos indígenas del Caribe fueron los primeros en experimentar el sistema de genocidio, esclavitud y colonialismo. “Treinta años después de que Colón desembarcara en la Española, cerca del 90% de la población había perecido”, y otros poderes coloniales se apresuraron a seguir sus huellas: “Prácticamente todo país europeo que quería una colonia fue a buscarla al Caribe”.

Actualmente, los indicadores de salud en el Caribe “son de los mejores del Tercer Mundo”, apuntó Palacio, “fundamentalmente debido a que se trata de países que adquirieron la independencia no hace más de 20 ó 25 años, y que han visto el beneficio de la independencia política como un medio de mejorar su infraestructura de salud”. Pero las poblaciones aborígenes de la región se enfrentan a problemas significativos en las áreas de salud materno e infantil, desnutrición y ciertas enfermedades.

Además, los cambios en la economía podrían tener repercusiones en toda la región para las próximas dos generaciones. La atención médica aborígen a menudo se agrupa con servicios para el resto de la población, de modo que hay una buena cantidad de actividad en el área de la atención primaria de salud.

Palacio presentó las siguientes recomendaciones para la programación de la salud indígena en el Caribe:

- Las naciones del Caribe deben sensibilizarse con los temas de la pobreza y las enfermedades que afectan a los pueblos aborígenes que viven en su seno. La OPS y otras organizaciones deben continuar presionando a los gobiernos nacionales para que reconozcan que esos problemas específicos requieren una respuesta coordinada.

- El concepto de zonas de salud de emergencia sería extremadamente útil en el caso de los microestados. Además de las zonas geográficas, sería útil poder designar zonas de atención social prioritaria, incluyendo áreas en el interior de las ciudades y algunas comunidades rurales. “Hay una tremenda cantidad de pobreza que podría incluir o no a los pueblos aborígenes”, apuntó Palacio. Problemas específicos que incluyen el consumo de drogas, la prostitución y el sentimiento de alienación e indiferencia entre la población.
- Hay una cuestión importante de equidad en los países en que cada ciudadano paga por la atención médica, independientemente de sus ingresos. El resultado es que los pobres y los pueblos aborígenes están subvencionando a los ricos en sus países.
- Los programas de salud deben asegurar que los estados pequeños reciban atención especial antes de que se pasen por alto. Al Caribe se lo amalgama usualmente con América Latina o, lo que resulta aún peor, con América del Norte”. De cualquier manera, quedan pocos recursos para las naciones del Caribe.

La Experiencia de Cuetzalán

Carlos Zolla, del Instituto Nacional Indigenista (INI) de México, relató el trabajo que se había hecho para establecer un hospital rural experimental en Cuetzalan, en la Sierra Norte del Estado de Puebla. Apuntó que los pueblos indígenas son los segmentos más vulnerables de la población mexicana y los que menos acceso tienen a la atención médica. Señaló también que México posee aproximadamente 9 millones de indígenas que hablan 56 lenguas.

Una serie de diapositivas sirvieron para ilustrar el pobre estado de salud y las condiciones socioeconómicas de la población indígena del país. Información basada en indicadores tales como el acceso a la electricidad, el agua y el alcantarillado, los índices de alfabetización y deserción escolar, la mortalidad infantil y preescolar, la prevalencia de enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias. Ésta información está contenida en el documento La salud de los pueblos indígenas de México, que el ponente entregó al Comité Organizador.

Paradójicamente, el INI no forma parte del Sistema Nacional de Salud, pese a lo cual tuvo que actuar, desde su creación en 1948 en las regiones en donde las poblaciones tenían las necesidades más acuciantes con los recursos de salud más limitados. Según el dicho popular “le tocó bailar con la más fea”. La escasez de personal hizo que el INI encaminara su esfuerzo hacia la intervención directa en pequeños proyectos y, sobre todo, hacia las relaciones comunitarias, tratando de despertar la conciencia del público para apoyar objetivos más amplios relativos a la salud de los pueblos aborígenes.

La experiencia del Hospital Cuetzalan se basó en tres principios fijados por el INI:

- 1) Ningún proyecto debía ser realizado sin una firme participación comunitaria;
- 2) Se debían generar condiciones para la transferencia efectiva de funciones de autoridad y conocimiento hacia las comunidades;
- 3) Contar con una fuerte coordinación interinstitucional con vistas a mejorar la prestación de los servicios de salud.

El proyecto de Cuetzalan adoptó la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) adaptada a regiones indígenas; reconoce la existencia de un Sistema Real de Salud integrado por las medicinas académica, tradicional y doméstica. Además, mantiene un estrecho contacto con el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, cuyo Programa Nacional fue entregado a los organizadores del seminario. "Cuetzalan es nada más ni nada menos que un intento de recrear el concepto de la atención primaria de salud para una región indígena específica", agregó Zolla.

El proyecto se lanzó en 1989, en un hospital que estaba en un avanzado estado de deterioro. El hospital presta servicios a 46 comunidades que reúnen una población de 28,000 indígenas nahuas y totonacos. La región ha estado azotada por la recesión económica causada por un descenso en los precios internacionales del café; pero ha sido capaz de mantener una fuerte identidad cultural. El hospital debió realizar una serie de ajustes en su mecánica de trabajo para adaptarse a las necesidades de la región: por ejemplo, las jornadas de mayor actividad son los jueves y los domingos, pues son los días de mercado en Cuetzalan.

En 1990, el equipo sitúa al hospital dentro de un Programa Regional de Salud (concebido como un SILOS), descentralizado, que combina medicina científica y moderna con actividades de los médicos tradicionales (curanderos, parteras y hueseros). El programa reconoce que entre la medicina moderna y la tradicional ha habido una relación histórica de conflicto y complementación. "El programa requiere de un alto grado de coordinación para decidir los papeles y las responsabilidades". El de Cuetzalan es un hospital de primer nivel, con convenios para cirugías programadas y una serie de programas comunitarios, algunos de ellos acordados con la cooperativa de caficultores y pimenteros, y con la propia Organización de Médicos indígenas de la Sierra Norte de Puebla. El proyecto de Cuetzalan depende de un gran número de agentes de salud: médicos, promotores, enfermeras y terapeutas tradicionales. Los curanderos han permanecido trabajando en el proyecto a pesar de la barrera del idioma y de otras diferencias culturales. El contacto con la comunidad y los programas educativos y preventivos son un elemento importante que ha recibido un empuje debido al hecho de que se percibe al hospital rural como un "hospital indio". Se ha evitado confundir los roles de los agentes, apuntó Zolla. "No creemos que los curanderos tradicionales deban ser promotores de salud. Los promotores de salud son una figura técnica y socialmente distinta. Los curanderos tradicionales deben continuar actuando como tales. La experiencia Cuetzalan presenta avances y plantea interrogantes: su carácter de hospital mixto ha servido de modelo para otras iniciativas en los estados de Nayarit, Campeche, Oaxaca y Chiapas; ha permitido reformular políticas en relación al concepto de SILOS (que en México se identifica con las jurisdicciones sanitarias, y que suelen incluir realidades sociales, económicas, ecológicas, epidemiológicas y culturales muy diferentes); ha permitido un nuevo diálogo entre médicos y curanderos. Pero también plantea el interrogante de cómo pueden sobrevivir estos proyectos, de cómo se mantendrán en el futuro las 57

organizaciones de médicos tradicionales que existen en México, en la medida en que estas organizaciones fueron creadas sobre una base no lucrativa. Algunos curanderos están estudiando la posibilidad de que el cultivo de plantas medicinales sea una fuente de recursos económicos. Finalmente, Zolla señaló que el proyecto Cuetzalan muestra que "la atención primaria de salud no es barata. Requiere de una inversión significativa, especialmente en infraestructura. La prevención, a diferencia de la curación, exige un contacto continuo y constante con toda la comunidad al nivel más primario. Después de cuatro años de haber lanzado el proyecto, la cuestión central sigue siendo cómo mantener los vínculos con la comunidad, cómo crear capacidades en el nivel global, cómo brindar servicios preventivos de calidad.

Tercer día: Apertura Metis y Recapitulación

El tercer día del seminario se inició con una bienvenida tradicional de las abuelas Metis, quienes subrayaron el papel de las mujeres Metis como líderes y proveedoras de cuidados dentro del núcleo familiar. A continuación, Myrna Cunningham de Nicaragua, ofreció un resumen de las prioridades y recomendaciones que los delegados habían planteado en el curso de las sesiones plenarias y talleres del miércoles.

Cunningham citó un importante tema común que habían repetido en las plenarias los expositores provenientes de América del Sur, América Central, el Caribe y América del Norte, con numerosos ejemplos y de muchas maneras diferentes: será necesario llevar a cabo una larga y persistente lucha para reclamar los derechos de los pueblos indígenas en vista del engaño, persecución y la combinación de trampas legislativas, regulatorias y burocráticas de que han sido víctimas. Sólo el objetivo último y no negociable de la soberanía aborígena pondrá fin a la larga historia de racionamiento de la atención médica que ha hecho imposible que los servicios apropiados sean inaccesibles a los pueblos indígenas.

Como antídoto para el aislamiento físico, cultural, geográfico y económico, los delegados hablaron acerca de la autonomía, autodeterminación y acceso aborígena a los recursos como la base para la buena salud: hasta ahora, expresó Cunningham, los gobiernos han basado sus políticas y programas de salud en limitaciones burocráticas, reflejando su propia necesidad para generar programas visibles o ahorrar dinero. Aliviar los acuciantes problemas de salud ha sido generalmente una prioridad secundaria.

En el curso de la discusión del miércoles se hizo evidente que los pueblos indígenas de las Américas están luchando por la salud en una diversidad de contextos y escenarios políticos, y dentro de una variedad de diferentes estados, comunidades y medio ambientes. Será necesario un proceso de "articulación" con el fin de abrir espacios viables para los curanderos tradicionales.

Cunningham dividió las recomendaciones del día en las siguientes categorías:

Prioridades del programa de salud

- El único camino para garantizar servicios de salud apropiados es que las comunidades aborígenes se adueñen de la capacidad para tomar decisiones, sin necesidad de intermediarios.
- La administración de los servicios de salud indígenas debe ponerse en las manos de las comunidades mismas, para evitar perpetuar condiciones de dependencia.
- Las diferencias culturales entre los trabajadores de la salud no indígenas y los pueblos indígenas a los que sirven deben reconocerse como un serio obstáculo a la salud. Se requieren estrategias para educar a los trabajadores de la salud en la comprensión de las necesidades culturales y de salud de los miembros de la comunidad.

- Se requieren estrategias legislativas para garantizar que se satisfagan las necesidades de salud de los pueblos indígenas. La aplicación de las leyes es una cuestión fundamental debido a que las leyes carecen de significado sin la voluntad política de aplicarlas.
- Se requieren un desarrollo organizacional y campañas de educación pública masivas para hacer que el público reconozca y apoye los derechos y títulos aborígenes.
- Es importante hacer uso de los espacios legislativos que los pueblos aborígenes han recuperado, con el fin de consultar con las comunidades indígenas acerca de prioridades y estrategias de salud.
- Se requieren estrategias concretas para garantizar el desarrollo e implantación de programas que satisfagan las necesidades de los pueblos y promuevan la real participación comunitaria.
- Las organizaciones de salud internacionales deben desempeñar un papel en promover y difundir las iniciativas aborígenes en el campo de la protección ambiental y en obtener compromisos del gobierno en el sentido de llevar a cabo fuertes políticas de defensa del medio ambiente.
- Las organizaciones de salud deben apoyar el establecimiento de un fondo de salud de los pueblos indígenas, así como una comisión internacional para garantizar el seguimiento y aplicación de apropiadas políticas de salud aborígenes. La situación de la salud de las naciones indígenas que se desplazan a través de fronteras geográficas se identificó como una prioridad específica y urgente.
- Las organizaciones locales y regionales deben desempeñar un papel en apoyar el proceso de articulación entre la medicina tradicional y la occidental.
- La comunidad internacional debe declarar zonas de emergencia allí donde los pueblos indígenas se enfrenten a problemas de salud relacionados con el aislamiento, la pobreza; el surgimiento de epidemias u otros factores.
- Se debe incluir a los países del Caribe en todas las iniciativas de salud indígenas.
- Se requiere un esfuerzo coordinado para erradicar las limitaciones a la práctica de cuidados de salud primarios en las comunidades indígenas.
- Los programas y proyectos de salud en las comunidades indígenas deben estar basados en la transferencia de recursos adecuados, combinados con la transferencia de autoridad y apoyo institucional para los pueblos aborígenes.
- Como principio básico, la síntesis de la práctica de salud tradicional, occidental y doméstica debe permitirse llevarse a cabo por los usuarios del servicio.
- El diseño de estrategias de salud indígenas debe reflejar la migración de los centros rurales a los urbanos, resultando en un cambio en los perfiles de mortalidad y morbilidad.
- Las prioridades en las comunidades rurales en América del Norte y América del Sur incluyen el alcoholismo y la drogadicción, abuso de menores, violencia contra la esposa, suicidio y SIDA. Los grupos de trabajo reconocieron las causas globales de la mala salud entre los pueblos indígenas, pero sostuvieron la opinión de que era extremadamente importante debatir las

experiencias concretas vividas como consecuencia de la pérdida de tierras y de la identidad cultural. Las comunidades indígenas están muy doloridas y algunos grupos creen que las soluciones prácticas no son inmediatamente obvias.

- Delegados de Canadá y los Estados Unidos expresaron preocupación acerca de la falta de mecanismos de seguimiento para evaluar los resultados de los programas de salud o asegurar que los servicios de apoyo sigan desempeñando su papel para provocar el cambio a nivel comunitario.
- Se destacó que muchas comunidades indígenas representan una fuente de mano de obra barata que apoya el desarrollo económico a través de las Américas.
- Los participantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de desarrollar recomendaciones específicas en el área de la salud de las mujeres indígenas.

Políticas de salud y relaciones de coordinación

- OPS debe desempeñar un papel en juntar una base de información completa sobre la salud indígena y debe tomar la iniciativa en declarar zonas de emergencia para tratar problemas como el cólera, suicidio, alcoholismo, y tratados que tengan un alcance extrafronterizo.
- La medicina tradicional debe mantenerse como un sistema paralelo. Los esfuerzos en esta área deben estar basados en el concepto de articular servicios complementarios y no en integrar la medicina tradicional con la práctica occidental.
- Se requiere apoyo organizacional para promover los intercambios entre curanderos tradicionales.
- Los gobiernos deben dar pasos para proteger a los curanderos tradicionales de la violencia y del hostigamiento en sus viajes al extranjero y dentro del país.
- Preservar los sitios sagrados de los pueblos indígenas debe ser reconocido como una urgente prioridad con el fin de prevenir más pérdidas de valores culturales que son integrales con la buena salud. Los grupos escucharon los relatos de muchos casos en los que los sitios sagrados habían sido profanados para excavar minas, construir centros turísticos o campos de golf. Este es un tema críticamente importante dentro del contexto de la atención médica integral.
- OPS debe desempeñar un papel fundamental ante las Naciones Unidas en promover el reconocimiento de la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y gestión del medio ambiente. Los pueblos indígenas deben tener la oportunidad de vivir en tierras protegidas, tales como los parques nacionales, particularmente cuando no se les haya proporcionado tierras de ningún tipo.
- Los políticos de origen indígena elegidos deben estimular las iniciativas legislativas en sus países para apoyar la medicina tradicional.

Capacitación y educación

- Los trabajadores de la salud no indígenas en áreas indígenas deben recibir capacitación en antropología médica, medicina tradicional e idiomas para que puedan reconocer y respetar la cultura en el seno de la cual trabajan.
- Las universidades e instituciones de las Américas deben establecer un banco de datos de recursos de capacitación en el campo de la medicina tradicional.
- Las instituciones educativas en diferentes países deben conceder mayor prioridad a las necesidades de capacitación aborígenes y deben apoyar programas de capacitación en las comunidades indígenas.

Implementación

- Todos los programas indígenas de salud deben estar basados en el respeto a los valores culturales y tradiciones, y en el reconocimiento de las diferencias geográficas y sociales en las áreas habitadas por los pueblos indígenas.
- OPS debe actuar como intermediaria para garantizar que los programas y proyectos se implanten en colaboración con las comunidades indígenas y que las iniciativas de salud apoyen el movimiento hacia el autogobierno y la autodeterminación en los niveles local, regional y nacional. La implementación del programa debe estar guiada por comités de planificación conjuntos que incluya representantes comunitarios, sin intermediarios y no “indios gubernamentales”.
- Debe desarrollarse una estrategia de comunicación para difundir información sobre iniciativas de salud indígenas y promover no sólo la difusión de la información, sino hacer hincapié en resultados concretos. Los participantes compartieron numerosos ejemplos de programas de gobierno ineficaces, incluyendo los servicios y materiales de educación relativos al SIDA, los cuales son inútiles en el nivel comunitario.

Seguimiento después del seminario

- Deberá integrarse un grupo de trabajo de delegados indígenas para presentar recomendaciones que se deriven del seminario a la próxima reunión de ministros de salud panamericanos.
- Los delegados deberán presentar las recomendaciones del seminario a los gobiernos y ministros de salud de sus propios países.
- El seminario deberá establecer un comité que se encargue de velar por la adopción de recomendaciones específicas en los diferentes países.

- Deberá establecerse una red de información que reúna a delegados y a otras partes interesadas de todos los países representados en el seminario. La red deberá utilizarse para compartir actualizaciones sobre legislación y otras iniciativas que se deriven del seminario.
- OPS deberá continuar poniendo énfasis en la importancia del diálogo sobre temas relativos a la salud indígena y deberá promover los intercambios de información entre curanderos tradicionales.
- Uno de los grupos concurrentes dijo que OPS había demorado noventa años para pedir una definición de medicina tradicional y sugirió que los delegados no deberían darse prisa en dar respuesta a esta solicitud.

El Cambio de Rol de los Servicios de Salud de los Indígenas del Norte

Roberta Hildebrand

Roberta Hildebrand, directora general de Servicios de Salud para las Comunidades Indias y de los Territorios del Norte en el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, comenzó su presentación reconociendo que ella era de ancestros aborígenes, hacía tres meses que en Sault Ste. Marie le había otorgado un sash Metis (ornamento tico de la nación Metis), y dijo estar muy orgullosa de poder usarlo durante su discurso.

La señora Hildebrand pasó revista a la historia de su organización. El Acta de la América del Norte Británica, enunciada en 1867, establecía en su texto que “los indios y las tierras reservadas a los indios” caían dentro de la autoridad legislativa exclusiva del gobierno federal. La Ley India de 1874 (LI) daba la potestad al gobierno federal de regular los servicios de salud en las reservas.

La corona británica y las tribus indias firmaron una serie de tratados a partir de 1876. El primero de éstos, el Tratado 6, contenía la llamada “cláusula del Botiquín de Medicinas” que requería que en la casa de cada agente indio se mantuviera un botiquín de medicinas.

El primer oficial médico jefe del Ministerio de Asuntos Indios recibió su nombramiento en 1904, pero fue despedido 10 años después por sus esfuerzos para discutir el problema de la tuberculosis. El primer hospital indio fue construido en 1917, lo que constituyó un intento de tratar el severo problema de la tuberculosis; actualmente existen siete hospitales indios, y el gobierno federal está tratando de entregarlos a la jurisdicción de las provincias.

En 1945, el recién creado Ministerio de Salud y Bienestar Social Nacional, conocido actualmente como Ministerio de Salud y Bienestar Social (Health and Welfare Canada), asumió la responsabilidad por la salud de la población indígena. La Ley de seguro hospitalario y servicios de diagnóstico, de 1957, garantizaba los servicios médicos a todos los canadienses. En 1962, el primer curso de capacitación para los trabajadores de salud comunitarios fue celebrado en Manitoba; antes de esa fecha, los trabajadores de salud comunitarios no recibían capacitación.

En un informe sobre servicios de salud indios publicado en 1969 se recomendaba un enfoque sobre el desarrollo comunitario y se identificaba como inevitable la retirada gradual del gobierno federal de los servicios directos. En el mismo año, el informe oficial federal sobre la política india recomendaba que las provincias se hicieran cargo de los servicios federales de salud para los indios. El informe oficial recibió la oposición de grupos indios y se archivó.

El National Native Alcohol Program (actualmente NNATP) se estableció en 1974, y en 1978 el gobierno publicó directivas relativas a los servicios de salud no cubiertos por seguros para controlar la entrega de medicamentos, gafas, atención dental y transporte médico, y para reducir los costos en los que incurrieron los indios que no eran indigentes y que vivían fuera de las reservas bajo jurisdicción provincial.

La oposición india a las directivas fue fuerte y las directivas se archivaron. Un año más tarde, sin embargo, una política sobre salud india planteaba que la experiencia médica y dental profesional se utilizaría para evaluar la necesidad de disfrutar de beneficios no cubiertos por los seguros.

Los primeros acuerdos de transferencia fueron firmados en 1989, transfiriéndose los servicios de salud indios al control comunitario. Hasta la fecha, se han firmado 17 acuerdos con comunidades indias. Cerca de otras 200 están en una etapa de pretransferencia, el gobierno proporciona dinero a estas comunidades para llevar a cabo una evaluación de sus necesidades y concebir un proyecto de plan de atención médica para su comunidad. Una vez que el plan recibe la aprobación del gobierno federal, los fondos están garantizados durante cinco años. Hay algunos problemas con el programa de transferencia, dice Hildebrand, pero en general, las comunidades a las que se han transferido los servicios de salud india están contentas con el programa. Las comunidades que no han aceptado la transferencia de los servicios continúan utilizando aquellos ofrecidos por la rama de servicios médicos del Ministerio de Salud.

La iniciativa de salud con asiento en la comunidad fue lanzada en 1969 para tratar de proporcionar a cada comunidad los recursos para formar un comité de salud, coordinar los esfuerzos de los servicios de atención médica y de los trabajadores en la comunidad y realizar una evaluación de las necesidades. A través de un Memorando de Entendimiento con la rama de servicios médicos, algunas comunidades pueden comenzar a tomar el control de los recursos para programas de salud.

Cuatro iniciativas son comunes a las comunidades que han firmado un acuerdo de transferencia y a aquellas que tratan de llegar a un enfoque de salud con asiento en la comunidad: centrar la atención en enfermedades transmisibles, salud pública, salud medioambiental y la capacidad de la comunidad para proporcionar servicios de tratamiento médico.

Hildebrand hizo notar que los servicios de atención médica para los indios han crecido considerablemente desde 1944. Actualmente hay 580 instalaciones médicas, incluyendo 477 enfermerías, 35 centros de tratamiento NNADAP y 61 oficinas de salud. Hildebrand citó las cifras más recientes sobre el número de aborígenes en Canadá como: indios inscritos, 500.000; indios no reconocidos legalmente 260.000; esquimales 35.000; y metis 160.000.

"Parece que no es un sistema de atención médica malo", dijo. Pero a pesar de iniciativas tales como el programa de beneficios de salud no asegurados, el NNADAP, las iniciativas relativas a la violencia familiar y un programa de desarrollo infantil, la salud de los pueblos aborígenes en Canadá sigue siendo inferior a la de los canadienses no aborígenes.

"¿Por qué es esto?", se preguntó, y se respondió: "debido a que el gobierno federal y las personas ajenas a las comunidades están tratando de erigirse en los directores del espectáculo". Hasta hace poco no se consultaba a los aborígenes acerca de los programas y servicios diseñados para ellos. "Necesitamos escuchar más, y encontrar medios para responder a las necesidades expresadas por los

pueblos aborígenes", dijo.

Hildebrand ha trabajado en el sistema de atención médica por más de dos decenios, y cree que el futuro es esperanzador. "La rama de servicios médicos tiene que hacer que desaparezcamos de verdad," dijo, concluyendo que las iniciativas de autogobierno son la clave para lograr un cuidado de salud mejorado para los pueblos aborígenes y "hasta que las personas no comiencen realmente a controlar su propio destino, nunca veremos ninguna mejora real".

Martha Flaherty, Pauktuutit

Martha Flaherty, presidenta de Pauktuutit, la Asociación de Mujeres Esquimales de Canadá, dijo que su pueblo está cansado de constituir un símbolo. A menudo, el gobierno canadiense entrega a sus huéspedes grabados esquimales a manera de regalos oficiales, pero olvida a los esquimales una vez que los visitantes se marchan.

Flaherty dijo que estaba orgullosa de ser esquimal. En el decenio de 1950, el gobierno la reubicó a ella y a su familia, trasladándolos de su comunidad en el norte de Quebec hacia las latitudes más al norte del Artico. El barco los dejó en Grise Fiord, sin alimentos ni albergue. Su padre murió de tristeza, su madre se vio obligada a vender su cuerpo a los miembros de la RCMP (Real Policía Montada del Canadá) para poder alimentar a su familia, su hermano se convirtió en un retrasado mental debido a la desnutrición y su hermana se perdió durante muchos años en el sur de Canadá.

Flaherty hizo preceder sus comentarios acerca de Pauktuutit haciendo notar que tiene "problemas" con la palabra "feminista", debido a que crea hostilidad entre hombres y mujeres. Ella cree que "los hombres y las mujeres debemos trabajar conjuntamente para salvar a nuestros hijos".

Flaherty explicó que hasta 1960, la mayoría de los esquimales vivía un estilo de vida tradicional en las tierras que ocupaban. Actualmente, los cerca de 33.000 esquimales de Canadá viven fundamentalmente en 52 comunidades esparcidas a todo lo largo del norte. La sociedad esquimal está todavía en transición y "los muchos problemas sociales que tienden a gravitar alrededor de las sociedades en transición son evidentes en nuestras comunidades".

Pauktuutit fue creada en 1984 para representar a las mujeres esquimales. Su mandato es patrocinar una mayor conciencia de las necesidades de las mujeres esquimales y estimular su participación en los asuntos comunitarios, regionales y nacionales.

Las preocupaciones primarias de las mujeres esquimales son la violencia contra las mujeres y los niños, la igualdad de los sexos, el desarrollo económico, la administración de justicia, el papel de las comadronas tradicionales, los cuidados infantiles, la educación sobre el VIH/SIDA y el suicidio juvenil.

La organización también tiene el mandato de representar a todos los esquimales —mujeres, hombres y

niños— en cuestiones relativas a la salud.

“En este momento de nuestra historia, estamos enfrentándonos a tantos problemas que los mismos podrían abrumarnos si perdemos de vista nuestra fortaleza básica”, continuó diciendo. Entre los rasgos fuertes de los esquimales se encuentran: una cultura rica y vibrante; la capacidad para sobrevivir en circunstancias adversas; un idioma viviente y del que se sirven a diario en su trabajo; y un sistema de valores que incluye el amor a los hijos y el respeto a los ancianos. “Estas características fuertes deben ser el fundamento de cualquier estrategia a largo plazo para mejorar la salud de nuestras familias y comunidades y hacer que nuestros hijos se sientan orgullosos de sus orígenes y se autorrespeten”, dijo Flaherty.

A continuación Flaherty introdujo la cuestión de las comadronas tradicionales para ilustrar los problemas a los que se enfrentan los esquimales. Durante miles de años, las mujeres esquimales dieron a luz sus hijos por sí solas o con la ayuda y el apoyo de sus esposos, madres, hermanas o comadronas. Durante muchos años, las comadronas esquimales desarrollaron conocimientos y habilidades que transmitieron de una generación de mujeres a otra. Cuando las familias esquimales se mudaron de campos tradicionales a asentamientos permanentes, los alumbramientos comenzaron a tener lugar en las enfermerías. En el decenio de 1970, el gobierno federal decidió que todos los alumbramientos deberían tener lugar en hospitales, y las mujeres esquimales que vivían en las comunidades que no contaban con servicios hospitalarios eran evacuadas por avión a un centro regional o al sur de Canadá. Actualmente, casi todos los niños esquimales nacen en un hospital, a menudo lejos del hogar, la familia y de todas las formas de apoyo comunitario.

No se trata de que las mujeres esquimales estén defendiendo una simple vuelta a los métodos antiguos, pero están buscando una combinación de los servicios tradicionales de comadronas esquimales y de medicina occidental. Las mujeres esquimales buscan alternativas que beneficien a toda la familia y no expongan a las mujeres y a los recién nacidos a riesgos innecesarios. Sin embargo, se ven inmersas en un debate con las autoridades “cuya premisa es la falta de respeto por nuestra historia y por el conocimiento y habilidades que muchos de nuestros ancianos aún poseen...No se nos ha permitido participar en este debate en condición de igualdad”.

Los muchos problemas sociales, económicos y de salud a los que se enfrentan las comunidades esquimales actualmente requieren tanto soluciones urgentes como a largo plazo, dijo Flaherty. Las soluciones deben nutrirse de las mejores tradiciones, conocimiento y tecnologías de los esquimales y no esquimales. La expositora concluyó subrayando los fuertes vínculos entre la autodeterminación política y la capacidad para resolver los problemas comunitarios.

La Medicina Moderna y la Medicina Tradicional en la Amazonía Brasileña

Marcos Antonio Guimaraes, del Ministerio de Salud de Brasil, comenzó su presentación mostrando en un mapa la ubicación de las reservas indígenas en su país. Cuando los invasores europeos los despojaron de su tierra, los pueblos indígenas perdieron sus medicinas tradicionales. Guimaraes mostró unas diapositivas que ilustran esculturas de madera hechas por los indios Yuagua, que viven en un área ubicada en la frontera entre Brasil y Colombia. Las esculturas representan a mujeres en varios estados del proceso de alumbramiento. La primera representaba a una mujer experimentando los dolores del parto. Otra representaba el comienzo del alumbramiento, con la cabeza del niño visible entre las piernas de la mujer. La escultura fotografiada en la siguiente diapositiva mostraba la total expulsión del niño, y la mujer sufriendo los dolores del parto. "Las mujeres no necesitan hospitalizarse (cuando dan a luz), sólo necesitan acceso a su propia cultura, eso es todo", dijo. En las comunidades indígenas, el alumbramiento natural es muy común, pero este método es tratado en la medicina occidental con intervención quirúrgica. Añadió que en las comunidades indígenas era importante para el esposo estar con su esposa en el momento del alumbramiento, en el que participa activamente.

Los métodos de alumbramiento son similares entre los indios Carajá, que viven en el área central de la cuenca amazónica. En esta comunidad, cuando una mujer da a luz, es ayudada por dos personas. La comadrona se sitúa enfrente de la mujer y la persona que proporciona el apoyo psicológico se sitúa detrás de la parturienta. Esta segunda mujer ofrece orientación a la mujer que está de parto, hablándole calmadamente acerca de sus experiencias durante anteriores alumbramientos.

Guimaraes mostró un video titulado "Los buscadores de oro contra los indios". El video muestra las repercusiones de los buscadores de oro sobre una comunidad indígena aislada en la cuenca amazónica. La primera parte del video mostraba a los pueblos indígenas en su medio ambiente, y después durante el contacto con un equipo investigativo y médico no indígena. Los indígenas dan la bienvenida a los visitantes. Parte del proyecto consistía en vacunar a los indígenas contra enfermedades virales que podían contraer mediante el contacto con visitantes. El equipo también intervino con tratamiento médico de emergencia en casos serios.

Los buscadores de oro eran parte de un proceso que está "haciendo guerra total contra el ecosistema", continuó diciendo Guimaraes; sin embargo, los buscadores de oro no se ven a sí mismos como destructores del medio ambiente, sino como personas que buscan su fortuna. El video incluyó varias entrevistas con buscadores de oro que se expresaron de manera paternalista acerca de los pueblos indígenas. Muchos de los indígenas que viven en el área esquilada por la industria del oro creen que su mundo está siendo destruido.

Guimaraes concluyó que la cultura indígena mostrada en el video había sido capaz de sobrevivir en su ambiente natural durante miles de años e instó a los delegados a que ayudasen a crear apoyo internacional para su causa. La moderadora Mirna Cunningham dijo que siempre tenía una reacción conflictiva cuando miraba videos de este tipo debido a que los antropólogos siempre trabajaban desde una posición en la que podían "violar nuestros secretos".

El proyecto de desarrollo humano Genome

Aunque éste tema no formaba parte de la agenda, se decidió incluirse debido a la solicitud de varios participantes quienes expresaron interés en el proyecto y en las posibles consecuencias para los pueblos indígenas de la región.

Pat Mooney, director ejecutivo de Rural Advancement Foundation International (RAFI), comenzó diciendo que lo que iba a decir parecía algo disparatado. Varias universidades norteamericanas y el Instituto Nacional de la Salud, a través del proyecto Human Genome (HUGO), planean tomar muestras de sangre de las comunidades indígenas de todo el mundo y almacenarlas en los Estados Unidos.

Mooney expresó tres preocupaciones fundamentales acerca del proyecto HUGO. La primera fue que los investigadores del proyecto habían identificado a 722 comunidades de las que querían tomar muestras de sangre. “El supuesto es que los pueblos indígenas se extinguirán”, dijo; su sangre puede almacenarse en los Estados Unidos y utilizarse en futuros proyectos. Añadió que los científicos del proyecto HUGO han creado un nuevo término para los pueblos indígenas: aislados de interés histórico (AIH).

Una segunda preocupación era el potencial que encierra el proyecto para la guerra biológica. La capacidad para identificar fácilmente a los indígenas según el tipo de célula y de sangre los hace vulnerables a proyectos genocidas tales como los de limpieza étnica. Técnicamente es posible crear una enfermedad para matar a una comunidad específica, añadió Mooney, y esto podría suceder en algunas partes del mundo.

La tercera preocupación de Mooney estaba relacionada con las ganancias corporativas. Según él, “la recolección de sangre tiene un gran potencial para producir ganancias.” Planteó que los investigadores han aislado un gene, encontrado en la sangre de personas que viven en una remota comunidad en Italia, que parece proteger al organismo contra enfermedades cardiovasculares, y que otros países están tratando de patentar el gene. El costo del proyecto es de 23 millones. Explicó que en los Estados Unidos y en el Japón es actualmente posible patentar partes del cuerpo humano y que el Instituto Nacional de Salud del gobierno de Estados Unidos recientemente solicitó los derechos de patente de más de 2.800 genes humanos extraídos del cerebro. Un participante del seminario preguntó a Mooney lo que se podía hacer para detener el proyecto. Mooney respondió que se sabe que actualmente se llevan a cabo en Chile, en el área del Río Nilo y en partes del sudeste asiático proyectos de recolección de sangre, y que estos proyectos deben documentarse. La cuestión debe plantearse en foros de derechos humanos internacionales. Asimismo, se debe hacer ilegal que alguien obtenga ganancias de la sangre de los pueblos indígenas, dijo. Otro participante dijo que la cuestión era de gran vigencia para el seminario. El participante estuvo recientemente en una conferencia debatiendo la medicina tradicional con un científico bien conocido y respetado quien le dijo que “dentro de 10 años no buscaremos las medicinas en los bosques”, y de que los científicos extraerían todas las medicinas de los genes humanos. “Esto es aterrador y es motivo de gran preocupación”, añadió.

Un participante de Panamá dijo que ella estaba "extremadamente preocupada" acerca de esta cuestión. Se ha llevado a cabo un proyecto investigativo en su país que incluyó a 7.000 indígenas. Los investigadores habían dicho que estaban tratando de descubrir nuevos medios para tratar enfermedades sufridas por los indígenas, pero la participante realizó su propia investigación y descubrió que el proyecto estaba tratando de encontrar medicinas que sirvieran para curar a los no indígenas. Esto es seriamente preocupante, dijo.

El equipo de investigación ha anunciado que necesitará más muestras de sangre para realizar su trabajo. El proyecto está programado para continuar por otros cuatro años. "¿Cuántas muestras de sangre recolectarán y cómo se utilizarán?", se preguntó la participante. "Considero que esto es una situación de emergencia potencial para los pueblos autóctonos".

Una sesión concurrente especial se celebró a finales de la tarde para debatir la cuestión con más detalle.

Noche Cultural Metis

En la noche, un evento cultural Metis fué presidido por su Excelencia, W. Yvon Dumont, el primer Metis a ser nombrado Gobernador General de la Provincia de Manitoba. Este acto fué la primera fiesta oficial dada por su Excelencia en la Casa de Gobierno.

Durante el evento cultural se presentaron actos y danzas Metis como una muestra de dicha cultura. Más de veinte voluntarios Metis participaron, así como también artistas profesionales de calidad. En nombre de todos los participantes, el Seminario '93 desea agradecer a los siguientes voluntarios Metis de Winnipeg, Brandon y Woodridge en Manitoba: Diane Bartlett; Alexina-Kateri, Anna-Celestrya, Even-Aryeh, Seraph-Eden y Thane-Dominic Carr; Anne M.L. Carr, Robert M. Chartrand; Bossy Ducharme; Holly Ferguson; Jeanette Goertzen; Utami y Nancy Grant; Carol E. Lennox; Amanda y Anne Lindsay; Ray Ann Lynch; Marilee Nault; Dorothy Rokovetsky; Nelson Sanderson; Ed Swain; Destiny Taillefer; Jeanette Thiessen y Sara Turner.

Cuarto día: Apertura Latinoamericana y sesión de clausura

A la invitación del Comité Directivo, una de las participantes peruanas, Luzmila Chiricente Nahuanca, aceptó cantar una balada del folklore de su tribu en lugar de una oración formal.

Luego de la ceremonia de apertura los participantes discutieron las recomendaciones para acción global de los asuntos más urgentes que salieron de durante el transcurso de la semana. El Coordinador del seminario, Norbert Préfontaine de Canadá explicó que había sido imposible completar a tiempo un borrador del resumen del seminario para distribuir a los participantes. Sin embargo, se acordó que Myrna Cunningham daría un resumen verbal como base a las discusiones, y que se dará un período de seis semanas (hasta finales de Mayo) para que los participantes envíen por escrito, sus comentarios sobre las recomendaciones. El documento final, incluyendo entrevistas seleccionadas sería distribuido al final de agosto, 1993.

La doctora Cunningham indicó que las ideas extraídas de las sesiones plenarias habían variado enormemente, desde propocisiones para cambio global de estructuras hasta recomendaciones muy específicas relacionadas con la medicina tradicional y derechos comunales. Ella acentuó la importancia de producir un documento práctico y comprensible que sería apropiado en una amplia variedad de situaciones.

Nota del Editor: El borrador del documento del cual la Relatora Cunningham resumió las discusiones de la semana condujo a la adopción , en principio, de las recomendaciones que aparecen al principio de este reporte.

Debate de la audiencia

El primer participante que comentó sobre la presentación se refirió a la descripción de Norbert Préfontaine del período de revisión de seis semanas, indicando que sería útil contar con un proceso para enmendar las recomendaciones sin alterar su espíritu. Sugirió que un número de elementos se podrían añadir al documento, tales como una referencia a la iniciativa mundial para niños indígenas que surgió en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

Un participante subrayó la importancia de distinguir entre medicina tradicional e indígena, haciendo notar que los curanderos en el seminario preferían ser descritos como indígenas. El debate posterior de este punto se centró en la importancia relativa de las hierbas y las prácticas de curación introducidas por los españoles cuando llegaron por primera vez a las Américas; mientras que un participante dijo que las contribuciones españolas habían sido integrales de la medicina tradicional, otro dijo que la mayoría de las naciones indígenas rara vez utilizan las hierbas europeas.

Un delegado discutió la importancia de preservar las plantas medicinales, haciendo notar que una conferencia sobre medicina tradicional en Beijing en 1981 había pedido a la OMS declarar el 28 de octubre como Día Internacional de la Medicina Tradicional. Ofreció compartir las actas de sesiones de la Conferencia de 1981 con los organizadores del seminario de 1993.

Varios oradores discutieron las dificultades experimentadas por los pueblos indígenas en los Andes y en la región del Amazonas al intentar hacer uso de medicinas tradicionales preparadas con hojas de coca. Se hizo notar que la coca es uno de los ingredientes básicos de muchas medicinas tradicionales, y es completamente diferente de los productos de cocaína que se han cultivado para el tráfico de drogas. “Estos son cuestiones totalmente diferentes”, dijo un participante. “Y quiero asegurarme de que nuestras comunidades hermanas consideren esto y no piensen que somos traficantes de drogas, sino médicos indígenas que utilizan un ingrediente básico de nuestra farmacopea”. Puede que sea incorrecto para una persona no indígena utilizar hojas de coca, “pero para nosotros es una planta dadora de vida”, utilizada para tratar las enfermedades cardíacas y la tensión. Más tarde, otro orador expresó preocupación acerca del desarrollo de “narcoeconomías” y “narcodemocracias” que se basaban en la cocaína.

Un delegado hizo notar que el seminario había comenzado con una invitación hecha a los participantes para que definieran el concepto de salud y subrayó que el modelo integral de salud espiritual, física, emocional y mental es el punto de partida básico de todo debate subsecuente. Sobre esta base, dijo que la referencia a la salud integral debe ser el primer punto en el documento de síntesis, no el cuarto. Otro participante dijo que el documento debería incluir un glosario, haciendo notar que la definición de médicos indígenas parece variar de acuerdo con la región —en Canadá, los miembros de la Asociación de Médicos Autóctonos son indígenas que estudiaron medicina en universidades occidentales.

El Dr. José María Paganini, de la Organización Panamericana de Salud, dijo que el debate reflejaba el objetivo del seminario de lograr una participación más amplia de los indígenas en la toma de decisiones. Felicitó a los participantes y organizadores por reunir una gran cantidad de material valioso y puso énfasis en que no había necesidad de lograr consenso en cada punto. Hay una diversidad de puntos de vista mundiales, dijo, y sería apropiado para las recomendaciones reflejar la amplia gama de perspectivas que los participantes habían traído a la mesa.

Un delegado dijo que el documento de síntesis era una obra “admirable” que debía ser aceptada en principio, pero expresó su preocupación de que carecía de detalle investigativo y estadístico. También sugirió que ninguna política de salud alcanzaría sus objetivos hasta que las comunidades marginalizadas y empobrecidas tengan los medios de construir sus economías.

El siguiente orador subrayó que la medicina indígena es también una ciencia —la única diferencia es que no ha sido estudiada por los investigadores formales, de modo que no aparece en los libros de

texto o en las bibliotecas. El cuerpo de conocimiento acerca de la curación tradicional descansa en las manos de los ancianos y ancestros que ayudaron a mantener viva la tradición. Dijo que la medicina tradicional incluye recursos y características que son únicas de cada comunidad, e incluye un proceso en el cual los seres humanos pueden integrar los mundos físico y espiritual.

Un participante hizo un llamado a la OPS para continuar defendiendo la medicina tradicional y mostrándose partidaria de ella. Los pueblos indígenas no están contra los medicamentos patentados, dijo, pero las prácticas médicas indígenas deben preservarse también. Recomendó que se celebrara una reunión de seguimiento sobre la salud indígena en 1994, posiblemente en Ciudad de México.

Un representante de una agencia de salud del gobierno expresó su preocupación acerca de cuestiones de terminología en las recomendaciones, haciendo notar que un tipo de lenguaje que se crea "intolerable para ciertos grupos" puede ser considerado absolutamente esencial por otros. Dijo que su país había sufrido mucho debido al lenguaje y el uso del mismo, de modo que muchas personas habían suavizado sus declaraciones como resultado de ello. Asimismo, expresó preocupación de que la declaración de principio sobre derechos titulares a la tierra, si bien era de "inmenso valor", podría bloquear el desarrollo de otros temas en la declaración.

El participante subrayó la importancia del control epidemiológico, pero se preguntó si la gestión de los servicios de salud indígenas o la condición de miembros en la comisión de seguimiento debería descansar solamente en los representantes indígenas. Otro orador subrayó la importancia de organizar iniciativas de salud locales de manera que permitan que las comunidades aumenten los contactos entre sí antes que reforzar su aislamiento.

Más adelante en la discusión, un representante indígena de Canadá dijo que un documento con un contenido más benigno podría ser todavía útil a su grupo. "Algunos de nosotros no tienen problema en mostrar nuestra militancia enardecida e ira a nombre de nosotros mismos y de nuestros hermanos y hermanas de todo el mundo", dijo, pero un estilo de redacción más neutral sería aceptable.

Un participante se refirió a la cuestión de las definiciones, citando estadísticas de la OMS que indican que el 80% de la población del mundo depende de algún tipo de medicina tradicional. Llamándose a sí mismos curanderos tradicionales, los médicos indígenas podrían establecer un vínculo semántico con sus homólogos en otras culturas de todo el mundo. "Podría ser útil no olvidar que éste es un fenómeno global", dijo, sugiriendo que un "intercambio substancial" entre médicos tradicionales podría ser extremadamente valioso.

Un delegado pidió una recomendación para que la OPS estableciera una oficina de salud indígena, cuya responsabilidad estaría en manos de un indígena. Asimismo, sugirió que los diputados indígenas podrían tener una repercusión substancial sobre cuestiones de salud indígenas, sin requerir una gran cantidad de nuevos recursos. El siguiente orador hizo un llamado a los representantes del gobierno para

que llevaran las recomendaciones del seminario a sus respectivos ministerios y subrayó la necesidad de lanzar un diálogo sobre salud indígena en cada país.

Un participante subrayó que los fondos del proyecto no se deberían canalizar a través de burocracias gubernamentales, sino a través de instituciones indígenas. Otro participante dijo que estaba satisfecha de ver que las decisiones de recomendaciones reflejaban el debate de los grupos participantes. "Este es el mejor modo de hacer esto. Tenemos que trabajar juntos", dijo, agradeciendo a los organizadores a nombre del Consejo Nacional de Médicos Tradicionales de México y reiterando su invitación para celebrar la reunión de 1994 en Ciudad de México.

El representante de la División de Salud Indígena del gobierno de Brasil pidió excusas por haber llegado tarde a la celebración del seminario. Explicó que la División de Salud Indígena se encontraba en un proceso de reorganización y que le agradaba comprobar que tanto la rama como APS tenían estrategias similares para la salud indígena. Asimismo, se mostró satisfecho de que las recomendaciones que había enviado al comité organizador antes del seminario se habían reflejado en las recomendaciones del mismo.

Myrna Cunningham dijo que el comité organizador se comprometería a hacer tanto trabajo como fuera posible para reflejar las preocupaciones de los participantes, y explicó el procedimiento para que los delegados proporcionaran sus opiniones sobre el documento final. Después de algún debate entre los participantes, se estuvo de acuerdo en que el grupo se dividiría en reuniones regionales para definir el papel del comité de seguimiento y nombrar miembros para ese comité. Se propuso que el comité estuviera compuesto de tres delegados, uno de América del Sur, uno de América Central, incluyendo a México, y uno de América del Norte, y de que cada región nombrara a un miembro suplente. Un participante hizo notar que la región del Caribe no se debería ignorar en este proceso; otro sugirió que cada país debería tener su propio representante vinculado al comité.

El seminario terminó con una danza tradicional en espiral imitando el círculo de la vida y un círculo de "visita" el cual alentaba a los participantes a expresar sentimientos mutuos.

Actividades Finales

El Seminario se terminó con una danza en espiral como imitación del círculo de la vida y un círculo de "visita" el cual alentaba a los delegados a expresar sus sentimientos mutuos.

Celebración de las Primeras Naciones en Carberry

Los delegados fueron invitados al Campamento Mother Earth's Children en Carberry, Manitoba, como una introducción a las costumbres de las Primeras Naciones del Canadá. Se llevaron a cabo baños de vapor para hombres y mujeres, permitiendo así observar y compartir aspectos de la religión y cultura Anishinaabe.

Festín aborígen y despedida

En la mañana del domingo 18, los delegados fueron conducidos en autobuses a la Iglesia Católica Aborígen Kateri Tekakwitha en Winnipeg, donde la comunidad había preparado un festín aborígen en honor de los participantes que vinieron de diferentes partes del mundo para participar en el Seminario '93.

El festín comenzó con una misa en español y en inglés, celebrada por padre Dominic Kerbrat (el sacerdote que ofició la apertura oficial del Seminario '93), padre Arthur Massé y padre Amado Aubin, de Bolivia. Los temas de perdón, comprensión y amor estuvieron presentes a lo largo de la celebración como elementos y requisitos para un cambio.

Hubo mucha alegría cuando los miembros de la comunidad compartieron platillos aborígenes así como un fuerte sentimiento de amistad. Anfitriones y delegados sintieron que habían encontrado familiares lejanos provenientes de diferentes partes de este mundo. Amistad y aceptación fueron expresados en diferentes maneras: los ancianos locales invitaron a la participante Rosa Ascencio a compartir el lugar de honor de la iglesia, el cual se reserva solamente para los ancianos, como acto de respeto. Se intercambiaron regalos y abrazos antes de que los delegados fueran conducidos al aeropuerto. Parroquianos y delegados partieron con recuerdos inolvidables.

CAPITULO V: Entrevistas realizadas en Villa María

Para completar las discusiones multilaterales que se tuvieron durante las sesiones plenarias y las discusiones de grupos llevadas a cabo durante la semana, así como para explorar la noción de que los mismos problemas pueden necesitar diferentes soluciones, dadas las variaciones regionales, culturales y económicas a través de las Américas, los organizadores del Seminario '93 pidieron que varios delegados fuesen entrevistados.

Después de consultar con el Comité de Planificación, el Coordinador del Seminario seleccionó seis temas y pidió a InfoLink Consultants Inc. (ellos elaboraron localmente el Resumen del Seminario) que entrevistaran a un mínimo de dos o tres personas por región (Sur, Centro y Norte América y el Caribe) en cada uno de los temas seleccionados.

El Seminario Taller '93 desea extender su más sincero agradecimiento a los 20 participantes que aceptaron la invitación de InfoLink para responder a nuestras preguntas.

1. **Provisión de atención médica tradicional a las comunidades autóctonas: su relación con los servicios médicos gubernamentales. ¿Quién los provee? y, ¿a qué costo para el consumidor? Los que practican la medicina tradicional (shamanes) y los profesionales de la biomedicina, ¿trabajan juntos o completamente en paralelo?**

Licda. Leyla Garro de Valverde (Costa Rica)

La medicina indígena y la medicina moderna deben ser parte de un sistema de salud integral para nuestros pueblos. A pesar de que la medicina indígena se encuentra de alguna manera al margen de los programas de salud, ésta sabe tratar muchos de los problemas que la medicina moderna no sabe tratar. Por otra parte, la medicina académica trata problemas en los que la medicina indígena tiene limitaciones; en este sentido se debe dar a los pueblos indígenas el acceso a los dos sistemas.

La salud indígena tiene la cosmovisión de la cultura indígena. Para que los gobiernos tengan accesibilidad a esta cultura deben reconocer su valor y su aporte; deben apoyarlo y respetarlo. Esto no significa que la medicina indígena tenga que ser incorporada al sistema existente de salud, ya que al hacer esto la medicina indígena tiende a perder su reconocimiento ante la comunidad; asimismo en una integración de este tipo el sistema más fuerte domina y absorbe al más débil; hemos tenido algunas experiencias al respecto. Más que una integración, debe existir una articulación de las dos "medicinas" las cuales actúen en forma complementaria. Considero que puede existir la coexistencia de las dos prácticas, ya que ambas tienen bondades así como limitaciones y por lo tanto juntas se potencializan.

Estos programas tendrían que apoyarse económicamente en forma incondicional, es imposible pretender el desarrollo de estos programas sin recursos suficientes para ello.

Dianne Reid (Canadá)

Dianne Reid, miembro del Consejo de Salud de la tribu Cree en Montreal, identificó un cambio radical en el enfoque hacia la provisión de cuidados de salud a los grupos autóctonos. "En primer lugar, los servicios de salud gubernamentales han determinado siempre las políticas de salud para los grupos autóctonos, sin que éstos hayan participado en el desarrollo de ninguno de sus servicios," dijo ella. "En el pasado, ellos han venido y nos han dicho: 'vean, éste es el modelo. Para que ustedes puedan recibir el dinero, ésta es la forma en que deseamos que procedan. Estas son las condiciones que les imponemos.'"

En el pasado, los pueblos autóctonos han aceptado este trato, "pero ha llegado el momento en que los gobiernos deben escucharnos y actuar con nuestras condiciones y no las de ellos", añadió Reid. "Cuando ustedes mencionan prácticas tradicionales y medicina tradicional, confío en que el gobierno no es presuntuoso hasta el punto de creer que van a ser ellos quienes elaboren las políticas sobre cómo deben ejecutarse."

Y añadió, "en el pasado las tierras y las culturas aborígenes han sido expropiadas, y no creo que nuestro pueblo, en particular aquellos que practican la medicina tradicional o nuestros ancianos espirituales tolerarán la expropiación de nuestra medicina tradicional, nuestras curas tradicionales y nuestra espiritualidad nativa... Esto es lo último que nos queda de nuestro espíritu quebrantado, y no creo que permitiremos que suceda una cosa semejante."

Para tales organizaciones como OPS, OMS y CSHI, este cambio en perspectiva significará una forma diferente de enfocar todo lo relativo a la salud de los pueblos autóctonos. "Tendrán que hacerlo de acuerdo a los dictados de los pueblos autóctonos, y no bajo los suyos, y esto es una advertencia que viene de nuestros ancianos espirituales y de los que practican la medicina tradicional," dijo Reid. "Yo soy solamente la mensajera."

Reid no estuvo dispuesta a tratar de la articulación de los servicios, sino que se limitó a decir que la decisión debía recaer sobre los aborígenes de vanguardia que practican la medicina tradicional. "No hay que olvidar que cada una de las personas que practican la medicina tradicional poseen su propio enfoque individual en la provisión de esos cuidados médicos," expresó. "Ellos decidirán si se sienten más cómodos integrándose en un sistema médico convencional y trabajando en el seno de él o si, por el contrario, se sentirán más a gusto con un sistema médico paralelo al anterior. Tengo tanto respeto por mis ancianos que no voy a suponer que ésta es la forma de hacerlo." Reid recalcó que la decisión sobre sistemas integrados o paralelos deben tomarla los curanderos en cada comunidad, en lugar de suponer que "un excelente estudio de caso o ejemplo sacado de Manitoba sería igual y correctamente aplicable en Venezuela... Es un tanto presuntuoso creer que existirá un modelo que la OPS, la OMS o CSHI puedan proponer como EL modelo, porque no es así cómo operan la espiritualidad tradicional y las prácticas curanderas."

Si las organizaciones establecidas son sinceras al fomentar los modelos tradicionales de salud, en lugar de simplemente apropiarse de ellos, apuntó Reid, asegurarán que los que practican la medicina tradicional participen en el desarrollo de servicios a nivel local.

La medicina tradicional es muy sagrada, observó Reid, y de su mal uso se pueden derivar graves consecuencias. "Para que esas prácticas den resultado deben hallarse presentes los elementos espirituales, emotivos, mentales y físicos. La medicina y la cura tradicionales no serían eficaces si se separan de la espiritualidad tradicional: harían lo mismo que la medicina occidental, curar solamente lo físico y ser incapaces de hacer nada en cuanto al resto."

Lo relativo al costo es una "cuestión delicada" que presenta un "serio dilema" para los curanderos tradicionales, observó Reid. En un momento en que los gobiernos recortan los presupuestos de salud, los pueblos autóctonos están preocupados "con que el gobierno utilice la integración de prácticas tradicionales creyendo que esa es su salida de escape para la provisión de servicios médicos a los pueblos autóctonos." Al mismo tiempo, los que practican la medicina tradicional creen que no deben aceptar pago alguno por sus servicios, dado que es contrario al enfoque tradicional de la función de curar. Los curanderos no desean que sus comunidades tengan que pagar por sus servicios ni tampoco desean verse explotados.

Dr. Alfredo Vargas (México)

La medicina tradicional tiene una práctica comprobada de eficacia ante muchas enfermedades. Este tipo de práctica es recomendada en México y es una de las mejores formas de dar los servicios de salud a los grupos de población cultural que demanda este tipo de atención. Sin embargo existen enfermedades que requieren para su tratamiento de la intervención y el uso de la tecnología especializada. En este sentido podemos decir que la medicina tradicional es complementaria a la medicina "científica". En México se da en algunos hospitales de población indígena la coexistencia de médicos tradicionales con médicos "occidentales". El Estado deja en manos de la población el tipo de servicios que requieren sin limitar el área de la tecnología médica. Es evidente que el costo de la medicina tradicional cubre básicamente el costo primario de la salud y es más efectiva en el aspecto de costos. Se ha planeado un modelo que se apoya en los hospitales de segundo nivel atendido por ambos médicos para solucionar problemas médicos y quirúrgicos de especialidad. Estos sistemas locales representan efectividad, accesibilidad y equidad proporcionando a la población de la atención médica que requieren con calidad y calidez.

México reconoce una raíz cultural de más de 30 siglos en donde muchas tradiciones se han conservado a pesar del tiempo y las contradicciones históricas. Actualmente existen aproximadamente 55 comunidades de médicos tradicionales que cubren un número mayor de etnias. El gobierno federal ha instituido un programa de solidaridad nacional a través de los comités de solidaridad de las comunidades indígenas a fin de asumir la responsabilidad del proceso de decisiones las cuales son responsabilidad del gobierno federal, el gobierno estatal y el gobierno local con asignaciones económicas y recursos directos a los que la comunidad ha planteado como una necesidad imprescindible para las soluciones. En este

sentido, en el proceso de implementación de los programas esta involucrada la comunidad, el sector privado y el gobierno.

El compartir estas experiencias puede ser nuestra "piedra angular" para el desarrollo de este tipo de programas. Cualquier experiencia puede multiplicar su efecto, ya sea este bueno o malo. Tampoco se trata de adoptar experiencias, sino adecuarlas a las realidades de nuestros pueblos; de esta forma el conocimiento es un multiplicador de la realidad de nuestros pueblos el cual agilizará los proyectos de desarrollo en nuestros pueblos indígenas.

La responsabilidad de los gobiernos indígenas, de los gobiernos y de las organizaciones internacionales es la de vigilar que los resultados de esta reunión se lleven a cabo. Esta será la base de su éxito.

Gerald Bodeker (Estados Unidos)

Gerald Bodeker, de la Fundación Lancaster, trató el tema de la integración de la medicina tradicional con la occidental en base a su trabajo en diferentes entornos. "La experiencia varía de un país a otro," dijo. "En algunos países existe una tradición bien establecida en la que individuos de la localidad proveen cuidados de salud a sus propias comunidades mediante un conocimiento médico especial adquirido a través de un proceso de aprendizaje, intuición y experiencia. En la literatura antropológica esto se conoce generalmente como tradición shamánica, aunque también puede incluir a los herbalistas, fijadores de huesos, comadronas y otros." Estos practicantes de la medicina tradicional por lo general cultivan y preparan sus propias medicinas a base de hierbas, que a veces recogen de los bosques.

Bodeker citó a la India, China, Vietnam y Nepal como países que cuentan con departamentos de medicina tradicional centralmente administrados, ofrecen capacitación y programas académicos otorgando títulos en medicina tradicional, y destinan los graduados a clínicas y hospitales en diferentes entornos rurales y urbanos. Estos frecuentemente regresan para trabajar en sus propias comunidades o regiones, sin embargo su pericia no se basa exclusivamente en experiencia local.

La subvención o patrocinio varía también en gran medida, desde apoyo gubernamental total, como es el caso en China, hasta una combinación de empleo gubernamental y privado, pasando por la percepción de honorarios por prestación de servicios como sucede en India, Vietnam y Nepal. "En su mayor parte, la fuente para el pago de servicios médicos tanto autóctonos como tradicionales es el consumidor," dijo Bodeker. "Por lo general, tal pago es muy bajo. Sin embargo, en algunos países tales como Corea del Sur, los que practican la medicina tradicional cobran y ganan más que los que practican la medicina occidental. Los que solicitan admisión en las facultades de medicina tradicional obtienen calificaciones más altas que los de las facultades de medicina occidental, y disfrutan asimismo de mayor categoría social en la comunidad."

En países tales como Vietnam, donde la medicina tradicional se practica conjuntamente con la de base occidental en clínicas y hospitales para ambas, el gobierno las subvenciona. En algunas partes de

India, México y Corea del Sur cuentan con programas integrados. Por el contrario, en Africa, existe muy poco apoyo gubernamental a los programas de medicina tradicional. No obstante, en Uganda, la organización que apoya el programa contra el SIDA ha invitado la participación de curanderos tradicionales para que trabajen con los practicantes de la medicina occidental en la provisión de cuidados y tratamiento a los infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha producido un alto grado de cooperación, "mayormente como resultado del reconocimiento por el gobierno de dos factores importantes," dijo Bodeker: "Uno es el de que no hay cura posible, por lo que aliviar los síntomas es el objetivo más humano y realista, y el tratamiento herbalista y las modalidades tradicionales pueden ser de suma utilidad." En segundo lugar, el costo de los medicamentos para la cura occidental es tan alto "que el imperativo económico les obliga a considerar su tratamiento mediante sus propias tradiciones herbalistas y autóctonas."

Hay un mensaje preventivo común tanto en la medicina occidental como en la tradicional, y Bodeker dice que la medicina tradicional tiene mucho que aportar a la lucha contra el SIDA, así como contra la mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en América Latina y Asia. Por ejemplo, el yoga y la dieta vegetal "son factores documentados que contribuyen a la reducción en la enfermedad cardíaca," añadió Bodeker. "Por ello, la medicina tradicional es pertinente en todo mensaje educativo sobre la salud." Sin embargo, el mensaje cambia allí donde la medicina tradicional significa confiar en recursos autóctonos: Bodeker indicó que el tratamiento por rehidratación oral puede conllevar, o bien la compra de sales y paquetes en una farmacia local, o enseñar al pueblo a que haga su propia solución mezclando sal, agua, y hierbas o ingredientes locales. El objetivo común sigue siendo el de fomentar la retención de líquidos y evitar el agotamiento de sales en el organismo; la diferencia estriba entre técnicas importadas o tecnologías popularizadas por la cultura.

la organización de los sistemas de salud nacionales produce un impacto directo en la práctica de la medicina sobre el terreno, señaló Bodeker. En algunos países, entre ellos Nicaragua, India, Paquistán y China, a los trabajadores rurales de salud se les equipa con suministros médicos tanto occidentales como tradicionales. El grado de énfasis que se hace en los tratamientos autóctonos afecta a las instrucciones que se imparten a los trabajadores de salud, y también a los consumidores. Así, una vez más, "el mensaje sobre la salud no cambia, y los educadores en salud deben necesariamente sensibilizarse para admitir aquellas variaciones culturales que ocurren cuando la medicina tradicional es parte del programa de salud."

Bodeker señala que los sistemas de salud paralelos son comunes en la mayor parte de los países donde se practica la medicina tradicional. "Creo que ustedes observarán que la medicina tradicional opera en paralelo con la medicina occidental en la mayoría de países, bien implícitamente o por negligencia," dijo. "Los que practican la medicina occidental, generalmente la subestiman, o la consideran como un placebo, como algo de un simple valor marginal." Con excesiva frecuencia, individuos que reciben su formación en un entorno médico occidental y regresan después a países del sur, tienen tendencia a menospreciar sus propias tradiciones autóctonas.

"El sistema autóctono queda esencialmente marginado en lo que respecta a política, a la asignación de recursos por el gobierno y reconocimiento oficial," expresa Bodeker, pero existe una considerable diferencia entre reconocimiento oficial y apoyo popular. "La investigación demuestra que la mayoría del pueblo rural confía en la medicina tradicional como fuente tradicional para cuidados de salud, y más de la mitad de las poblaciones urbanas, según estudios realizados en Asia, buscarán en la medicina tradicional y en los tratamientos médicos occidentales la cura de sus dolencias". A menudo, los pacientes se interesan por un tratamiento de estilo occidental para sus graves problemas médicos, aunque consultan a los curanderos tradicionales para sus dolencias de tipo crónico.

Olivia Palacio (Belize)

Olivia Palacio opina que los servicios tradicionales de salud solamente pueden dar resultado en una situación paralela. En su propio país, el paciente debe visitar primero al médico occidental, recurriendo después al tratamiento tradicional herbalista o de masaje si necesita otra alternativa a su tratamiento. Esta secuencia es necesaria porque el curandero tradicional se enfrentaría con las repercusiones legales si un paciente falleciera sin haber consultado primero la opinión de un médico occidental.

Lo rígido de esta estructura es un motivo de frustración para los curanderos tradicionales, dijo Palacio. Los que practican la medicina occidental pueden no saber qué hacer en el caso de algunos pacientes, debido a que carecen de formación en medicina herbalista. Entre el pueblo Carib de Belize, las curanderas tradicionales son mayormente mujeres, hacen de comadronas y practican la medicina tradicional.

El pago por servicios tradicionales se basa en el costo de las hierbas, además de un pequeño donativo. Y Palacio añade "no cobran mucho", comentando que el tratamiento típico cuesta entre \$3.00 y \$4.00.

2. Participación de los pueblos autóctonos en las decisiones sobre cuestiones que afectan a la salud y la vida de la comunidad.

Juan Lligalo (Ecuador)

La participación de los pueblos indígenas debe estar a todo nivel: salud, educación, vivienda, etc. En este sentido, la salud debe comprender el bienestar físico del ser humano lo cual requiere el gozar de los derechos básicos tales como alimentación adecuada, vivienda, salud y educación. La participación en estas y otras instancias deben ser fundamentales para que los pueblos indígenas se informen y participen en la toma de decisiones sobre temas tan fundamentales como lo es la salud. Digo esto ya que hasta ahora conozco sobre el trabajo de organizaciones como la OPS o sobre su existencia de mas de 90 años; me

gustaría saber qué es lo que ha hecho la OPS durante todo este tiempo acerca de la salud de nuestros pueblos indígenas. Puedo decir que a excepción de este encuentro, la OPS no ha dado apertura a nuestros pueblos durante todos esos años y la salud de los pueblos indígenas no ha cambiado mucho desde entonces.

Nosotros estamos planteando el rescate cultural, el rescate de la medicina indígena, el rescate de nuestro reconocimiento como pueblo. Nosotros esperamos una declaración concreta de la OPS así como también esperamos que los recursos de salud puedan ser canalizados a las organizaciones más reconocidas a nivel indígena.

Senador Anatolio Quira (Colombia)

Consideramos que tenemos derechos que no están reconocidos por los gobiernos. Este tipo de eventos nos dan la fuerza moral para seguir adelante en la lucha por nuestras reivindicaciones. No queremos seguir siendo discriminados. Los pueblos indígenas tienen derecho a la vida, a la salud, al medio-ambiente. Se deben tomar en cuenta en el sentido del respeto cultural. El reconocimiento de nuestra riqueza cultural es muy importante, especialmente en el año internacional indígena.

Con el desarrollo de estos eventos nos estamos conociendo más, es un encuentro en el cual nos damos cuenta que tenemos los mismos problemas y que necesitamos poner en práctica tan pronto como sea posible las resoluciones de este evento internacional, y que los buenos propósitos no solo queden en el discurso.

En este aspecto en Colombia nosotros como indígenas estamos tratando de llegar a los cuerpos colegiados y a los espacios de gobierno. Esto no es fácil de lograr, pero con la presión de las diferentes organizaciones indígenas hemos logrado obtener cierto espacio; con estas acciones el indígena se está capacitando para defender sus derechos en forma más eficaz. Para nosotros es sumamente importante nuestra participación a nivel legislativo, ya que muchas de las decisiones que han afectado los aspectos de salud y educación para los pueblos indígenas han sido tomadas a este nivel. Por ahora solo tenemos tres senadores indígenas y dos representantes, pero pensamos que la participación a nivel municipal nos ayudará a fortalecer nuestra influencia en la toma de decisiones. También es necesario aclarar que nuestra participación en el gobierno es independiente de cualquier partido político, ya que no creemos en este tipo de alianzas, es importante para nuestros pueblos el mantener nuestra autonomía.

En cuanto a la medicina tradicional, podemos participar en la consulta y la toma de decisiones a nivel parlamentario; así también podemos aportar en la definición de políticas de salud a nivel nacional; sin embargo consideramos que es necesario tener un trabajo conjunto con la medicina moderna. La educación también juega un papel fundamental en la conservación y promoción de la medicina tradicional.

Finalmente, para poder tener una buena salud los pueblos indígenas deben tener acceso a la tenencia de tierras, ya que de esto depende la solución a muchos de los problemas que enfrentamos; el acceso a tierras nos permitirá el mejoramiento de nuestras condiciones de vida.

Jefe John Sunchild (Estados Unidos)

Para John Sunchild, jefe de la Tribu Chippewa Cree, de Montana, el seminario de Winnipeg constituyó una oportunidad largo tiempo esperada para consolidar el apoyo internacional en favor de las iniciativas de salud de los pueblos autóctonos en los Estados Unidos. "Mi esperanza se cifraba en que no estuviéramos aquí para llorar y consolarnos mutuamente, y que de ello algo diferente resultaría. Y ciertamente, a medida que la reunión progresaba, se hizo evidente que habría otras reuniones y otras direcciones," dijo. "Lo que he sacado en limpio del seminario es que por primera vez, en lugar de sentirme frustrado por los problemas y cuestiones de salud, ahora la cuestión se ha sacado a la luz, hasta el punto de que ahora podemos hablar con franqueza y no tener miedo de posibles represalias por los organismos de subvención."

En el pasado, señaló, las instituciones responsables de la subvención de los programas de salud de los grupos autóctonos en los Estados Unidos han hecho difícil para las comunidades hablar sobre sus problemas y necesidades de salud. Pero ahora, con la participación de la OPS y de la Organización Mundial de la Salud, "tenemos un camino abierto para que se nos escuche ante los organismos de subvención. Esto es lo más importante que he sacado del taller, y confío que estoy en lo cierto. Debo confesar que yo no esperaba una acción inmediata. Sé que va a tomar tiempo. Pero tengo el presentimiento de que nos hallamos en el camino seguro." Dijo que esperaba con impaciencia la primera reunión de seguimiento con los otros representantes del taller, programada para julio de 1993 en Washington, como oportunidad para examinar los resultados del taller y elaborar planes para su implantación. "Nosotros no esperamos que así, de pronto, se inviertan millones y millones en este asunto, pero no hay duda que el proceso ha empezado," dijo Sunchild, señalando que él ya había compartido los resultados del taller con varias organizaciones en los Estados Unidos. Un resultado inmediato: el Servicio de Salud India, una rama del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE.UU., ha aceptado estructurar su conferencia de consulta anual en 1994 de acuerdo con las necesidades de salud no satisfechas e identificadas por los representantes tribales. "Necesitamos llegar a los niveles más primarios directamente a través de los EE.UU. sobre estas necesidades de salud no satisfechas," dijo Sunchild, "y necesitamos tratar de todas esas necesidades no satisfechas." El resultado final de estos nuevos enlaces establecidos en el seminario puede definirse en términos muy concretos, como por ejemplo el acceso a sistemas de aguas interiores por tubería y servicios de salud de emergencia para todos los pueblos autóctonos.

Sunchild recordó que había abandonado el seminario para asistir a una breve reunión con la Primera Dama de los EE.UU. Sra. Hillary Clinton, quien había expresado cierto interés en el resultado del evento. Dijo que esperaba ver el día en que él podría hacer una presentación sobre necesidades de salud de los grupos autóctonos ante un Comité del Congreso de EE.UU., con representantes de la OPS o de la Organización Mundial de la Salud a su lado. E indicó, "nosotros hemos tenido siempre la documentación". "Todo lo que deseábamos era apoyo institucional." Dijo que esperaba que la reunión de julio para planificación de la implantación exponga ideas concretas sobre la forma que revestirá tal apoyo.

3. ¿Cómo la 'Iniciativa para los pueblos Autóctonos y de Salud' mejorara el entendimiento de las cuestiones de salud por los grupos autóctonos? ¿Será de alguna ayuda el intercambio sistemático de experiencias? ¿Es posible reclutar organizaciones autóctonas como multiplicadores para diseminar la nueva percepción/conciencia que sobre esta cuestión se manifiesta de modo creciente en todo el mundo? ¿Cuáles son las historias documentadas de casos (éxitos y fracasos)?

Martha Flaherty (Canadá)

Martha Flaherty, Presidenta de Pautuutit, la Asociación de Mujeres Inuit de Canadá, dice que las iniciativas para la salud de los grupos autóctonos ayudan a crear una mayor percepción, pero recalcó que se requiere largo tiempo para cimentar verdadero entendimiento y respeto. "Hace falta tiempo para que la idea se asiente en la cabeza," dijo ella, e "incluso si entienden pero se niegan a respetar, si no quieren aceptar lo que dice el pueblo nativo, no servirá para nada." Los intercambios sistemáticos de experiencias pueden ser muy útiles, "especialmente si son constantes en términos de involucrar a los mismos individuos, o a individuos del mismo grupo."

Flaherty subrayó que un verdadero entendimiento de la cuestión de la salud de los autóctonos debe abarcar diversas cuestiones de servicio social y vivienda que influyen en el grado de bienestar. Dijo que las organizaciones autóctonas tienen un importante papel que desempeñar en la cimentación del entendimiento común. "Debería existir más información sobre nosotros que pueda hacerse llegar a quien necesite comprender, especialmente a los profesionales del campo de la salud, a los individuos que tienen poder de decisión, dado que son muchos los que no comprenden las cuestiones autóctonas." Gran parte de la información diseminada en el pasado se ha producido por gente blanca, observó, y "no es lo mismo". Esta información tiene que proceder de nosotros, no de ellos."

Los gobiernos y las poblaciones no autóctonas deben también reconocer las diferencias entre los pueblos Indio e Inuit. "Puede que tengamos los mismos problemas, pero nosotros tenemos creencias diferentes y un modo también diferente de tratar los problemas," dijo Flaherty. "Eso tiene que quedar claro. De lo contrario, será como poner chinos y japoneses juntos, o a un libanés y un italiano. Procedemos de un entorno totalmente diferente. Procedemos de un lugar muy frío y duro, donde sobrevivir es mucho más difícil."

Incluso son diferentes la logística, la provisión de servicios de salud y otros para las comunidades nórdicas, observó Flaherty: "No es como manejar un automóvil de Ottawa a Toronto, e incluso de Ottawa a México." La distancia y el aislamiento significan que es menor el número de Inuit que pueden expresarse con fluidez en inglés, y todavía menos el que posee educación superior porque en el Norte canadiense no hay universidades ni otros centros de educación superior. El resultado es que otros grupos, incluso las naciones Indias en la parte sur del país, reciben más recursos, y la salud del pueblo Inuit "se convierte en tema para recaudación de fondos, en lugar de buscársele solución."

Carlos Zolla Luque (México)

Como lo ha demostrado el trabajo del taller, cuando se pone énfasis en la situación de los pueblos indígenas se descubre un denominador común, independientemente del país que se trate. Los pueblos indígenas tienen una situación de salud con francas desventajas con respecto al resto de la población. En consecuencia, el solicitar a la OPS y a los gobiernos que consideren la situación de salud de los pueblos indígenas como una prioridad fundamental no es una diferenciación sino que es el tratar de equilibrar una condición histórica de resago.

Yo diría que existen tres condiciones básicas a considerar:

En primer lugar, se necesitan inversiones importantes en necesidades básicas tales como alimentación, saneamiento ambiental, infraestructura médica, así como programas específicos que combinen los recursos locales con la intervención institucional.

En segundo lugar, es necesario tomar en cuenta las nuevas situaciones de los indígenas en nuestros países. En el caso de México la población indígena no solo se encuentra en sus lugares de origen sino también en las grandes ciudades, en las fronteras, en los campos agrícolas sirviendo como mano de obra temporal, etc.

En tercer lugar, han aparecido nuevos problemas de salud entre la población indígena tales como alcoholismo, drogadicción, violencia, accidentes, SIDA; es importante señalar el surgimiento de enfermedades como el Cólera entre la población indígena el cual se consideraba erradicado. La iniciativa del taller debería servir para el aprovechamiento en varios frentes, en primer lugar para generar proyectos y programas con una plena participación comunitaria. El intercambio de información a través del continente es necesario para compartir experiencias de modelos exitosos.

A partir de este intercambio de experiencias, la OPS podría definir programas específicos de salud para los pueblos indígenas. De la misma manera, esperamos que en el Año Internacional indígena no se convierta en una celebración más para los gobiernos del hemisferio, por el contrario, esperamos que sirva como un frente de trabajo para la solución de tales disparidades.

Marcos A. Guimaraes (Brazil)

Considero que el único camino para el mejoramiento de la salud es la participación integral de los pueblos indígenas en la búsqueda de soluciones así como en su implementación. Así también es de suma importancia que el mundo conozca sobre esta problemática, de esta forma organizaciones internacionales como la OPS puedan apoyar este tipo de iniciativas.

Sin el intercambio de ideas y experiencias es muy difícil que se puedan alcanzar los objetivos deseados. Los pueblos indígenas deben unir esfuerzos para solucionar sus problemas, ya que estos son fundamentalmente los mismos. La participación tiene que ser fundamentalmente indígena.

4. **Relaciones Norte/Sur: ¿Puede dar resultado el pareo de programas? ¿Qué es lo que se requiere de la parte no autóctona para que esto sea posible? ¿Existe alguna posibilidad de reclutar asociados institucionales que desarrollen la noción de solidaridad mediante programas de acción - p.ej. trabajando conjuntamente en grupos de dos (o incluso más) países, estando los asociados financieros dispuestos a trabajar bajo liderazgo autóctono?**

Yolanda Nahuelcheo (Chile)

Las relaciones Norte-Sur son sumamente importantes en el sentido que nos permiten el acceso a una información más amplia con respecto a la realidad que viven el resto de los pueblos indígenas; en consecuencia esto nos lleva a un mejor entendimiento del problema global y al mismo tiempo nos motiva a seguir participando en la búsqueda de soluciones. La información y el entendimiento es fundamental para el análisis y la elaboración de propuestas concretas para las instancias correspondientes. En el caso de los países Latinoamericanos ha existido una falta de interés ante los problemas de los pueblos indígenas, por lo tanto las soluciones deberán ser contempladas dentro de un marco socio-político que permita una solución global.

Volviendo al tema del establecimiento de relaciones Norte-Sur, es necesario que estas sean controladas por los mismos pueblos indígenas. Creo que las organizaciones indígenas tienen que ser los protagonistas principales en la creación de estas alianzas y no los gobiernos o Estados. Así también las organizaciones indígenas deben demostrar su capacidad y representatividad ante el resto de grupos hermanos y organizaciones Internacionales.

Es posible tratar de involucrar otras instituciones que pueden generar solidaridad hacia los pueblos indígenas. En el caso del pueblo Mapuche, hemos logrado establecer relaciones con Universidades, ONGs y otras instituciones; este es un primer paso hacia la consolidación de relaciones que nos llevarán a la realización de acciones concretas para la solución de los problemas de nuestros pueblos.

Carlos Coloma (Consultante)

Las relaciones Norte-Sur han tenido un desarrollo desfavorable para los pueblos del Sur, y dentro de éstos encontramos que los pueblos indígenas han sido los más afectados. Esto se ha manifestado a lo largo de la historia, y desde los primeros momentos de la colonización hasta nuestros días, los modelos económicos y sociales aplicados (incluso militares) cambiaron de estilo, pero sus fines se mantuvieron, generando un gran impacto en las condiciones de vida y particularmente en la salud. Cabe notar que la propia condición de pueblo indígena ha determinado una posición dentro de las sociedades de cada país, pues tanto en los países del Norte como en los del Sur, según los indicadores de salud pública, ambos presentan las peores condiciones de salud comparados con la población total de cada país. No obstante, el carácter de los problemas de enfermedad muestran un perfil diferente pues, en el Norte se asocian a cambios de estilos de vida producidos por la sociedad industrial, como la diabetes, el suicidio, el uso de drogas, etc.; mientras que en el Sur predominan las enfermedades infecciosas, que se encuentran ligadas

a las condiciones de pobreza, a la falta de resolución de los problemas de salud ambiental, y a las limitaciones en la aplicación de programas preventivos.

El desarrollo de programas de salud dentro del marco de las relaciones norte-sur, requiere un cambio fundamental de éstas relaciones, pero ellas son de naturaleza político-económica lo que dificulta enormemente la adopción de una perspectiva de optimismo. No obstante habría que identificar con mayor claridad los elementos en los que se basan dichas relaciones. Creo que en este caso hay más preguntas que respuestas, pues si bien la población indígena tiene una limitada cobertura de los programas oficiales de salud, Qué pasaría si esta población es "medicalizada"? Las políticas de salud de los países del Sur. Tienen la suficiente apertura para generar un modelo de atención adecuado para la población indígena? Los modelos en los que se basa la medicina moderna, son susceptibles a adaptarse o adoptar los principios de las culturas médicas tradicionales? Cómo en este caso se manifestarían los intereses de las industrias de tecnología médica y de producción de fármacos?. De otra parte, tendríamos numerosas preguntas si tomamos en cuenta otros aspectos más amplios, como por ejemplo, en las últimas décadas la creciente presencia de iglesias y sectas religiosas provenientes del norte, que fundamentan su proselitismo sobre el eje de la salud, y como efecto directo se observa la división de las comunidades y el ataque directo a la práctica de los agentes de los sistemas de salud populares. En todo caso, tenemos modelos ideológicos de salud promovidos bajo la libertad religiosa y de culto, que oscilan entre la resignación terrenal y la promoción de milagros.

Los modelos médicos y de los sistemas de salud, son promovidos a partir de la experiencia de los países del norte sin tener en cuenta las diferencias históricas, los procesos sociales y las características culturales de la población. Y pese al discurso de las "adaptaciones locales", o la construcción de alternativas nacionales, regionales o locales, no es posible hoy observar que la experiencia desarrollada por los países del sur haya sido tomada en cuenta para el diseño de modelos de prevención y de atención a la salud que respondan a las necesidades de la población indígena, y de otros sectores de la población. Los escasos presupuestos para investigación o para apoyo de experiencias alternativas en salud, la baja utilización de recursos humanos de origen indígena formados en ciencias de la salud, explican entre otras cosas las dificultades de asumir un análisis interinstitucional o en el propio sector salud de los países sobre la salud indígena. La inercia institucional, y especialmente las actuales políticas orientadas a la privatización de la salud (y de otros servicios sociales) aparecen en los países del sur, como uno de los obstáculos más importantes para hablar de la "salud para todos", la democratización de la salud, y particularmente de la incorporación de planes de salud a nivel nacional para la población indígena.

No obstante este es el desafío, un enorme desafío para los pueblos del Sur, donde siempre existe la posibilidad de asociarse a partir de una identidad y de generar compromisos sobre objetivos concretos. Entre ellos está la posibilidad de una construcción de modelos y propuestas de salud que conlleven un nuevo tipo de relaciones con instituciones del Norte que compartan la lucha que implica este desafío. Indudablemente que este esfuerzo no se circunscribe a la población indígena, sino al conjunto de la población, y particularmente al compromiso real que adopten los gobiernos. Este es posiblemente uno

de los procesos a desarrollar, pues los actores, especialmente aquellos que viven en los problemas, son los llamados a adoptar una posición activa y de liderazgo, para proponer soluciones a partir de la experiencia histórica y actual, y que se oriente a promover una necesaria y real salud pública, no sólo para los indígenas sino para todos aquellos que la necesitan.

Dra. Pamela Hartigan, oficial de enlace con las ONGs, OPS

Pamela Hartigan, de la Organización Panamericana de la Salud, hizo una reflexión sobre el acoplamiento de programas y su eficacia, y recordó el mensaje fundamental del seminario de Winnipeg. En él se hizo hincapié en que los pueblos indígenas de todo el continente americano afrontan en esencia los mismos problemas. Aunque cabe prever que existan diferencias culturales, "las cuestiones de la autonomía, la autohabilitación y la reivindicación de sus tierras acaparan la atención de estos pueblos". En este marco, las relaciones Norte-Sur pueden ser sumamente poderosas y eficaces.

En relación con las alianzas Norte-Sur, sin embargo, es preciso abordar también los problemas de la igualdad y la reciprocidad. "En la mayor parte de las asociaciones de ONG de este tipo, los socios del Norte suelen tener más acceso a los fondos, pero deben trabajar por conducto de organizaciones del Sur para conseguirlos. Su capacidad de canalizar los fondos les sitúa en una posición ventajosa, que ello suceda en las relaciones entre indígenas del Norte y del Sur, pues ninguno de ellos tiene acceso a recursos financieros...cosa que resultó palpable en el seminario de Winnipeg. Las alianzas entre grupos indígenas del Norte y del Sur pueden resultar "mucho más positivas, pues no creo que ninguno de ellos piense que tiene ventaja sobre el otro. Ambos afrontan por igual los problemas de la marginación y la pobreza".

La norma más importante que debe tener presente un organismo que no sea indígena, dijo Hartigan, es darse cuenta desde el principio de que "no tiene la posibilidad de dictar lo que los pueblos indígenas deben hacer. Los grupos indígenas deben llevar el timón de cualquier actividad o programa que tenga que ver directamente con sus comunidades".

El concepto de la función que la OPS debe desempeñar para generar solidaridad mediante programas de acción se verá reflejado en un documento de trabajo que se presentará al Comité Ejecutivo de la Organización como consecuencia del seminario de Winnipeg.

Desde un punto de vista más amplio, Hartigan dijo que el debate del seminario había puesto en relieve la importancia que los participantes identifiquen la forma de hacer el mejor trabajo posible dentro de sus esferas de influencia. En su propio campo, que entraña la promoción de vínculos entre organizaciones comunitarias y de éstas con dependencias gubernamentales, dijo que se propone buscar formas de hacer participar en las iniciativas en curso a organizaciones de pueblos indígenas.

Por ejemplo, citó esfuerzos para combatir la epidemia del cólera en Panamá y, en particular, que los problemas preventivos tendrán que reflejar los diferentes conceptos de salud y enfermedad que sostiene la tribu kuna, así como cerrar la brecha de comunicación que existe entre el personal sanitario de mentalidad occidental y los curanderos. Un primer paso importantísimo consistirá en velar por que los dos sistemas de atención de salud sean respetados y considerados igualmente válidos.

Para finalizar la entrevista, Hartigan señaló que "la capacidad de la OPS para servir de puente entre el sector de la salud y los grupos indígenas será muy importante...solo espero que estemos a la altura de las circunstancias en que que viene después".

Joseph Palacio (Belize)

Joseph Palacio dijo que el pareo de programas norte-sur puede, en principio, dar resultado siempre y cuando se cuente con un mecanismo que defina precisamente cómo hacerlo. El pareo puede producirse a nivel universitario o a nivel primario, o puede enfocarse sobre tecnología del sur que ya no se halla disponible en el norte, o viceversa. Independientemente del contexto, el proceso requiere "dedicación, deliberaciones y un gran respeto recíproco."

Los asociados no-autóctonos pueden facilitar el proceso de pareo con subvenciones, aunque su dedicación a los mecanismos apropiados es igualmente importante, subrayó Palacio. "Creo, realmente, que es ignorancia, y el paternalismo general de que tiene que hacerse solamente según dicten los pueblos no-autóctonos." Las organizaciones autóctonas en Belize pueden negociar arreglos institucionales con socios no-autóctonos, "pero por encima de todo ello creo que el problema aquí es determinar dónde pueden involucrarse los gobiernos." Dijo que la situación actual requiere "arreglos de financiamiento específicos que reconozcan la validez de las organizaciones autóctonas, tanto aquí como en el sur, y esto es particularmente difícil debido a que los gobiernos todavía no están realmente abiertos a las organizaciones autóctonas ni en el norte ni en el sur. Por lo tanto, supongo que aun cuando digo que el gobierno debería tomar las riendas, somos asimismo conscientes de que, siempre que sea posible, deberían ser las organizaciones autóctonas mismas las que se coloquen a la cabeza, con la esperanza de que los gobiernos hagan lo mismo pronto."

Palacio observó que la Agencia Canadiense para el Desarrollo (CUSO), se ha mostrado activa en Belize, habiendo demostrado una gran flexibilidad en los arreglos de trabajo que no involucran a los gobiernos. Pero muchas de las organizaciones que han apoyado el desarrollo comunitario en el sur se han enfrentado a reducciones en subvenciones que dificultan el ser consecuente con el entusiasmo que sienten a nivel de organización. Palacio dijo que la experiencia práctica disponible mediante algunas organizaciones del sector privado podrían ser transferibles, y sugirió que los profesionales de la salud podrían formar grupos técnicos para trabajar con departamentos universitarios en el sur. "Pero por otra parte, quiero subrayar que aquí nos enfrentamos con un problema de equidad, o quizá no tanto de equidad como de equitatividad y reciprocidad, donde quiera que exista un entendimiento genuino que la transferencia puede ser mutuamente ventajosa," dijo él. "Ahí es donde interviene la dirección de nuestro pensamiento. Nosotros, en el sur, no hemos afirmado suficientemente nuestras propias habilidades, y no estamos suficientemente convencidos de que poseemos la habilidad de poder enseñar, por lo que esto es también un problema para nosotros. Es completamente un problema de timidez, de conciencia de la propia identidad, y de seguridad en nosotros mismos. Yo creo que el tipo de intercambio más común,

si desean llamarlo así, es el del turismo casual, en el que el individuo visita y aprende, pero permanece en los confines de su habitación de hotel con aire acondicionado. Y ellos, los turistas, son muy propensos a criticar el calor, las moscas, y los malos olores, sin mirar a la gente; y sin embargo, existe una humanidad latente allí que trasciende todas las contingencias, cualesquiera que éstas sean."

Para asegurar que este entendimiento más amplio se incorpore en los programas de pareo, "tendrá inevitablemente que haber organizaciones intermedias que operen en ambos lados, para facilitar la entrada," dijo. Estas organizaciones incluirían socios pareados anteriores, así como antropólogos capacitados en sensibilidad intercultural y representantes de los organismos subvencionadores. "Considero que un seminario de esta naturaleza es de gran utilidad en este tipo de diálogo," apuntó. "Tiene que existir el inicio de un diálogo franco entre el norte y el sur," y "creo que este taller ha sido un buen foro para ese tipo de intercambio."

5. Estudios de casos documentados de salud en el desarrollo.

Dr. Eduardo de Gortari (México)

El caso del hospital de Cuetzalan es el primer acercamiento de dos culturas médicas: la medicina tradicional y la medicina moderna. Esta rica experiencia ha sido el producto de varios factores. El más relevante es la modificación del artículo cuarto constitucional establecido por el gobierno del Presidente Salinas, el cual reconoce a la Nación Mexicana como un país multicultural y por lo tanto abre nuevos espacios sociales a los pueblos indígenas, incluyendo el reconocimiento de la medicina tradicional.

En Cuetzalan se da la oportunidad de establecer un hospital de segundo nivel, el cual ofrece servicios de medicina tradicional tales como parteras, sobadores, hueseros, farmacia arbolaria y otros, junto con servicios de medicina moderna. En Cuetzalan se está desarrollando un proceso de integración de las dos formas de atención médica, el cual no siempre es fácil, ya que existe cierto rechazo por parte de algunos médicos jóvenes; sin embargo se están integrando.

Lo importante del caso es que ha logrado la aceptación de la comunidad, ya que las personas tienen el acceso a ambos tratamientos médicos, los cuales se complementan.

Ante el éxito de la experiencia de Cuetzalan, el gobierno Mexicano continua promoviendo este tipo de programas, los cuales deberán estar basados en el respeto de la medicina tradicional y la medicina moderna.

Carlos Zolla Luque (México)

La experiencia de Cuetzalan no es ni más ni menos que tratar de desarrollar un modelo adaptado a las condiciones locales de una región indígena. Hacemos énfasis del hospital rural mixto en donde convergen médicos académicos y médicos tradicionales, pero sobre todo hacemos énfasis en la importancia del Programa Regional de Salud, que es el marco en donde se ubica toda la problemática, por lo tanto el hospital es una de las instancias que forman parte de este programa.

Por otra parte, se acaba de modificar el artículo cuarto de lo constitucional; por esta modificación México se define como un país multicultural, sustentado en el desarrollo de los pueblos indígenas, y el nuevo texto hace referencia a justicia, cultura, lenguas y costumbres cuyo desarrollo el Estado deberá de alentar. Actualmente se discute la ley reglamentaria del artículo cuarto, y existe la expectativa para el reconocimiento de la medicina tradicional.

Jefe Sydney Garrioch (Canadá)

El jefe Sydney Garrioch describió lo positivo y las limitaciones de una iniciativa para la transferencia de programas de salud en la que participa el Consejo de la tribu Swampy Cree, de Manitoba. Hablando como presidente del Comité de Jefes sobre Salud de la Asamblea de Jefes de Manitoba, Garrioch expresó preocupación de que el plan de transferencia, tal como actualmente formulado, confiere a la comunidad autoridad administrativa sobre ciertos servicios de salud, aunque no provee jurisdicción total en el campo de la salud de los pueblos autóctonos.

En el acuerdo de transferencia las áreas clave de control incluyen asignación de personal, transporte local, servicios de enfermería, presupuestos operativos y de mantenimiento, y desembolso de capital. Sin embargo, según Garrioch, "la mayor devolución que actualmente contemplamos es el enfoque del autogobierno, para que nos dé la propiedad y los medios de desarrollar nuestras propias políticas y reglamentos". Una preocupación específica trata de que el acuerdo de transferencia limitaría la jurisdicción de la comunidad a los residentes de la reserva, cuando las Primeras Naciones de Manitoba consideran una obligación servir también a los residentes de las ciudades. En algunos casos, los reglamentos federal y provinciales evitan incluso que Primeras Naciones individuales sirvan a miembros que viven en las orillas opuestas de un río.

Los recortes presupuestarios han limitado también los servicios de salud disponibles para los pueblos autóctonos en Manitoba, observó Garrioch: en muchos casos, se ha dado de alta de las instalaciones de salud a individuos antes de que estuvieran curados, o cuando los cuidados posteriores no se hallaban disponibles en sus comunidades de origen. Por ejemplo, se ordena a individuos minusválidos que dispongan en sus domicilios los cuidados que necesitan aun cuando las comunidades carecen de los recursos para ejecutar sus propios programas. El resultado, dijo, es que la condición de los pacientes empeora, antes de recuperarse."

Garrioch dijo que es importante asegurar que los procedimientos de devolución permitan prácticas holísticas de salud. "Intentamos hacer que los gobiernos se den cuenta de que debe reconocerse el componente tradicional," dijo él. "Actualmente no es reconocible, y es muy difícil que los curanderos tradicionales y que los procesos tradicionales de cura funcionen dentro del sistema." Médicos y enfermeras occidentales, trabajando en centros médicos en las reservas autóctonas refieren sus casos a tratamientos y especialistas occidentales, y a menudo rehúsan visitar a individuos que han consultado con curanderos tradicionales.

"En términos generales, hay concentración excesiva en tratamiento e insuficiente conciencia pública sobre prevención," expresó. "No se dispone de recursos suficientes para desarrollar una mejor forma de percepción pública sobre la salud, de todos los aspectos y en todas las edades, en el entorno del hogar así como en la comunidad."

La mejor esperanza de cambio, dijo Garrioch, deberá provenir de legislación que ponga el control en manos autóctonas. "Si es solamente una política, no valdrá para nada. Tiene que ser reconocido dentro del sistema gubernamental. Sin intentar menospreciar las instituciones médicas existentes, o los médicos que laboran en ellas - solamente se trata de que el pueblo tenga una opción, y una oportunidad de decidir su dirección."

Marcos A. Guimaraes (Brazil)

Durante la década del 70 se estableció en Brazil la ley 6001, conocida también como el "Estatuto del Indio", la cual establece entre otros, que la salud tiene que ser extendida a los pueblos indígenas sin discriminación. A partir de esto se han hecho esfuerzos encaminados a la solución de los problemas de salud en la Amazonia Brasileña, tales como el establecimiento de Distritos Sanitarios indígenas.

El Ministerio de Salud del Brazil ha reconocido su responsabilidad por la promoción de la salud para los pueblos indígenas. En este sentido, en el ámbito del Ministerio de Salud yo pude crear un proyecto llamado "la Coordinación de la Salud del Indio", como una forma de realizar un trabajo más efectivo en el campo de la salud indígena.

Sin embargo muchas veces las iniciativas de salud se ven afectadas por la crisis económica que enfrenta Brazil.

6. ¿Qué hacen las organizaciones autóctonas para dar seguimiento a las resoluciones de Winnipeg?

Nilo Cayuqueo (Centro de Información para los Pueblos Indios de Meso y Sudamérica (SAIIC))

Con la llegada de los quinientos años de resistencia Indigenista ha habido más interés del indígena de tener un intercambio de información entre nuestros pueblos. Hemos sido oprimidos, marginados, y por lo tanto tenemos muchas cosas en común.

El problema de la salud nos preocupa de manera particular, ya que existe un desconocimiento del mundo sobre el genocidio y etnocidio por la falta de salud de los pueblos indígenas. Los problemas de salud son consecuencia directa de estas injusticias. En este sentido considero de suma importancia el mantener una red de comunicación para poder intercambiar información y poder hacer propuestas de solución ante organizaciones internacionales, tales como la OPS y la OMS.

Es importante que los indígenas participen en la toma de decisiones, no solo en políticas de salud, pero también en el manejo y control de fondos para evitar su uso inapropiado.

Una de las tareas inmediatas para las organizaciones participantes es la de impulsar campañas de difusión sobre las experiencias compartidas en esta conferencia, para que se conozca de forma mas amplia la realidad indígena.

Considero que esta conferencia es al menos un comienzo. La OPS está dispuesta a escucharnos y este es un paso positivo, pero para que los objetivos trazados se conviertan en una realidad es necesario que se pongan en práctica. En este contexto, la medicina tradicional indígena no solo debe ser reconocida sino que también tiene que ser apoyada, más aún, tiene que ser legalizada, ya que en algunos países como Argentina y Chile, esta es considerada como una práctica ilegal.

Reategui (AIDSESP), Perú

Creo que para que las resoluciones de esta conferencia tengan la fuerza necesaria, estas deberán incluir la resolución de que los pueblos indígenas puedan desarrollar sus propios programas de salud. Si esto es posible lograrlo las resoluciones serán más efectivas. Asi tambien es indispensable que se recoga la esencia de la problemática indígena sobre la base de la claridad de lo que significa salud indígena.

Yo pienso que la medicina indígena como ciencia debe dársele la oportunidad de desarrollarse como cualquier otra ciencia, cualquier iniciativa de salud para nuestros pueblos tiene que girar en torno este eje fundamental, incluso programas que incluyan la medicina "Occidental".

Es necesario establecer una relación directa entre la OPS y las organizaciones indígenas para que los programas y proyectos de salud a implementarse en el futuro puedan tener el aporte indígena, ya que nuestros pueblos pueden definir en forma más clara las necesidades y los métodos a utilizar en dichos programas.

Jean Goodwill (Canadá)

Para Jean Goodwill, antigua Presidenta de las Enfermeras Inuit e Indias de Canadá, el primer paso de los delegados en las semanas siguientes a la conferencia será presentar las resoluciones finales a sus líderes locales. Ella subrayó asimismo la importancia de la comunicación y organización constantes. "Será muy importante para los pueblos autóctonos intentar desarrollar algún tipo de lazo entre sí como grupo, si bien no necesariamente a nivel de organización," dijo ella. "Creo que estamos excesivamente organizados, pero podemos sin embargo mantener un enlace de comunicación entre nosotros y los diferentes grupos interesados."

El intercambio de información será de importancia crítica para aquellos delegados que desean asegurar que las resoluciones de la conferencia se ejecuten, apuntó Goodwill. "La responsabilidad realmente pesa sobre nosotros," recaló ella. "Muchas veces, nos fiamos demasiado de nuestras organizaciones y gobiernos, y a estas alturas deberíamos saber que ellos no siempre son consecuentes en sus acciones. Por lo tanto, realmente creo que deberíamos hacer un esfuerzo nosotros mismos, incluso aunque haya solamente dos o tres individuos clave esparcidos aquí y allá."

Después de toda una vida de trabajo con organizaciones, dijo Goodwill, "mi interés radica ahora

en el área de la salud tradicional. Estoy ahora más satisfecha de que todo este proceso esté evolucionando por todas partes. Y no es solamente Norteamérica la que muestra interés. Es también Sudamérica, y para mí esto es muy alentador, porque es por esto por lo que yo he vuelto a mi hogar." Desde mi regreso a Saskatchewan después de un período de trabajo en Ottawa, "he renovado los lazos que me unen a mi cultura, a mis actividades culturales y ceremonias; estoy sumamente satisfecha de que suceda ahora, y de que otra gente esté haciendo lo mismo." Además de practicar la medicina tradicional, Goodwill enseña los enfoques tradicionales en un programa universitario para promover carreras en salud para estudiantes indígenas.

"En lo que a mí respecta, creo que aquí está la solución. "Todos hemos probado la otra senda; hemos intentado emplear el modelo occidental de cuidados de salud, y mientras la medicina y los conceptos de salud tradicionales se mantengan "vigentes y operativos", creo que deberíamos intentar mantenerlos lo más posible." Ella recalcó que los que asistieron a la conferencia son los mismos que mantendrán el progreso del movimiento de salud de los pueblos autóctonos. En realidad tenemos una gran responsabilidad en hacer las cosas nosotros mismos. Y es así como tiene que ser."

ANEXOS

Documentación producida para el Seminario o brindada por los participantes de Seminario '93

Patterns of Birthweights, Ruth Rice Puffer, Carlos V. Serrano. Pan American Health Organization. Scientific Publication #504, 1978.

Animal Health in the Americas, 1981, Pan American Health Organization. Scientific Publication #414, 1981.

Emergency Health Management After Natural Disaster, Pan American Health Organization. Scientific Publication #407, 1981.

Environmental Health Management After Natural Disasters, Pan American Health Organization. Scientific Publication #430, 1982

The Health of Adolescents and Youths in the Americas, Pan American Health Organization. Scientific Publication #489, 1985

Diagnosis of Malaria, Francisco J. Lopez-Antuñano, Gabriel Schmunis. Pan American Health Organization. Scientific Publication #512, 1990.

Capacitación en materno infantil a los sukias medicos tradicionales indígenas de Talamanca "AWAPA", Leyla Garro Valverde, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 1990.

Health of Indigenous Peoples, SPP 18/7, Pan American Health Organization, Subcommittee on Planning and Programming, Executive Committee of the Directing Council, Washington D.C. April, 1992, 11 pages.

Health of Indigenous Peoples, Final Report, Pan American Health Organization, Subcommittee on Planning and Programming, Executive Committee of the Directing Council, Washington D.C. April 1992, 3 pages.

Planning Workshop '93, Canadian Society for International Health, Ottawa, Canada. July 1992, 5 pages.

Los Pueblos Indígenas y la Salud, Documento de base para el Seminario-Taller '93, M. Dion Stout, C. Coloma. Ottawa, Canadá. Septiembre 1992, 101 páginas.

Organización de la mujer y el niño indígena en Acapulco, Educadores Populares Bilingües, Instituto Nacional Indigenista y Organización Rádda Barnen, México 1992.

II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas Presente y Futuro de la Medicina Tradicional, Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Desarrollo Social, Ciudad de México, 1992.

Culturas médicas tradicionales y alternativas en los países andinos, YULUKA, COMUNITAR: Miembros de la Federación Andina de Fundaciones Sociales, 1992.

Perfiles de salud y nutrición de los niños chontales, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, informática y Evaluación, Dirección de Evaluación. Mexico, 1992

Programa nacional de la medicina indígena tradicional, Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales. México 1992.

Perfiles de salud y nutrición de los niños otomíes, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección de Evaluación. Mexico, 1992.

Perfiles de salud y nutrición de los niños chichimecas, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección de Evaluación. Mexico, 1992.

Modelo alternativo de salud para pueblos indígenas, Primer Encuentro Mesoamericano. San José, Costa Rica 1992.

A New Beginning, After 500 Years of Struggle for Life and Self-Determination, SAIIC Newsletter, 1992

Comienza una nueva etapa, después de 500 años de lucha por la vida y la autodeterminación, Boletín de SAIIC, 1992

MEMORIA, III Encuentro Continental, 1992

Revista Costarricense de Salud Pública, 1992

"Lawen" Monitoras mapuches de salud rural, Ana María Alarcón y Yolanda Nahuelcheo. Programa de Salud comunitaria - Policlínico Metodista, Temuco, Chile, 1993.

Manual del Promotor, Ricardo Hernandez Murillo, Horacio Riojas, Fideicomiso para la salud de los niños indígenas de México, A.C., 1993.

Módulo de recuperación intensiva para niños desnutridos graves, Ricardo Hernandez Murillo, María del Rocío Mora Molina. Fideicomiso para la salud de los niños indígenas de México, A.C., 1993.

La salud de los pueblos indígenas en México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. Jaime Supúlveda y otros. México 1993.

Guía histórica y diagnóstica del Consejo Regional de Médicos Indígenas Tradicionales de la Zona Centro del Estado de Yucatan.

Salud de los pueblos indígenas en Bolivia, Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios, Instituto Indigenista Boliviano. 1993.

ANEXOS

Documentación producida para el Seminario o brindada por los participantes de Seminario '93

Patterns of Birthweights, Ruth Rice Puffer, Carlos V. Serrano. Pan American Health Organization. Scientific Publication #504, 1978.

Animal Health in the Americas, 1981, Pan American Health Organization. Scientific Publication #414, 1981.

Emergency Health Management After Natural Disaster, Pan American Health Organization. Scientific Publication #407, 1981.

Environmental Health Management After Natural Disasters, Pan American Health Organization. Scientific Publication #430, 1982

The Health of Adolescents and Youths in the Americas, Pan American Health Organization. Scientific Publication #489, 1985

Diagnosis of Malaria, Francisco J. Lopez-Antuñano, Gabriel Schmunis. Pan American Health Organization. Scientific Publication #512, 1990.

Capacitación en materno infantil a los sukias medicos tradicionales indígenas de Talamanca "AWAPA", Leyla Garro Valverde, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 1990.

Health of Indigenous Peoples, SPP 18/7, Pan American Health Organization, Subcommittee on Planning and Programming, Executive Committee of the Directing Council, Washington D.C. April, 1992, 11 pages.

Health of Indigenous Peoples, Final Report, Pan American Health Organization, Subcommittee on Planning and Programming, Executive Committee of the Directing Council, Washington D.C. April 1992, 3 pages.

Planning Workshop '93, Canadian Society for International Health, Ottawa, Canada. July 1992, 5 pages.

Los Pueblos Indígenas y la Salud, Documento de base para el Seminario-Taller '93, M. Dion Stout, C. Coloma. Ottawa, Canadá. Septiembre 1992, 101 páginas.

Organización de la mujer y el niño indígena en Acapulco, Educadores Populares Bilingües, Instituto Nacional Indigenista y Organización Rádda Barnen, México 1992.

II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas Presente y Futuro de la Medicina Tradicional, Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Desarrollo Social, Ciudad de México, 1992.

The Workshop / L'Atelier / El Taller



Rapporteur Myrna Cunningham at work /
*La Rapporteuse Myrna Cunningham présentant une
synthèse de son cru /*
RELATORA MYRNA CUNNINGHAM TRABAJANDO.



Consultants/CONSULTORES Madeleine
Dion Stout and Carlos Coloma.



President / Presidenta
Robinson (CSII/SCSI) and
Rapporteur / RELATORA
Myrna Cunningham

The visiting circle, after closing session / *Après la séance de clôture, l'au revoir.* /
El círculo de visita, después de la sesión de clausura.



A First Nations Celebration. / *Une célébration rituelle des Premières Nations.* /
Actos de celebración de las Primeras Naciones del Canadá.

