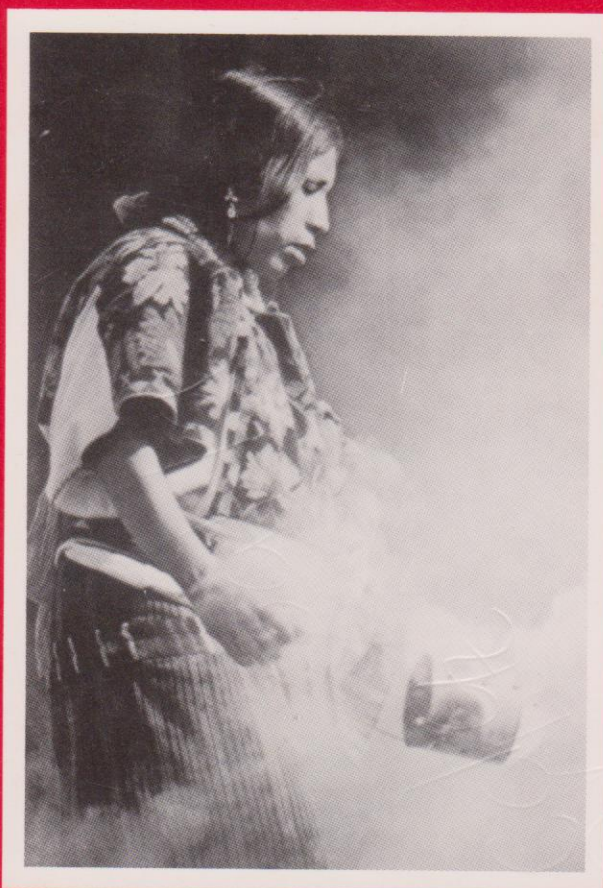




La Tradición Popular

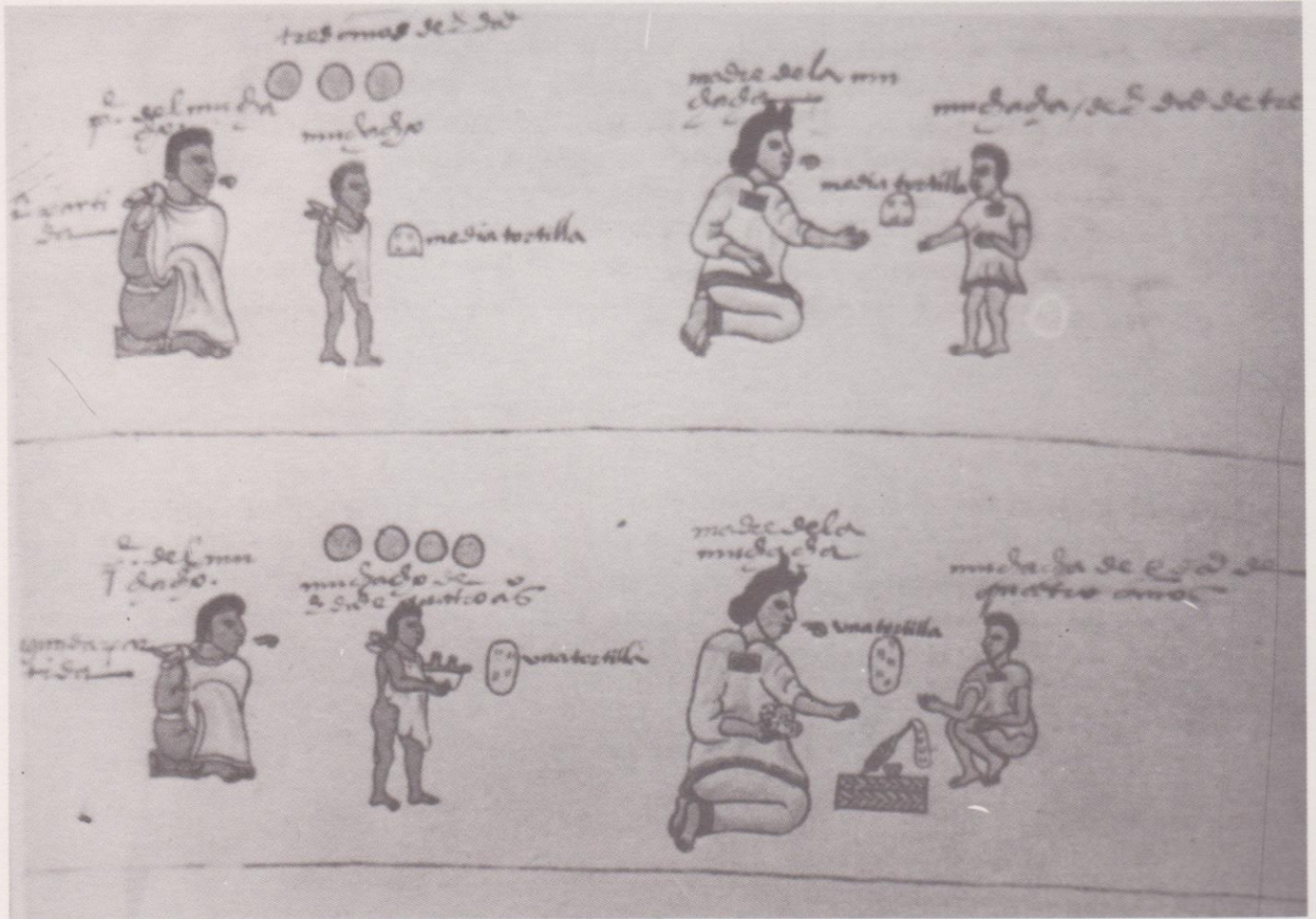
No. 105/1995



SALUD

PARA PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA

INICIATIVA SAPIA



SALUD

PARA PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA

INICIATIVA SAPIA

«Un instrumento utilizado para destruir las culturas indígenas fue el negarles los cuidados de salud, arma destructora más poderosa que la violencia. Fuerzas dominantes han mantenido el poder haciendo caso omiso de la información y no informándose acerca de la fortaleza de las culturas indígenas y permitiendo la creación de ficciones que no reflejan la real situación de los pueblos autónomos en situación de inferioridad económica.

Esta pobre posición económica ha sido responsable de la pobre salud de los pueblos indígenas. La salud de los pueblos indígenas está siempre por debajo del promedio nacional. La OPS se enfrenta al reto de mejorar la salud de los pueblos indígenas a través de: hacer el compromiso de hallar medios para erradicar la terrible situación actual; establecer mecanismos para adquirir y mantener el conocimiento acerca de la salud de los pueblos indígenas; basándose en ese conocimiento, promover agresivamente la participación de la conciencia social de modo que los pueblos indígenas sean capaces de tomar decisiones acerca de sus vidas; y hacer que los temas relativos a las poblaciones autóctonas se conviertan en una prioridad para la sociedad.

Necesitamos crear nuevas relaciones entre los pueblos indígenas y no indígenas de este hemisferio. Las nuevas relaciones deben estar basadas en el respeto mutuo y dirigirse al fortalecimiento de las entidades respectivas y de todos los pueblos. Cada cultura necesita identificar los cambios que necesita y desea, siendo la identificación de estos cambios una precondition para la autodeterminación. Todos los ciudadanos de una cultura deben participar en este proceso de toma de decisiones y todas las culturas tienen algo que enseñar a otras. Debemos aprovechar los saberes autóctonos y complementarlos con la ciencia y tecnología moderna. Necesitamos trabajar juntos a nivel mundial, nacional y comunitario.

La OPS necesita llevar a todos sus estados miembros el mensaje de que ha llegado el momento de comenzar a pagar la deuda que se tiene con los pueblos autóctonos y los líderes en este proceso deben ser los propios pueblos autóctonos».

Carlyle Guerra de Macedo
Director, Organización Panam. de la Salud, 1993

PRESENTACION

Este boletín básicamente pretende llegar a un amplio público y dar a conocer, por un lado, aunque en forma muy resumida, algunos aspectos en torno a salud y cultura. Tema que, refiriéndome al ámbito latinoamericano, a partir de mediados de este siglo académicamente despierta interés principalmente en los científicos sociales. Toma mayor énfasis e incursionan profesionales de otras disciplinas, principalmente médicos, en la década de los setentas con la propuesta, Salud para Todos en el Año 2000, sugerida por la Organización Mundial de la Salud, OMS.

En respuesta a los diferentes procesos políticos, económicos, sociales y culturales y a la luz de los hallazgos científicos inmersos en las diferentes disciplinas que atañen a la evolución de salud-enfermedad, aunque en procesos lentos no acordes a las necesidades urgentes e ingentes de poblaciones mayoritarias, se busca o se pretende llegar a la comprensión y aceptación de que la salud debe abordarse integralmente tanto física, mental, social y espiritual, como política, económica social y cultural. En esta integralidad la cultura como patrimonio de los pueblos, que confiere identidad y es reconocida como la piedra angular de la autoconciencia y sentido de pertenencia a determinado grupo social.

Estas situaciones en alguna manera han incidido en acciones para conocer, interpretar y comprender que, eliminar la enfermedad, recuperar o mantener la salud, no es responsabilidad de un sistema único o universal, en este caso el sistema biomédico, oficial u occidental de salud. Algunas de estas reflexiones han salido a luz por acciones emanadas de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS., entre ellas el Trabajo de Grupo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe, realizado por un grupo de profesionales del campo de la salud a finales del año 1983 y cuyo informe es publicado en Julio de 1985. Estos enfoques marcan un hito en el abordaje multicausal de los diferentes procesos de la salud-enfermedad, donde la cultura juega un papel importante principalmente en países que se caracterizan por la presencia de diversidad cultural y multiétnica como el área mesoamericana en la que Guatemala está inmersa; la cultura concebida como el flujo vital, como una especie de corriente sanguínea del cuerpo social que metaboliza y asegura los intercambios entre los individuos y la sociedad y entre la sociedad y el cosmos (eso que remite a la relación entre lo real y lo imaginario, lo mítico y lo práctico, las creencias y su sustento material*.

Esta oportunidad igualmente es propicia para dar a conocer literalmente el informe de la Resolución V, SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS que a propuesta de la delegación del Canadá, a la que se sumaron las de México, Ecuador, Perú y Bolivia, se incluyó en la 18a. Reunión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la OPS. Esto dio como resultado la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, llevada a cabo en Winnipeg, Canadá, en abril de 1993. Esta reunión cobra gran relevancia dado que hacen partícipes y se les consulta o discute a representantes de los diferentes pueblos indígenas del continente americano acerca de las condiciones y calidad de vida que a lo largo de la historia les ha tocado vivir; cómo abordar la enfermedad, así también las formas de recuperar o mantener la salud. Producto de esto es la denominada iniciativa SALUD PARA PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA, contenido que por su importancia se da a conocer total y literalmente.

Para darle seguimiento a esta iniciativa y siempre auspiciado por la OPS, se desarrolla en Quetzaltenango, Guatemala, del 5 al 8 de septiembre de 1994, el Taller Subregional para Mesoamérica, PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD, en el que participan representantes de México, Centro América y Panamá. En este taller hubo representación de los tres sectores involucrados en el campo de la salud de los siete países: Pueblos Indígenas, Ministerios de Salud y OPS. La representación de los pueblos indígenas fue mayoritaria.

Participaron en la Comisión Organizadora la Dra. Lilly Caravantes de Dubois, de la OPS., el Dr. Rubén González y la autora de este boletín, quien agradece al Dr. Jacobo Finkelman, representante de OPS, Guatemala, su autorización para que un amplio público a través de este boletín tenga la oportunidad de conocer los procesos, consideraciones y recomendaciones de tan importantes eventos, sobre todo porque son emanados de los pueblos involucrados e interesados en las políticas y formas de resolver su problemática como son los pueblos indígenas.

Los pueblos nativos de este continente, que por razones especiales se llama América, independientemente del grupo étnico al que pertenecen, en su mayoría comparten historias comunes, componentes socio-culturales que contribuyen tanto a una cohesión social muy propia como a la presencia de diversas y particulares identidades.

Son pueblos que a lo largo de 500 años han mostrado una gran energía capaz de resistir y sobrevivir a los embates políticos, económicos, sociales y culturales que ha dejado una historia de despojo, destrucción, discriminación y pobreza; lo que sin duda alguna ha repercutido en la calidad de vida de los pobladores.

Son poseedores de una férrea y profunda cultura (material, social y espiritual) con una particular interpretación del origen de la vida, de cómo preservarla y prolongarla, así como luchar contra la enfermedad, o bien aceptar la muerte como un continuum de la vida misma, como en un designio sagrado.

Son poseedores y portadores de un mosaico de tradiciones, inmersas en especiales y particulares formas de interpretación del cosmos. Al mismo tiempo constituyen una expresión cultural vigente, dinámica, cambiante, que conforma sistemas médicos que dan respuestas a problemas físicos, mentales, sociales, espirituales, etc. y no obstante su raigambre histórica, poco o ningún crédito o valoración se les ha dado. Con frecuencia y a priori, se les califica como sistemas caducos, obsoletos, producto de la ignorancia y de supersticiones, soslayando los factores políticos, socioeconómicos, inmersos en la problemática salud-enfermedad.

Al abordar las condiciones de vida de la población de los diferentes países de América, si bien es cierto que no se cuenta con cifras exactas, estimaciones aceptadas a niveles oficiales señalan que es en los pueblos indígenas y demás pueblos subordinados, donde se encuentran los niveles más altos de pobreza, pobreza extrema e indigencia por lo que constituyen los grupos humanos de más alto riesgo, y en donde los indicadores de diferentes enfermedades, aún las prevenibles, son más altos. Son quienes en su mayoría sufren la ausencia o deficiencia de servicios básicos: salud, educación, comunicación, etc., por parte del sistema oficial.

Es importante señalar los diferentes procesos y etapas para llegar a un interés científico y el reconocimiento de que en el mundo existen tantos sistemas de salud como culturas hay; al mismo tiempo que de la población mundial un 70 a 80% se refugian en ellos en la búsqueda de un equilibrio entre su medio ambiente material, natural y social.

Diferentes enfoques y tendencias de interpretar los procesos de salud-enfermedad, dan lugar a las primeras participaciones de científicos sociales para llegar a conclusiones que la salud de los pueblos nativos del mundo no puede abordarse bajo la óptica de un modelo biomédico occidental, ni mucho menos universal, de salud.

Esto hace formalizar los primeros ensayos de colaboración entre antropólogos y administradores de programas o proyectos de salud y desarrollo social. Es importante resaltar que lo fundamental en esta oportunidad es explicar las causas por las que fracasaron o tuvieron poca aceptación programas de **salud pública**.

El enfoque antropológico fue predominantemente culturalista, con énfasis en las creencias, prácticas y recursos médicos de sociedades tradicionales indígenas o nativas. Esta

concepción da lugar a lo que se le denominó modelo de barreras socio-culturales, y bajo esta óptica se explicó el fracaso de los programas occidentales de salud, responsabilizando a los pueblos nativos o indígenas de no percibir **las ventajas ni beneficios que este modelo de salud ofrecía**, por lo que la tendencia es eliminar o modificar las creencias y valores culturales vigentes.

En el sentido más amplio es el período en que se dan las estrategias impositivas de latinización como alternativa de desarrollo social. Las repercusiones de éstas no fueron significativas en los programas de salud.

Los años de las décadas cincuenta y sesenta se caracterizan por la conformación de equipos multidisciplinarios con la participación de médicos, enfermeras, epidemiólogos, antropólogos, sociólogos y psicólogos, para implementar en áreas definidas de diferentes países del mundo lo que se llamó **Programas de Intervención Directa**. La finalidad era reducir los componentes socioculturales de salud para el menor rechazo y lograr así una mejor intervención de los programas occidentales de salud.

Es en estos años, que el estudio de las medicinas tradicionales de diferentes países del mundo, principalmente de México y el área andina cobran interés, fundamentalmente en lo que a plantas medicinales se refiere. Sin embargo, a niveles profesionales, los diferentes elementos socioculturales presentes en la medicina tradicional, son nuevamente considerados como un vestigio en vías de extinción, por la carencia de cientificidad y el carácter hegemónico que adopta la medicina moderna.

En estas décadas, siempre con la participación de científicos sociales, surge una nueva tendencia como es la de superar el concepto individualista de la medicina, por el colectivo y social, así como diferenciar el enfoque de lo urbano y lo rural, priorizando acciones hacia el sector rural. A partir de esto surgen los primeros intentos en aplicar el concepto de la **Ecología Médica**; en esto se fundamenta el éxito o fracaso de la adaptación de la población a determinados ambientes. Se estima que esto fue una contribución positiva particularmente en los casos de enfermedades transmisibles. A manera de ejemplo se mencionan las alteraciones ecológicas inducidas por la expansión de las fronteras agrícolas y el desarrollo de proyectos de infraestructura y explotación de los recursos naturales, las que están asociadas a la aparición de enfermedades endémicas, infecciosas y parasitarias.

En la aplicación del modelo ecológico de salud-enfermedad, la antropología cumple un lugar importante, en esta oportunidad se afirma que la cultura es el elemento mediador entre el hombre y el ecosistema y por ende se estima que la investigación antropológica ofrece elementos fundamentales entre ellos:

a) porque arroja información cualitativa eminentemente enfocada hacia creencias, costumbres y conocimientos populares; b) porque este sistema tradicional de salud, calificado de culturalista, se le calificó en proceso acelerado de extinción, y sólo servía para enriquecer la literatura de interés antropológico; c) fue señalado como un vestigio

histórico de carácter pre-científico, razón por la que a niveles oficiales o gubernamentales mostraron una clara manifestación de marginalidad sin concederle ningún crédito.

No debe soslayarse que en esos años predominó la concepción biologista de la salud.

En la década de los años setenta, se inicia un proceso en el que se confiere atención a la salud desde un enfoque político-económico. A diferencia de la década anterior, las interrelaciones entre las variables sociales, económicas, ecológicas y culturales se encuentran mejor definidas. Lo socio-cultural se percibe como un sistema y adopta el modelo epidemiológico, por lo que el interés se encamina en explicar los mecanismos de producción de las enfermedades, así como en lo que la población dice y hace respecto a la prevención de las enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud. Es aquí donde el foco de atención se desplaza hacia la comunidad y lo comunitario y se analizan las relaciones entre la población con el Estado y sus instituciones, lo que se traduce en un conjunto de nuevas proposiciones y estrategias que aparecieron en esta misma década como son:

- Promoción de la medicina comunitaria.
- La demografía aplicada a las ciencias de la salud.
- La evaluación investigativa y participativa.
- La participación comunitaria en la atención primaria de salud.
- Valoración y revaloración de la medicina tradicional.

Esta etapa se particulariza con la reafirmación de las declaraciones suscritas por los gobiernos en la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata a fines de 1978. Es en este informe que la salud se define en el marco **político-económico**.

Se establece que la salud es indisoluble del nivel de desarrollo socioeconómico, político y social de cada país, de tal manera que la entrega de servicios de salud para la población necesitada, es responsabilidad de los **Estados**. Es cuando se aconseja abordar y profundizar en los contextos socio-culturales de los diferentes pueblos del mundo. En este boletín, por razones de espacio, no se incluyen los anexos referentes a:

- 1) Estimaciones de la Población Indígena en las Américas, y
- 2) Patologías o indicadores de morbimortalidad en algunos países de América.

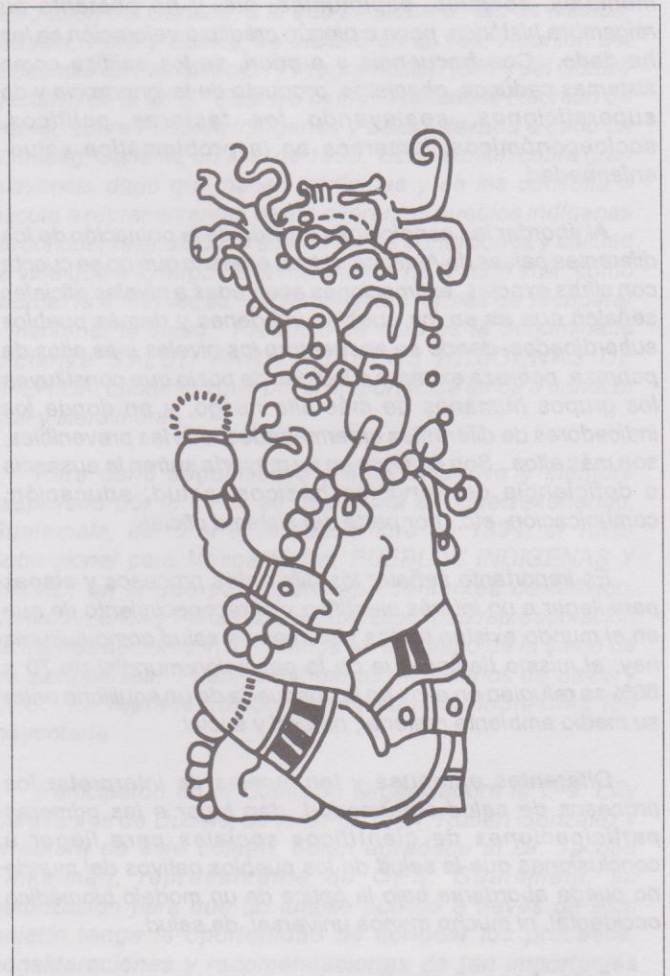
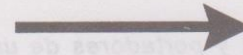
Elba Villatoro

Area Medicina Popular Tradicional
Centro de Estudios Folklóricos

Universidad de San Carlos de Guatemala



A continuación se presenta la transcripción de la Resolución V. SALUD DE LOS PUEBLOS PUEBLOS INDIGENAS.



ITZAMNA, Padre de la Medicina en la Cultura Maya.

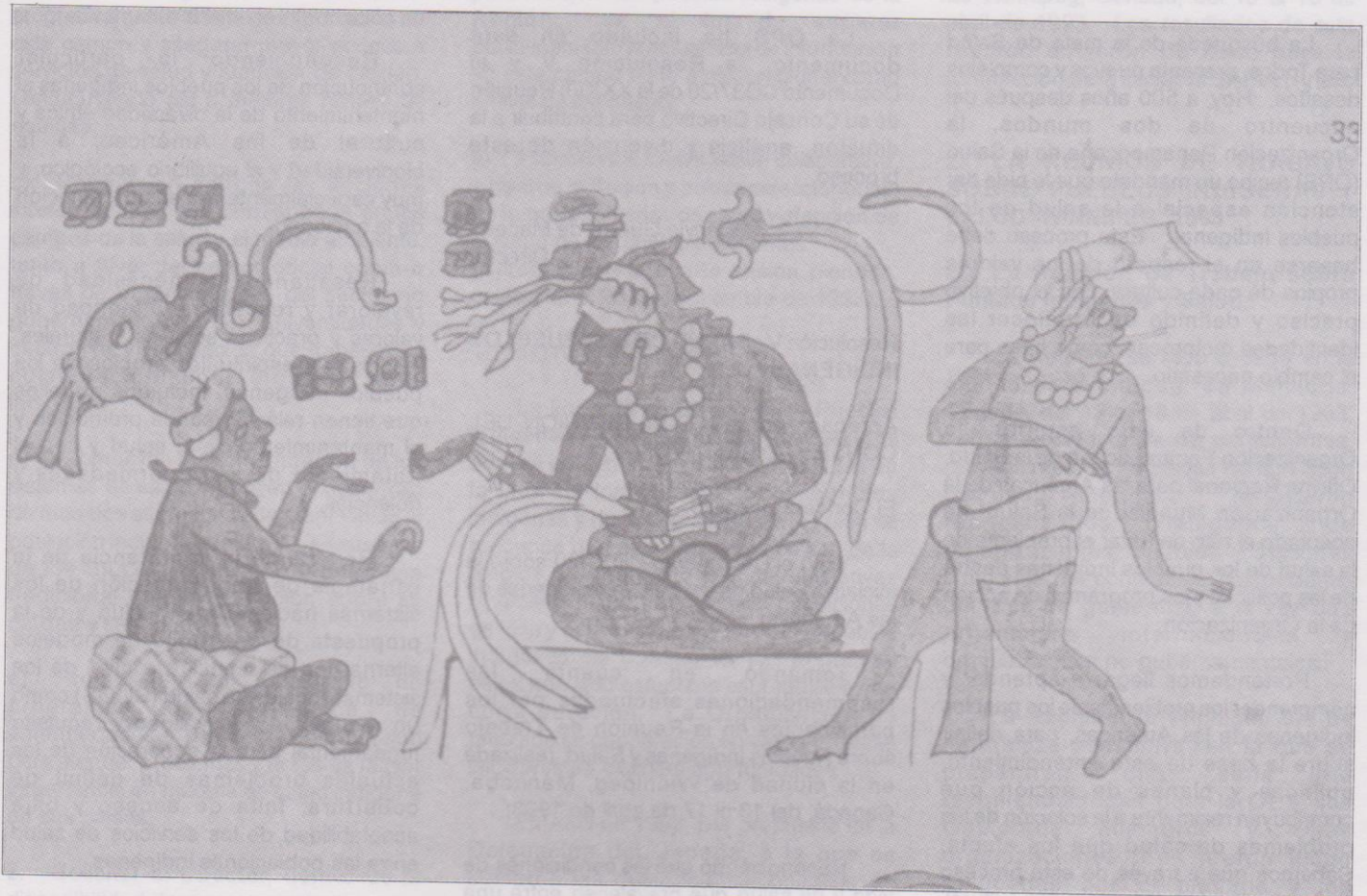


FIGURA FUMANDO, Vasija policromada, entierro 196-700 DC. Museo Tikal, Petén Guatemala.

...

SALUD PARA PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA

INICIATIVA SAPIA

PREFACIO

La búsqueda de la meta de Salud para Todos, presenta nuevos y complejos desafíos. Hoy, a 500 años después del encuentro de dos mundos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recibe un mandato que le pide dar atención especial a la salud de los pueblos indígenas. 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.

Dentro de este espíritu, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, ha aceptado el reto de tratar el problema de la salud de los pueblos indígenas dentro de las políticas y los programas de acción de la Organización.

Pretendemos llegar a aprender y comprender los problemas de los pueblos indígenas de las Américas, para definir sobre la base de este entendimiento, políticas y planes de acción que contribuyan realmente a la solución de los problemas de salud que los afecta. 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** autóctono de nuestra América, que pueden y deben complementar ese otro **saber** que nos da la ciencia y la tecnología moderna. Hemos de trabajar juntos con los líderes y representantes de los grupos indígenas, en los niveles internacionales y nacionales, mirando siempre hacia la obligación moral y la necesidad imperiosa de llegar a las comunidades particulares. Debemos también integrar estas acciones dentro de la estrategia de desarrollo de los **SILOS**, en donde se incorporan la descentralización y la participación social como elementos fundamentales de esta propuesta.

La OPS ha incluido en este documento, la Resolución V y el Documento CD37/20 de la XXXVII Reunión de su Consejo Directivo para contribuir a la difusión, análisis y discusión de este proceso.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

Resolución V «SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS»

Aprobada por la XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO.

El Consejo Directivo,

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

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

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

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el Informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere

apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;

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

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

d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;

e) Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.

3. Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que:

a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas;

b) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

c) Coordine el esfuerzo para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre

organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;

d) Amplíe las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países.

e) Promueva la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas.

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

1. INTRODUCCION

La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) que aquí se presenta tiene raíces profundas en la vida de los países, de los pueblos indígenas y de la Organización. Si bien se reconoce que en los distintos países de la Región se han dado valiosas iniciativas dirigidas al mejoramiento de las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas del Continente, por lo general estos han sido esfuerzos esporádicos y de corta duración. La Organización ha prestado su cooperación en varias de estas iniciativas en distintas oportunidades.

En Abril de 1992, por propuesta de la Delegación del Canadá, a la que se sumaron las delegaciones oficiales de México, Ecuador, Perú y Bolivia, se incluyó el tema en la 18a. Reunión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la OPS. En la presentación del tema, se afirmaba que una iniciativa en materia de salud de los pueblos indígenas «quizás sea el tema de salud técnicamente más complejo y políticamente más difícil del momento actual» (OPS, 1992). En respuesta a este desafío y como resultado de las deliberaciones, los miembros del SPP fueron unánimes en destacar la relevancia e importancia de primera magnitud del tema presentado y aprobaron la realización de una Reunión Regional de Trabajo en 1993, con la expresa recomendación que tuviera el carácter participativo y de amplia consulta con representantes de los pueblos

indígenas de las Américas. Con el apoyo de la Organización y de otros organismos patrocinadores como el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), representante técnico de la OPS en Canadá, se hizo cargo de los preparativos y organización de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, que se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993. Los resultados de esta reunión sirvieron de base para la formulación de la iniciativa SAPIA (Anexo I).

2. LA REUNION DE TRABAJO SOBRE PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD -WINNIPEG, 1993

2.1 La Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud.

La Reunión se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, en Manitoba, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993, con la asistencia de 68 participantes, provenientes de 18 países de la Región de las Américas. Estuvieron representados delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas del continente, delegaciones oficiales de gobiernos, a la vez que organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.

La Reunión de Winnipeg fue de naturaleza consultiva, en la que se prepararon una serie de recomendaciones para la OPS, los Gobiernos Miembros y otras organizaciones, que fueron luego ratificadas por el plenario y los participantes. Durante las deliberaciones se identificaron y adoptaron los siguientes principios fundamentales, dentro de los cuales se condujeron los debates y surgieron las recomendaciones. Estos principios son los siguientes:

- La necesidad de un abordaje integral a la salud;
- El derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas;
- El derecho a la participación sistemática;
- El respeto y la revitalización de las culturas indígenas y;
- La reciprocidad en las relaciones.

La Reunión de Winnipeg ratificó la importancia de abordar la Salud de los Pueblos Indígenas en relación con el

contexto geopolítico y social, a la luz de los procesos históricos en curso.

2.2 El contexto geopolítico y social de la salud de las poblaciones indígenas en las Américas

La acepción «población indígena» hace referencia a una diversidad de pueblos y culturas, sin respetar la identidad e idiosincrasia de cada pueblo en particular. Comprender la salud de los pueblos indígenas de las Américas requiere reconocer la gran diversidad étnica y cultural, así como las complejas interrelaciones entre pueblos y culturas, identidad y salud.

Transcurridos los 500 años de la llegada de los europeos a América, resulta significativo que todavía persista la falta de consenso y ambigüedad sobre la categoría «indígena» (también denominados nativos, indios, Amerindios, aborígenes, autóctonos, etc.). La tendencia general de los países de las Américas ha sido utilizar definiciones cambiantes, o simplemente omitir la calificación étnica en los censos nacionales de población, así como de los registros continuos de información demográfica; nacimientos, defunciones y migraciones¹

De acuerdo a las estimaciones y fuentes disponibles, la población indígena de las Américas se aproximaría a los 42 millones de personas² comprendidas en unas 400 etnias, lo que representa alrededor del seis por ciento de la población total de la Región de las Américas y algo menos del 10% de la población de América Latina y el Caribe (ver anexo II). Desde el punto de vista socio-demográfico se pueden distinguir al menos dos grandes conjuntos poblacionales: el primero alcanza unos 18 millones y comprende la población indígena de Mesoamérica (representada principalmente por los Mayas de México y Guatemala, seguidos en proporciones decrecientes por otras etnias asentadas en México, Belice, Honduras, El Salvador, Panamá, Nicaragua y Costa Rica); el segundo conjunto, estimado en unos 20 millones, se compone mayoritariamente de Quechuas y Aymarás, que hoy se concentran en los países andinos, principalmente en Bolivia, Perú y Ecuador, y en menores proporciones en Venezuela, Colombia y Chile. Ambos conjuntos, en Mesoamérica y la región Andina, representan el sector indígena

más numeroso, con alrededor de 38 millones de habitantes, es decir, más del 80% de la población indígena de América.

Un tercer conjunto disperso, estimado en unos tres millones, comprende un conglomerado heterogéneo de grupos y naciones indiaes que hoy ocupan las regiones subárticas y varios asentamientos en el Canadá (más de 350.000) y los EE.UU. (aproximadamente 1,6 millones). Se suman a este conjunto, áreas del Caribe insular, Guyana y Suriname, Venezuela, Brasil (en especial en la región Amazónica); Paraguay y el Cono Sur, con Argentina y Chile.

Por último, en los últimos años, la condición de migración entre la población indígena adquiere una importancia cada vez mayor. Este conjunto se compone por un sector de migrantes temporales, particularmente en época de cosecha, y de una amplia mayoría de migrantes definitivos -como resultante del constante flujo migratorio campo-ciudad registrado en las últimas décadas- que hoy viven y trabajan en algunas de las medianas y grandes ciudades de América Latina y los Estados Unidos de América. En América Central, un grupo significativo de indígenas migrantes está constituido por refugiados o exiliados por razones políticas, por conflictos internos o «guerras de baja intensidad». A pesar del número creciente de incidentes de violencia y conflictos inter-étnicos en varias partes del mundo, incluyendo la América Latina, se ha prestado muy poca atención a las consecuencias que tienen estos conflictos sobre la salud física y mental de la población indígena.

La situación de pobreza de las poblaciones indígenas es peor que la del resto de la sociedad en todo el continente. Las condiciones de vida, el ingreso per cápita, el empleo, la educación, el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento y salud, las condiciones de vivienda y la disponibilidad de alimentos son inferiores a los promedios nacionales.

La población indígena de la Región está transitando por diferentes etapas del proceso de aculturación, lo que sumado a los efectos de la implantación de modelos exógenos de desarrollo, el surgimiento del Estado-Nación y las propuestas de «integración nacional», han sido los factores más significativos en la desarticulación de las culturas indoamericanas y en la continua

desvalorización de la identidad indígena, con la marginación resultante. La cuestión de la propiedad y explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los grupos autóctonos de la Región, ya que la tierra es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y a su vez determinante de la supervivencia de los pueblos y naciones indígenas, como también de sus niveles de vida, salud y nutrición.

2.3 La salud de los pueblos indígenas a comienzos de la década de los noventa

Los delegados de los pueblos y organizaciones indígenas en Winnipeg enfatizaron rescatar el carácter integral de las diferentes concepciones de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El común denominador dentro de las diversas concepciones es que la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables. Relaciones dinámicas entre: lo individual (físico, mental, espiritual y emocional), y entre lo colectivo (político, económico, cultural y social), y entre lo natural y lo social (ver entre otros, Dion Stout, 1992. Rozental, 1988).

Existe un acuerdo en considerar a la América Latina y el Caribe, como un conjunto multiétnico y pluricultural. Sin embargo fuentes oficiales de la mayoría de los países en mención carecen o no tienen ninguna información sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas. La información epidemiológica disponible en los registros sobre enfermedades y los principales indicadores de morbilidad o mortalidad, natalidad y expectativa de

1. En la Reunión se debatió la aceptación del término "indígena", así como de las connotaciones de su uso, llegándose al consenso de que son "indígenas" quienes se reconocen así mismo como tales. El Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) de la OIT reconoce como indígena a aquel sector distintivo de la colectividad nacional, entendiéndose como tales "... a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas". (Convenio No. 169, Artículo 1).

2. Jordán Pardo, III-FAO, 1990.

vida al nacer, no están diferenciados por grupos étnicos o lingüísticos. Por otro lado existen datos e información de fuentes secundarias a partir de las cuales se infiere sin temor a equivocarse que el nivel de salud y nutrición entre las poblaciones autóctonas de América está varias veces por debajo de los promedios nacionales y llega a extremos alarmantes en algunas regiones cuando se le compara con poblaciones homólogas de referencia.

El perfil de enfermedades que presentan los pueblos indígenas de la región muestra muchas de las mismas entidades que agobian a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (ver anexo III). Las enfermedades de origen viral (influenza, sarampión, dengue, poliomiélitis, enfermedades respiratorias por arbovirus, hepatitis de B), adoptan con frecuencia un carácter epidémico y explosivo, en particular en aquellos grupos con bajos niveles de inmunidad. Las tasas de prevalencia de enfermedades endémicas en las áreas tropicales y subtropicales (e.g. leishmaniasis, oncocercosis, cisticercosis, enfermedad de chagas, etc.) se mantienen altas afectando particularmente asentamientos humanos en los que predomina la población indígena. Otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la malaria, han recrudecido. Con frecuencia los trabajadores de atención primaria de salud reportan altas tasas de incidencia y letalidad entre las poblaciones indígenas por la epidemia de cólera, así como un aumento considerable en la frecuencia de las enfermedades por transmisión sexual. La expansión del Sida representa un grave riesgo agregado para los grupos indígenas que viven en áreas con alta infección por VIH.

En la Reunión de Winnipeg, se reconoció que los desordenes y problemas mentales están cobrando una importancia considerable. Las enfermedades por estrés incluida la violencia entre otras, la depresión y el suicidio y las muertes accidentales y violentas, se suman al abuso del alcohol, tabaco y otras sustancias, de lo que se tiene evidencia cada vez mayor de una alta prevalencia en la población indígena joven y adulta de ambos sexos. Persisten los problemas de malnutrición proteicoenergética y de enfermedades por deficiencia de micro-nutrientes, en particular hierro, vitamina A y yodo. El perfil de salud de la mujer indígena está

en buena parte determinado por la situación de doble subordinación en su relación de pareja y con los sectores dominantes de la sociedad local y nacional. A las enfermedades descritas más arriba, se suman aquellos problemas derivados de riesgos por su trabajo en la agricultura o en el sector urbano informal o de servicios, o en la industria. La atención del parto y el puerperio, la disposición de la placenta, el cuidado del cordón umbilical, la lactancia y alimentación y cuidado del niño indígena son aspectos fuertemente influenciados por la cultura. Es este campo en el que las comunidades indígenas experimentan con frecuencia dificultades en acceder a los servicios ofrecidos, por lo que aparecen discrepancias de base cultural entre los servicios médicos provistos en el hospital y la atención domiciliaria a cargo de familiares y parteras tradicionales.

Desde esta perspectiva la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, pueden ser vistos como sistemas culturales. Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, resultan inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución. Por su parte, las prácticas médicas tradicionales, si bien se reconocen como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes de base cultural también muestran limitaciones en articular una respuesta efectiva tanto para el control del «nuevo» perfil de problemas y dolencias originadas por el nuevo contexto (por ejemplo, sida, enfermedades degenerativas, etc.) a las que los pueblos indígenas si bien están expuestos carecen de respuestas tanto en el plano biológico (e.g. inmunidad), como en el plano socio-cultural (por ejemplo, prácticas médicas tradicionales).

Por último, en la mayoría de los países no existen iniciativas sostenidas, ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención para poblaciones indígenas o grupos étnicos específicos. Con algunas excepciones, en el sector oficial no se han tomado medidas para superar esta situación. Unos pocos ministros de salud han establecido un grupo u oficina «ad hoc», responsable de la salud en comunidades indígenas en el territorio nacional, con frecuencia promovidas por proyectos financiados por agencias

bilaterales, entidades filantrópicas o misiones religiosas. El sector no-gubernamental viene impulsando, en casi todos los países, iniciativas en el nivel local y son muchas las organizaciones no-gubernamentales (ONG) y fundaciones privadas que están activamente comprometidas en trabajar con comunidades indígenas organizadas, en proyectos de desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida tanto a nivel de sectores urbano-marginales como en áreas rurales. No obstante estas iniciativas son por lo general de baja cobertura y limitada duración.

La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil -si no imposible- la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, en la que se acentúan las diferencias étnicas y culturales, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y en consecuencia el énfasis se desplaza necesariamente hacia el desarrollo de estrategias de atención desde una perspectiva local. Dado que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente a la de otros grupos étnicos las propuestas de atención diferenciada y de «acciones diferenciales» cobra mayor validez. (SSA-INI. 1992). Si se entiende por Sistemas Locales de Salud al conjunto de procesos que constituyen la totalidad de acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud (OPS 1993), la estrategia de desarrollo de los SILOS constituye una respuesta válida para esta problemática de salud, particularmente de aquellas áreas con una población étnica diversa o con una proporción indígena importante.

La evaluación del Programa Salud/Medio Ambiente sobre el Decenio Internacional para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, hecha a finales de los ochenta, muestra que si bien se lograron avances, estos beneficiaron principalmente a poblaciones urbanas de América Latina y el Caribe. La mayoría de los sistemas de abastecimiento de agua tienen problemas operativos que dificultan la desinfección continua y sólo el 5% del agua residual de los sistemas de alcantarillado recibe un tratamiento apropiado. En las áreas rurales casi la

mitad de la población no tiene acceso a agua limpia y las dos terceras partes no tienen servicios de disposición de excretas y basuras. Los países con mayores proporciones de población indígena muestran a la vez los niveles más bajos de población servida con agua y de servicios de disposición de excretas (PAHO, 1990).

Los recursos hídricos son particularmente afectados por actividades extractivas de metales (por ejemplo, cobre, aluminio, estaño, plomo, etc.), en las que con frecuencia por su localización en zonas montañosas altas como en el caso de los Andes, representan un riesgo mayor para los asentamientos indígenas, que resultan ser los más directamente expuestos a la contaminación. En el medio rural, la contaminación por el uso de fertilizantes químicos, plaguicidas e insecticidas organofosforados se suma a la disposición de residuos tóxicos o radioactivos, al punto de que se han encontrado trazas significativas de productos como el DDT y niveles tóxicos de mercurio, en aguas superficiales y en los alimentos y otros nutrientes básicos para la sobrevivencia tales como la leche materna.³

En muchos de los países del Pacto Amazónico, en particular en el Brasil y en la vertiente Amazónica de los países andinos, la persistente y continua sobre-explotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo y otros recursos como el caucho en el pasado) en la selva «baja» por empresas, mineros independientes o «garimpeiros», y las olas sucesivas de colonos hacia la selva «alta», unido a la presencia de misiones de evangelización, incursiones de militares (por conflictos fronterizos, represión de actividades subversivas, etc.) o civiles dedicados a actividades ilícitas como el contrabando y el tráfico de drogas, constituyen los desafíos más importantes de la salud humana y ambiental para muchos de los asentamientos indígenas de la Región. Por su parte, la colonización de tierras, la construcción de carreteras, represas de agua y plantas hidroeléctricas, así como otros proyectos de desarrollo, han aumentado considerablemente la proliferación de vectores o huéspedes intermediarios, con el consiguiente aumento en la transmisión de ciertas enfermedades entre poblaciones indígenas.⁴

Tanto en las discusiones como en las recomendaciones finales de la reunión de trabajo se resaltó la relación de interdependencia entre los pueblos indígenas y el medio ambiente natural y en particular del acceso a aquellos recursos naturales que se estiman como esenciales para su salud y supervivencia (alimentación y nutrición, vivienda, fuentes de agua y energía, plantas medicinales, etc.). En la concepción de los pueblos indoamericanos, el ser humano integra el medio ambiente natural, de allí que su cosmovisión y sus prácticas se construyen a partir de la naturaleza en la que viven y de la que son inseparables.

En síntesis, se reconoce que: (a) la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación; como resultante, (b) los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los pueblos indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del hábitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización, y (c) la salud, los procesos de salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los pueblos indígenas, son sistemas culturales.

3. BASES Y LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN

Las recomendaciones que los delegados a la Reunión de Winnipeg hicieron a propósito de la consulta efectuada por la Organización, se establecieron dentro de los principios enunciados y llevan como propósito el contribuir, en forma mancomunada, a la resolución de los problemas identificados y analizados al descubrir la situación de salud. Se anexa una síntesis de las recomendaciones, buscando respetar el espíritu con que fueron hechas. Si bien el texto original y el orden de prioridad asignado por los participantes a la Reunión han sido modificados en la redacción de este anexo del documento, el contenido no ha sido modificado en lo sustantivo.

En el texto original dichas recomendaciones se agruparon en varios capítulos: políticas de salud, recursos

humanos, investigación, programas y proyectos de salud en regiones y comunidades indígenas, y otras dirigidas al ámbito internacional e intergubernamental (ver Anexo I).

3.1 Bases para la acción por parte de la OPS

Con base a lo tratado en el Anexo I y en las secciones precedentes, y luego de un análisis de los antecedentes, estrategias y programas de la Organización, se han desarrollado algunas propuestas para el futuro, contenidas en estas bases de política y lineamientos para la acción en materia de Salud de los Pueblos Indígenas para la Región de las Américas.

Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas en los que la salud representa solo una parte. Un medio fundamental para alcanzar este objetivo consiste en la progresiva devolución a las poblaciones indígenas de las decisiones sobre las políticas y estrategias para su propio desarrollo y la búsqueda de la concertación con los grupos de poder, para la recuperación y acceso a la tierra y medios de producción y a los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas. Retomar control sobre la producción de bienes en general y de los servicios sociales básicos en particular, es un elemento crítico para romper con el ciclo de dependencia que ha perpetuado la pobreza, la discriminación racial y la marginación de la mayoría de pueblos indígenas de la Región.

Para alcanzar estas metas de política es importante la revaloración del saber indígena, fortaleciendo la singularidad de sus propias culturas, reconociendo que son ellos los que mejor conocen de su pueblo, de sus

3. Como dato de interés, el suicidio por envenenamiento con insecticidas es un hecho reportado como frecuente en grupos indígenas, al punto que en algunos países, la mayoría de las muertes es por intoxicación deliberada con insecticidas organofosforados y no por exposición accidental en trabajador agrícola (PAHO, 1990: 225).

4. Por ejemplo, según fuentes oficiales en Brasil, la prevalencia de malaria es de dos a diez veces mayor en asentamientos en zonas aledañas a la carretera Transamazónica, que en aquellos situados en otras regiones más alejadas (de Koning, 1992).

necesidades en materia de salud y desarrollo, y de las respuestas que deben instrumentarse. Pero ello tampoco debe ser motivo para inducir su aislamiento sino por el contrario, propiciar el trabajo conjunto para superar obstáculos comunes (económicos, políticos, sociales, culturales) estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia.

Estas premisas, proponen el norte de la iniciativa SAPIA y contienen desafíos que por su complejidad superan los mandatos actuales de la OPS/OMS y desbordan la capacidad del sector salud a nivel de los países. Por otro lado, estos desafíos orientan las bases de política que aquí se presentan.

El primer desafío consiste en que la iniciativa SAPIA, reclama el esfuerzo mancomunado y la responsabilidad compartida tanto de la OPS y de sus gobiernos miembros, como de las propias organizaciones y comunidades indígenas, a la vez que el de organismos y organizaciones internacionales y nacionales (gubernamentales y no gubernamentales). En este sentido, la OPS puede ofrecer su experiencia y recursos al propósito de catalizar esfuerzos múltiples desde distintos niveles, por parte de los más diversos actores.

El desafío que presenta la carencia de conocimientos e información adecuados y suficientes sobre la salud de los pueblos indígenas frente al imperativo de actuar y lograr impactos inmediatos, exige el diseño de estrategias que permitan tanto generar conocimientos e información adecuada mientras se actúa («aprender haciendo»), Como rescatar de manera sistemática el conocimiento y la información generada por la experiencia («aprender de lo que se ha hecho y de lo que se está haciendo»). Los conocimientos generados, deberán convertirse en la «carta de navegación» estratégica que oriente la iniciativa y a quienes se comprometen con la misma.

Un tercer desafío resulta de la multidimensionalidad y diversidad inherentes a la iniciativa SAPIA. Las dimensiones se refieren a aspectos políticos, económicos sociales y culturales cuya expresión concreta se da a todo nivel, desde el individual y comunitario hasta el nacional e internacional. El reconocimiento de la

diversidad recoge la necesidad de formular propuestas que respondan a situaciones y contextos que varían de país a país, de una región a otra y de un pueblo a otro. En consecuencia, es indispensable abordar simultáneamente la totalidad de las dimensiones de la iniciativa a todo nivel y con la participación de la totalidad de la Organización, desde la sede hasta las representaciones y a los países mismos, poniendo especial énfasis en experiencias y procesos en los niveles locales donde se requieren acciones que demuestren su impacto y viabilidad concretos. De esta manera se busca generar respuestas tan variadas y diversas como las situaciones y los pueblos las exijan, de modo que estas experiencias se constituyan en el bagaje de conocimientos y argumentos para alimentar y multiplicar otros procesos y acciones.

Por último, la premisa sobre la que se articulan los lineamientos generales para la acción estriba en reconocer el hecho de que los pueblos indígenas no solamente no son el problema sino que por el contrario, son ellos quienes sufren repercusiones particularmente graves por los imperativos del contexto predominante que de una u otra manera afecta a todos los pueblos de la Región. Además, estos pueblos son poseedores de una diversidad cultural cuya riqueza nos es hoy tan imprescindible como indispensable tanto para nuestra supervivencia como especie, como para la preservación de la vida. Precisamente por eso, abordar esta problemática conjuntamente no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos con el fin de alcanzar salud para todos.

Otro aspecto a considerarse resulta de la necesidad de dar prioridad al quehacer de la Organización en esta etapa inicial. Para ello se propone concentrar los esfuerzos y lineamientos para la acción, teniendo en consideración los países donde existan las mayores necesidades así como aquellos donde se exprese la mayor vocación y compromiso con la SAPIA.

3.2 Lineamientos generales para la acción

A continuación se presentan los siguientes siete lineamientos para la acción:

3.2.1 Promoción de Salud

La iniciativa SAPIA es por principio, una

iniciativa de Promoción de la Salud. Esto resulta evidente al revisar la doctrina de esta estrategia como quedará definida en la Carta de Ottawa, adoptada por la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en noviembre de 1986 (OMS, 1986). La Carta de Ottawa dice que «la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma».^{6, 7.}

La Promoción de la Salud, como orientación estratégica para el trabajo de la OPS, durante el cuatrienio que empezó en 1991, fue adoptada en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 siendo «concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva». De esta manera, la promoción de la salud es una estrategia para materializar la concepción de salud en el desarrollo (OPS, 1991). En consecuencia, la estrategia de promoción de la salud se constituye en una orientación básica para apoyar la iniciativa SAPIA.

5. Los cuales son consistentes con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización.
6. El mismo documento subraya la importancia de la paz, la alimentación, la vivienda, la accesibilidad a servicios básicos, agua potable y saneamiento, a oportunidades de empleo y educación, al igual que a un ecosistema estable y a un desarrollo sostenido. La carta de Ottawa, al enunciar los principios de la promoción de la Salud hace un llamado a la equidad como único medio para subsanar las diferencias de salud entre los países y los pueblos (OMS, 1986).
7. La declaración de Santa Fe de Bogotá sobre Promoción de la Salud titulada "Promoción de la Salud y Equidad" (Santa Fe de Bogotá 1992), subraya la relación que existe entre equidad, participación social, cultura, desarrollo y salud en América Latina. Las estrategias y compromisos asumidos allí por los representantes de 21 países participantes, son en su totalidad, de la mayor relevancia para la SAPIA. Cabe destacar por ejemplo, que en dicha declaración los países se comprometen a "Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que al proceso de desarrollo de la salud se incorpore el conjunto del patrimonio cultural de la Región" (Promoción de la Salud y Equidad, Compromisos numeral 8, 1992).

3.2.2 Transformación del sector salud: Sistemas locales de salud, equidad y acceso a servicios de salud, descentralización y participación social

La Transformación de los sistemas nacionales de salud y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Paganini et. al, 1990) aparecen como un recurso táctico valioso para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso, pobre aceptabilidad y bajo impacto en salud de los sistemas y servicios de salud entre las poblaciones autóctonas. La participación social es uno de los ejes centrales de la estrategia SILOS, a partir de la cual se reconoce la necesidad de desarrollar una relación horizontal y simétrica con las organizaciones y comunidades indígenas, generando espacios de concertación entre los distintos actores sociales en el nivel local. La búsqueda de una mayor equidad, a través de la descentralización y la intersectorialidad, y la investigación participativa, son aspectos de la mayor relevancia para el desarrollo de la iniciativa SAPIA (OPS/OMS, Documento. CD 33/14; OPS, 1990).

Es dentro del escenario de los SILOS donde el saber tradicional de los pueblos autóctonos puede rescatarse y articularse con el saber y quehacer institucional de manera recíproca. Es también en los SILOS donde puede medirse el impacto de las diferentes acciones frente a metas concertadas de salud y bienestar. El desarrollo y fortalecimiento de SILOS constituye la estrategia práctica fundamental para alcanzar salud en la diversidad de situaciones y necesidades concretas desde el nivel local. El apoyo a estas experiencias, al intercambio entre las mismas dentro y entre países, a la movilización de recursos y esfuerzos de otros sectores y entidades para dar apoyo e incrementar el impacto y viabilidad de estos esfuerzos, constituye la opción de cooperación técnica más palpable para consolidar la iniciativa SAPIA, a la vez que el argumento más contundente para sensibilizar a las instituciones a todo nivel, con el fin de obtener su compromiso y respaldo hacia una mayor equidad y acceso a servicios de salud y a la participación social.

3.2.3 Plan de Inversiones en Ambiente y Salud: Salud ambiental, preservación del hábitat y protección de las formas de vida tradicionales.

El Plan de Inversiones en Ambiente y Salud (P.I.A.S.) que viene impulsando la OPS, constituye una iniciativa particularmente importante para los pueblos indígenas tanto en apoyo a la movilización de recursos y esfuerzos para la superación de su condición de marginación y la previsión de servicios básicos que garanticen condiciones mínimas de bienestar, como para aprender del saber ancestral de estos pueblos en su relación con el ambiente natural.

También es necesario desarrollar estrategias innovadoras y tecnologías culturalmente adecuadas, con el fin de adecuar los programas de suministro de agua y saneamiento básico para las poblaciones indígenas. Además es indispensable recuperar, documentar, evaluar y revitalizar los conocimientos y tecnologías tradicionales, para la preservación del hábitat y el manejo adecuado de los recursos naturales, como también se debe documentar y evaluar el impacto de los proyectos de desarrollo y las actividades de explotación de recursos naturales sobre el ambiente y la salud de las poblaciones indígenas en el nivel local.

3.2.4 Recursos Humanos

De acuerdo con las recomendaciones suscritas en este campo por la Reunión de Trabajo de Winnipeg, se requiere de actividades fundamentalmente orientadas hacia: I) la formulación de estrategias educativas para la formación de profesionales y trabajadores del sector salud en relación con la SAPIA. II) el apoyo a los centros formadores de recursos humanos en salud en la creación de incentivos particulares para facilitar el acceso de indígenas a las carreras profesionales, a la vez que para adaptar los currícula para estos últimos con el fin de ayudarlos a preservar su identidad y compromiso con sus pueblos de origen, y III) rescatar experiencias e iniciativas de la Región con el fin de asistir a los países miembros en la generación e incentivos para que los trabajadores de la salud se interesen en trabajar en comunidades indígenas.

3.2.5 Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas

La Organización tiene una experiencia acumulada en el área de registro y evaluación de niveles de salud y condiciones de vida en casi todos los países

de la Región. Es necesario establecer mecanismos apropiados de recolección y utilización de la información que cuente con la perspectiva y el apoyo de organizaciones y comunidades indígenas.

Se hace imperativo contar con una información de base y con sistemas de vigilancia adecuados y de bajo costo, (e.g. con poblaciones centinela o en muestras seleccionadas) que permitan evaluar, sobre una base periódica, el impacto y los avances de proyectos e intervenciones en las comunidades autóctonas. Existen por otro lado, estrategias e instrumentos de evaluación rápida, que pudieran superar en el corto plazo la falta de información en ciertos sectores y problemas.

3.2.6 Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos

Se debe ayudar a los países miembros a revisar las políticas macro y las sectoriales que tienen o deberían tener que ver con la resolución de los problemas de salud específicos de los pueblos indígenas en el país o en alguna región particular, contando con la presencia vigorosa de las identidades indígenas y la reiteración de la propuesta de Estados Nacionales, pluriculturales y multilingües, abiertos hacia la diversidad y el pluralismo (OPS/HSP, 1993). El apoyo al rescate y revaloración de los pueblos indígenas, y la búsqueda de un nuevo tipo de interrelación entre ellos, el Estado y la sociedad nacional, incluidos los llamados sectores de solidaridad, constituyen aspectos centrales de las nuevas políticas (América Indígena, 1990).

Es importante adelantar gestiones de cooperación con los países miembros con el fin de apoyarlos a identificar acciones selectivas inmediatas para el desarrollo de políticas de salud que puedan lograr un mayor impacto sobre las condiciones de salud de esta población. Entre las áreas de política que merecen especial consideración y desarrollo está la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales.

Reconociendo la vigencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas médicas tradicionales, el abordaje de cuestiones jurídicas y legales

persigue el propósito fundamental de revisar los instrumentos legales y códigos pertinentes con el propósito de limitar o reducir los dispositivos que descalifican o proscriben dichas prácticas.

En cuanto a los aspectos de ética que deben regular la investigación en poblaciones humanas, persisten vacíos y ambigüedades que reclaman atención prioritaria por parte de la Organización, particularmente en lo que se refiere a investigaciones⁸ que involucra a poblaciones indígenas.

3.2.7 Programas, áreas y problemas de salud de particular importancia

Los participantes en la Reunión de Winnipeg señalaron la importancia de la investigación participativa como un aspecto fundamental y relevante a todos los lineamientos aquí enunciados. La OPS y las instituciones o centros de investigación a nivel de los países deben dar prioridad y promover las investigaciones en el campo de la salud indígena y de las prácticas médicas tradicionales.

Entre los problemas que afectan más intensamente a los pueblos indígenas y que requieren particular atención se encuentran: I) las distintas formas de violencia; II) el abuso de alcohol y sustancias; III) las enfermedades infecciosas; IV) las enfermedades de transmisión sexual; V) problemas relacionados con la contaminación del hábitat y del ambiente de trabajo; y, VI) la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes. Entre los programas que merecen particular mención además de los ya tratados, los participantes de la Reunión de Winnipeg subrayaron: I) salud mental; II) salud, mujer indígena y desarrollo; III) comunicación para la salud de los pueblos indígenas⁹; IV) alimentación y nutrición¹⁰; y, V) salud de las poblaciones migrantes, en particular de aquellos grupos de migrantes transitorios en zonas fronterizas.

La Organización, en coordinación con las instituciones del sector público, agencias no-gubernamentales, centros de educación e investigación, y organizaciones indígenas, puede servir de elemento catalizador de las experiencias exitosas que en la iniciativa SAPIA se desarrollen en los países. Es importante señalar el papel esencial de las

representaciones, quienes en coordinación con los servicios y organizaciones de cada país pueden rescatar las experiencias en curso, impulsar y coordinar el desarrollo de nuevas experiencias entre instituciones a la vez que fomentar actividades dentro de los programas regionales de la Organización.

3.3 Las actividades generales de cooperación

En vista del análisis del contexto y de la situación de salud de los pueblos indígenas en las Américas, las bases de política y los lineamientos para la acción presentados y las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg, se proponen algunas estrategias y actividades generales de cooperación para el desarrollo de la iniciativa SAPIA 1993-1995, con la expectativa de invitar a los Cuerpos Directivos de la Organización a recomendar estrategias, cursos de acción y nuevas líneas de cooperación a los países.

Se estima que las actividades de cooperación se deben organizar alrededor de dos ejes fundamentales: I) el principio de participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión de la iniciativa SAPIA desde su etapa inicial; y II) en la orientalización de un programa coordinado de actividades de cooperación en SAPIA, a ser ejecutado a través de las Divisiones y Programas regulares de la Organización.

En principio, se propone establecer funciones de coordinación inter-programática, movilización de recursos y apoyo técnico a las iniciativas a nivel regional y de países seleccionados. Una vez establecidas estas funciones, se apoyarán encuentros y reuniones de trabajo en los países, para promover actividades de red para el intercambio de información básica y el enlace entre instituciones del sector oficial con ONG'S, centros colaboradores en materias afines o institutos regionales, institutos indigenistas y organizaciones indígenas. Se percibe la necesidad de recolectar información básica sobre las condiciones de vida y el nivel de salud de pueblos indígenas en áreas seleccionadas, para de un lado, documentar y evaluar la situación actual, y del otro, promover el intercambio y circulación del conocimiento en materia de salud indígena, medicina tradicional, proyectos activos y estudios en ejecución, etc.

El desarrollo de proyectos SAPIA, a nivel de SILOS en aquellos países

seleccionados, tendrá la participación de las organizaciones indígenas a la par de recursos del sector oficial e informal de salud. Es en estos niveles que se esperan formular políticas y estrategias en SAPIA, así como experimentar con distintos modelos de atención primaria de salud, que sean socialmente relevantes y culturalmente «sensibles», y que promuevan la articulación de recursos locales, ejercitando los principios de mayor justicia distributiva y plena participación social que inspiran la estrategia de SILOS.

REFERENCIAS

Coloma, C. **Iniciativa: Salud de los Pueblos Indígenas. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Latinoamérica.** (Documento Base. Seminario-Taller '93). Winnipeg, Canadá, 1993.

Dion Stout, M. **Los Pueblos Indígenas y la Salud en América del Norte.** (Documento Base. Seminario-Taller '93). Winnipeg, Canadá 1993.

De Koning, H. W. (Editor) **La Salud Ambiental y la Gestión de los Recursos de Agua Dulce en las Américas.** Programa de Salud Ambiental, OPS. Washington, D.C., enero de 1992.

SSA-INI (Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista), **La Salud de los Pueblos Indígenas en México.** México D.F. 1992.

8. Por ejemplo, etnofarmacología, genética, epidemiología, estudios de población, etc.
9. Es importante desarrollar con el concurso amplio de comunidades indígenas y expertos a todo nivel, estrategias de comunicación en materia de salud y educación, en todos los niveles de acción de la iniciativa SAPIA. Desde la sensibilización a gobiernos, instituciones y a la sociedad en general, hasta la transmisión de información culturalmente apropiada hacia, desde y entre las comunidades indígenas y sus organizaciones hasta los sectores profesionales y técnicos en salud.
10. Tiene relación no solamente con hábitos alimenticios y las prácticas agrícolas tradicionales, sino ante todo, con las fuentes de ingreso, la tenencia y utilización de la tierra, la preservación y explotación del hábitat natural y el desarrollo de cultivos tradicionales de alto valor nutritivo.

OPS/OMS, **Resolución XV-XXXIII del Consejo Directivo. Informe de Progreso.** Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-110. Washington, D.C., 1991.

Paganini, J. M. y Capote Mir, R. (Eds.) **Los Sistemas Locales de Salud.** Publicación Científica No. 519, OPS, Washington, D.C., 1990.

OPS/OMS **Participación Social en la Producción de la Salud.** Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSS/SILOS-26. Washington, D.C. 1993.

OPS, **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas. 1991-1994.** Washington, D.C. OPS, 1991.

OPS, Subcomité de Planificación y Programación (SPP 18/7), **Tema 8 del Programa Provisional, 18a. Reunión,** Washington, D.C., 8-10 de abril de 1992.

OPS, Ministerio de Salud, República de Colombia, **Promoción de la Salud y Equidad.** Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá, Colombia, noviembre 9-12 de 1992.

OPS/HPS, **Contribución del Programa HSP al Documento de Trabajo Salud de los Pueblos Indígenas de la Región de las Américas.** Washington, D. C., abril de 1993.

OMS, Health and Welfare Canadá, Canadian Public Health Association. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Ottawa, Canadá, noviembre de 1986.

PAHO, **Health and Development of Women of Indigenous Peoples and Ethnic Groups** (Subregional Project). Central American Health Initiative, Washington, D.C., 1990.

Rozental, M. **Community Health and Development Process. Northwest Saskatchewan.** Saskatchewan Indian Federat College Journal. Volumen 4, No. 2, pp 115-136, 1988.

Wolf, E. R. **Europe and the People without History.** U. of California Press. Berkeley, CA., 1990.

ANEXO I

REUNION DE TRABAJO SOBRE PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD

(Winnipeg, abril 13 al 18 de 1993)

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg son las siguientes:

1. Dada la alarmante situación de salud que ha sido reportada en algunos pueblos indígenas del continente, se recomienda que los gobiernos y la OPS identifiquen con carácter inmediato las áreas prioritarias y las poblaciones más necesitadas, para luego declarar a éstas como zonas o pueblos en emergencia, por lo cual deben recibir un tratamiento especial y prioritario en materia de salud y mejoramiento de las condiciones de vida a nivel local. Es preciso definir a nivel de los países, conjuntamente con las poblaciones afectadas, las estrategias y los programas de intervención para superar los problemas de salud más urgentes, así como la definición de acciones a mediano y largo plazo.

2. La OPS y los Ministerios de Salud deberían asegurar un sistema de vigilancia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas. Es necesario desarrollar métodos e instrumentos específicos e indicadores epidemiológicos para evaluar esta situación en forma continua y sistemática. Se deberán establecer mecanismos que permitan a la comunidad indígena participar en la definición del tipo de información a recoger y el uso que se dará a la misma.

3. El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se basará en la utilización máxima y apropiada de recursos locales y en la participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La OPS y los gobiernos miembros deberían asegurar que en la ejecución de programas y proyectos de salud en los pueblos indígenas, se establezca la coordinación directa de las comunidades indígenas y organizaciones de base. Dichos programas deberán contribuir al fortalecimiento del Auto-gobierno y autonomía de los pueblos indígenas.

4. Especial prioridad se debe adjudicar a los programas de salud de la mujer. Las poblaciones indígenas migrantes y en

zonas fronterizas, en particular aquellas sometidas a la migración forzada, deben ser objeto de políticas y programas especiales de salud.

5. La OPS y los países promoverán el diálogo y el intercambio entre los programas de Atención Primaria de Salud con la estrategia de SILOS, en áreas con poblaciones indígenas, con el fin de reajustar el contenido de los programas a las culturas locales y adaptar las actividades a las necesidades reales de las comunidades a nivel local. Este reajuste y adaptación debe ser hecho con participación directa de los pueblos indígenas.

6. Todos los proyectos y programas de salud en áreas indígenas deben respetar los valores culturales y las tradiciones, así como reconocer las diferencias geográficas y sociales de los pueblos indígenas involucrados.

7. En la definición de un nuevo modelo de atención de salud, la OPS y los Gobiernos Miembros deberán reconocer que la cultura y las relaciones interculturales tienen un papel fundamental como mediadores entre las condiciones materiales de vida y la salud de los individuos y las comunidades.

8. Los países deben hacer un esfuerzo de capacitación de los trabajadores de salud no indígenas que se desempeñan en áreas indígenas, para desarrollar actitudes favorables, comprensión y respeto hacia la cultura local, las creencias y las prácticas médicas tradicionales. Los trabajadores de salud en zonas remotas y de difícil acceso deben recibir incentivos y oportunidades de capacitación y formación adecuadas.

9. Las universidades, centros de estudio y entrenamiento, y el sector oficial deben asegurar cuotas para que miembros de los pueblos indígenas tengan acceso a los programas de entrenamiento para trabajadores de salud. Los criterios de selección de los candidatos y los perfiles educacionales serán establecidos con la participación de las comunidades indígenas. En la formación de profesionales y auxiliares de salud se debe dar relieve al área intercultural (salud y medicina transcultural) en el plan de estudios.

10. Que las instituciones internacionales y agencias gubernamentales reconozcan

y utilicen la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y manejo del medio ambiente y sus recursos. Debe trabajarse mancomunadamente en la defensa de la tierra, en el mejoramiento de la vivienda y de la alimentación, en la preservación del medio ambiente natural y en el control de la contaminación ambiental.

11. La OPS y los gobiernos miembros deben fortalecer las políticas de conservación de recursos naturales y control a nivel de los países, estableciendo las regulaciones del caso, con el fin de evitar la sobre-explotación y depredación de plantas y sustancias medicinales por industrias farmacéuticas y otros intereses creados, y preservar la bio-diversidad.

12. La OPS debería promover activamente las iniciativas regionales y locales que se están desarrollando en búsqueda de una articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, estimulando el intercambio de experiencias entre ellas, así como la mayor divulgación sobre el desarrollo y resultados de las mismas. El intercambio debe incluir no solo a los investigadores, sino también a los trabajadores de atención primaria y a los médicos o terapeutas tradicionales y las organizaciones indígenas.

13. Es de fundamental importancia que los países, con la asistencia técnica y el apoyo de la OPS, inicien los valores y las prácticas médicas tradicionales indígenas, procurando a la vez limitar o eliminar las medidas represivas o penales en contra de los médicos o terapeutas tradicionales.

14. La OPS debería prestar apoyo y cooperación técnica en el campo de la salud indígena y medicina tradicional, en la generación de conocimientos y su diseminación, a través de proyectos de investigación colaborativa entre países, promoviendo y apoyando redes de intercambio, reuniones, simposios y publicaciones especiales.

15. Es importante que la OPS estimule y apoye la investigación participativa, relacionada con la salud de los pueblos indígenas. Los temas prioritarios deben definirse en conjunto con las poblaciones locales. Tanto el proceso como los resultados deberán ser compartidos con los pueblos indígenas a nivel local, regional y nacional.

16. Toda investigación-acción relacionada con la salud de los pueblos indígenas no será estimulada si no es planeada y conducida con la participación de las comunidades en todas sus etapas. Las investigaciones sobre salud indígena deberán ceñirse a los códigos de ética internacionales en vigencia. Las investigaciones sobre pueblos indígenas deberán contar con un mecanismo de control por parte de las poblaciones afectadas.

17. Los participantes desean enfatizar la necesidad de introducir leyes que respondan a los derechos y necesidades de salud de los pueblos indígenas y que éstas se cumplan. Sin el respaldo de la voluntad política, las leyes y dispositivos no tienen ningún valor.

18. Finalmente, los delegados a la Reunión quieren hacer los siguientes pronunciamientos dirigidos al ámbito internacional e intergubernamental:

I) Solicitar a la OPS que se incluya el tema de salud indígena en la próxima reunión de Ministros de Salud de las Américas, así como que se proponga su inclusión en la próxima Asamblea Mundial de la Salud.

II) Alentar al Grupo de Trabajo de Poblaciones Indígenas de la ONU para que se promulgue la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas.

III) Instar a los Gobiernos de la Región para la ratificación y aplicación del Convenio No. 169 de la OIT.

IV) Recomendar se implementen las recomendaciones del Capítulo 26 de la Agenda 21, emanada de la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo.

V) Instar a los Gobiernos Miembros a que se adopten las resoluciones emanadas de la Cumbre Sobre Derechos de los Niños de la UNICEF, en particular en lo que atañe a la salud de los niños indígenas.

VI) Propiciar que los países y las agencias responsables (i.e. UNESCO) arbitren las medidas necesarias para la recuperación, protección y preservación de lugares sagrados de los pueblos indígenas, con el fin de respetar la integridad del patrimonio cultural de estos pueblos.

VII) Finalmente, los participantes a esta Reunión apelan con firmeza a que las agencias internacionales, los organismos no gubernamentales, las instituciones y los gobiernos movilicen los recursos económicos necesarios para la implantación de las recomendaciones emanadas de esta reunión de trabajo.

SEGUIMIENTO

Se destinaron varias recomendaciones para asegurar el seguimiento a las resoluciones adoptadas por la Reunión de Trabajo. Entre ellas se destacan las siguientes:

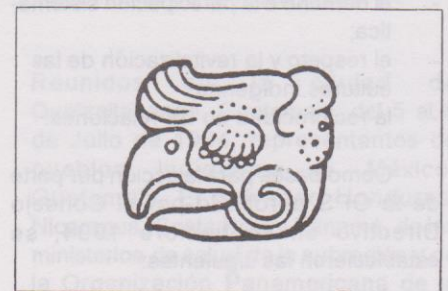
a) Que se conforme una Comisión con delegados indígenas (de Norte, Centro y Sudamérica) a esta Reunión de Trabajo, con el fin de hacer el seguimiento a las acciones acordadas, prestar apoyo a la gestión de la OPS frente a los Cuerpos Directivos de la Organización y presentar las recomendaciones en la próxima Reunión de Ministros de Salud de las Américas.

b) 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. Asimismo, se encargarán de presentar estas recomendaciones en foros mundiales (e.g. la cumbre sobre Derechos Humanos) y regionales.

c) Conformar 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.

d) Demandar el apoyo de los parlamentarios indígenas del continente en materia de legislación sobre salud indígena.

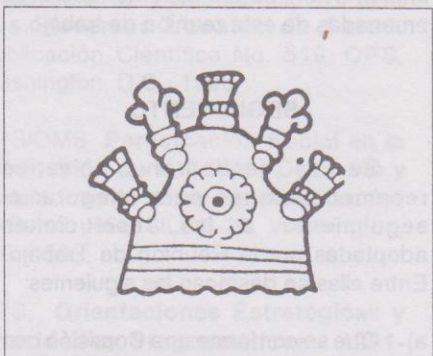
e) Establecer una red de información entre los delegados (y otros) con una representación en cada país.



TALLER SUBREGIONAL MESOAMERICANO, PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD

Quetzaltenango, 5 al 8 de julio de 1994

- INFORME EJECUTIVO-



1. Antecedentes

La iniciativas de atención de la Salud de los Pueblos Indígenas por parte de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, surge en abril de 1992, cuando en la 18a. Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS se acuerda la realización del Taller Hemisférico sobre la Salud de los Pueblos Indígenas.

En abril de 1993, se realizó la Reunión de Trabajo sobre los Pueblos Indígenas y Salud en la ciudad de Winnipeg, en Manitoba, Canadá, con la participación de representantes de 18 países del continente americano. Participaron delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas, representantes oficiales de gobierno, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.

La Reunión de Winnipeg fue de naturaleza consultiva y durante las deliberaciones se adoptaron los siguientes principios fundamentales:

- la necesidad de un abordaje integral de la salud;
- el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas;
- el derecho a la participación sistemática;
- el respeto y la revitalización de las culturas indígenas;
- la reciprocidad en las relaciones.

Como bases para la acción por parte de la OPS aprobado por el Consejo Directivo en septiembre 1994, se establecieron las siguientes:

Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas en los que la salud representa sólo una parte. Un medio fundamental para alcanzar este objetivo consiste en la progresiva devolución a las poblaciones indígenas de las decisiones sobre las políticas y estrategias para su propio desarrollo y la búsqueda de la concertación con los grupos de poder, para la recuperación y acceso a la tierra y medios de producción y a los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas. Retomar control sobre la producción de bienes en general y de los servicios sociales básicos en particular, es un elemento crítico para romper con el ciclo de dependencia que ha perpetuado la pobreza, la discriminación racial y la marginación de la mayoría de los pueblos indígenas de la Región.

Para alcanzar estas metas de política es importante la revalorización del saber indígena, fortaleciendo la singularidad de sus propias culturas, reconociendo que son ellos quienes mejor conocen su pueblo, sus necesidades en materia de salud y desarrollo, y las respuestas que deben instrumentarse. Por ello tampoco debe ser un motivo para inducir su aislamiento sino por el contrario, propiciar el trabajo conjunto para superar obstáculos comunes (económicos, políticos, sociales, culturales) estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia.

Lineamientos generales para la acción:

- a) Promoción de la salud.
- b) Transformación del sector salud; sistemas locales de salud, equidad y acceso a servicios de salud, descentralización y participación social.
- c) Plan de inversiones en Ambiente y Salud: salud ambiental, preservación del medio autóctono y protección de las formas de vida tradicionales.
- d) Recursos humanos.

- e) Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas y aspectos legales y étnicos.
- f) Programas, aspectos y problemas de salud de particular importancia.

Los Cuerpos Directivos de la Organización establecieron dos ejes fundamentales para las actividades de cooperación:

- El principio de la participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión de la iniciativa SAPIA desde su etapa inicial;
- La horizontalización de un programa coordinado de actividades de cooperación en SAPIA, a ser ejecutado a través de las Divisiones y Programas regulares de la Organización.

Para dar seguimiento a la iniciativa SAPIA en marzo de 1994 en Santa Cruz, Bolivia, se realizó el Primer Taller Subregional Andino, para aglutinar a representantes de tres sectores de la población involucrada. En esta oportunidad se definieron cinco módulos para abordar los puntos de interés, los cuales serán señalados posteriormente.

El segundo evento fue el Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud, realizado en Quetzaltenango, Guatemala, en julio de 1994, con la participación de delegados de México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

2. Metodología

A lo largo de todo el taller, participaron representantes de tres sectores sociales (35 personas ver Anexo A):

- Organizaciones o pueblos indígenas
- Sector gubernamental de Salud
- Organización Panamericana de la Salud.

En el desarrollo de actividades específicas o como invitados para la presentación de un tema, participaron miembros y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias internacionales, así como personas independientes con experiencia en el trabajo.

Los objetivos del Taller fueron:

2.1 Formular entre los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y contrapartes nacionales, con la participación permanente de representantes de pueblos indígenas, la discusión de los problemas de salud, con enfoque integral; con el compromiso de respetar y potenciar la cultura, propiciando la participación y coordinación;

2.2 Analizar la iniciativa SAPIA, identificando posibilidades y dificultades en su implementación en los países de la región y definiendo líneas de acción con enfoque estratégico;

2.3 Proponer una metodología de enseñanza-aprendizaje que permita establecer los criterios y enfoques apropiados para la entrega de la cooperación técnica al apoyar procesos y proyectos que beneficien a los pueblos indígenas en el campo de la salud, manteniendo un enfoque integral y participativo.

Para alcanzar estos objetivos se trabajó con el siguiente procedimiento:

- Presentación de un tema por parte de una o varias personas con experiencia o especialistas, con el objeto de tener una base informativa compartida por todos los participantes en el Taller.
- Integración de grupos de trabajo. Diálogo y discusión en base a guías de trabajo. Por medio del trabajo en grupos se abordaron problemas concretos. En algunas oportunidades los grupos se integraron atendiendo el país de origen de los participantes y en otras de acuerdo al sector social al que pertenecían los participantes.
- Al concluir el tiempo de trabajo en grupos, se procedió a realizar reuniones plenarias en las que cada grupo presentó las principales ideas discutidas, así como las conclusiones a las que llegó el grupo.

La metodología fue dinámica y positiva, permitiendo el conocimiento amplio y profundo de cada uno de los temas abordados. Así mismo permitió un conocimiento recíproco de las diferentes realidades de cada uno de los países y de las particularidades de las diferentes realidades de cada uno de los países y de las particularidades de la situación de los pueblos indígenas en cada uno.

Los temas que se trataron en el Taller fueron organizados como módulos, siendo el contenido de cada módulo el siguiente:

- I. Marco de referencia del trabajo de la OPS, Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de América.
- II. Actores involucrados en la Iniciativa.
- III. Aspectos socio-culturales de los pueblos indígenas.
- IV. Relación de los pueblos indígenas con los Estados, aspectos socio-políticos.
- V. Programas de salud con los pueblos indígenas.

3. Análisis del desarrollo

Los tres sectores participantes tienen intereses y necesidades muy diferentes, así como una base de pensamiento muy distinta; sin embargo, a lo largo del Taller se propició el entendimiento y respeto mutuo. Hubo momentos polémicos, pero las contradicciones lograron comprenderse y racionalizarse las causas de las divergencias, privando la valoración y respeto mutuos.

Fue manifiesta la sensibilización de los participantes, así como el reconocimiento de la necesidad de crear nuevas relaciones entre los pueblos indígenas y no indígenas en la región, que permitan mejorar la calidad de vida de toda la población y que estimulen la identidad de cada nación.

Es importante reconocer que la situación de los pueblos indígenas es muy diferente de un país a otro. Esta situación marca profundamente el avance que se puede tener en la proposición de iniciativas concretas o planes de trabajo, así como en la implementación de la iniciativa SAPIA. La situación de los pueblos indígenas en México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, puede

tipificarse en una de las siguientes formas:

3.1 Pueblos con autonomía y autodeterminación (ejemplo pueblos de la costa atlántica de Nicaragua).

3.2 Pueblos con organización representativa avalada por el Estado y con reconocimiento interétnico (ejemplo pueblos indígenas de Panamá).

3.3 Pueblos con procesos de organización representativa y reconocimientos interétnicos (ejemplo, pueblos indígenas de Guatemala).

El conocimiento recíproco y la discusión sobre las alternativas para enfrentar de manera electiva la problemática de los pueblos indígenas propició una relación estrecha y facilitó la posibilidad de trabajo conjunto. La noche antes de concluir el evento, aproximadamente diez de los representantes de los pueblos indígenas tomaron la iniciativa de redactar un documento de compromiso y seguimiento de la iniciativa SAPIA. Este documento fue revisado en reunión plenaria con un procedimiento parlamentario, llegando a ser aprobado como resultado del Taller.

Es importante reconocer que la iniciativa de los representantes indígenas permitió que el Taller tuviera un resultado concreto, que define jugar cada uno de los sectores sociales en la implementación de la iniciativa SAPIA.

El documento de compromiso y seguimiento de la iniciativa SAPIA debe ser considerado como el punto de partida para agilizar todas las gestiones requeridas a iniciar e implementar la iniciativa SAPIA en los siete países de la subregión.

4. Compromiso

Documento de compromiso y Seguimiento de la Iniciativa SAPIA.

Reunidos en la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala, del 5 al 8 de Julio de 1994, representantes de pueblos indígenas de México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, de los ministerios de salud de la subregión y de la Organización Panamericana de la

Salud en el «Taller subregional para Mesoamérica Pueblos Indígenas y Salud» con el objeto de:

a) Con el compromiso de respetar y potenciar la cultura, propiciando la participación y coordinación, entablar entre los funcionarios de OPS y contraparte nacionales la discusión de problemas de salud con enfoque integral, contando con la participación permanente de representantes de pueblos indígenas;

b) Analizar la iniciativa de salud para los pueblos indígenas (SAPIA), identificando posibilidades y dificultades en su implementación en los países de la subregión y definiendo líneas de acción con enfoque estratégico;

c) Proponer una metodología de enseñanza-aprendizaje que permita establecer los criterios y enfoques apropiados para la entrega de la cooperación técnica al apoyar procesos y proyectos que beneficien a los pueblos indígenas en el campo de la salud, manteniendo un enfoque integral y participativo.

I CONSIDERANDO

1. La Resolución V Salud de los Pueblos Indígenas aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS en la cual se insta a los gobiernos y solicita al Director, el establecimiento de mecanismos que propicien la participación de las organizaciones indígenas y el fortalecimiento de su capacidad técnica, la puesta en marcha de acciones intersectoriales y la identificación de programas de cooperación y recursos técnicos para su desarrollo;

2. La existencia de mecanismos de organización y técnicos en los pueblos indígenas que permiten la negociación, elaboración, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de salud;

3. El desarrollo organizativo alcanzado por los pueblos indígenas en cada uno de los países, el avance del proceso de capacitación técnica, la amplia visibilidad alcanzada a niveles internacionales y la existencia de un marco jurídico internacional;

4. Que aún es insuficiente la coherencia entre organizaciones de los pueblos indígenas lo que dificultan la realización de actividades conjuntas;

5. La existencia en la sociedad de amplias posibilidades de establecer alianzas con los sectores no indígenas que potencien las propuestas de los pueblos indígenas;

6. El reconocimiento formal de los Gobiernos de las justas demandas de los pueblos indígenas y la voluntad política que han expresado;

7. La ineficiente coordinación entre los pueblos indígenas, el gobierno y las agencias de cooperación;

8. La imposición frecuente de prácticas de salud conforme a modelos que no se corresponden con la cultura de los pueblos indígenas;

9. Que las instancias de gobierno y algunos sectores no indígenas frecuentemente no consideran los derechos de los pueblos indígenas, anulando su participación en los planes nacionales de desarrollo y perpetuando una inadecuada comunicación.

10. Que los planes, programas y proyectos se ejecutan sin una debida participación en los pueblos indígenas.

11. La respuesta a los problemas de salud pasa por la definición de aspectos más globales de acuerdo con el concepto integral que tienen los pueblos, y que está ratificado por los Gobiernos en los acuerdos sobre el desarrollo y la salud;

II En función de la resolución V Salud de los Pueblos Indígenas aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS y las recomendaciones derivadas de la reunión de trabajo sobre pueblos Indígenas y Salud, efectuada en Winnipeg en 1993, Resuelve:

1. Que la canalización de recursos para la realización de planes, programas y proyectos de salud debe realizarse directamente entre los organismos donantes y los pueblos indígenas a través de los mecanismos de implementación que establezca la Comisión Coordinadora.

2. Desarrollar mecanismos que conduzcan a:

a) Fortalecer los procesos de autogestión;

b) Desarrollar actividades que estimulen la creación de nuevas iniciativas locales en la ejecución de proyectos;

c) Garantizar la autosostenibilidad de los proyectos mediante la capacitación de los recursos humanos locales, a través de procesos de enseñanza-aprendizaje, la disponibilidad de recursos y la utilización de tecnología apropiada;

3. Desarrollar actividades dirigidas a la participación, capacitación, recuperación de la autoestima y el reconocimiento social del papel desempeñado por la mujer en el desarrollo personal y comunitario;

4. Fortalecer la capacidad de autocuidado de las familias;

5. Asegurar la participación de contrapartes indígenas en la formulación, ejecución, evaluación y seguimiento de planes, programas y proyectos, a ser ejecutados en las comunidades, potencializando su capacidad de interlocución y negociación frente a organismos de cooperación y desarrollo;

6. Garantizar que los convenios establecidos respeten los valores culturales y los derechos intelectuales de los pueblos indígenas, así como los recursos asignados para la atención directa a la población participante.

III Responsabilidades

Para la implementación de las resoluciones propuestas en los acápites anteriores se proponen las siguientes actividades:

1. Por parte de la Organización Panamericana de la Salud

a) Promover la continuidad de los procesos asumiendo los compromisos establecidos en la iniciativa SAPIA;

b) Monitorear el proceso de desarrollo de esta iniciativa y rendir cuentas periódicamente sobre el avance del acuerdo de la resolución V del Consejo Directivo de la OPS;

c) Promover el intercambio de experiencias entre países;

d) Potenciar los espacios nacionales e internacionales que propician la iniciativa SAPIA;

e) Desarrollar instrumentos que faciliten poner en práctica la iniciativa. Identificar, evaluar y difundir instrumentos que han probado ser válidos por la OMS en otras regiones;

f) Asegurar el nombramiento de los puntos focales de cada representación del país, definiéndole su papel en conjunto con las contrapartes.

g) Asegurar acciones que involucren a los diferentes programas de la OPS y permitan la implementación de la iniciativa SAPIA;

h) Establecer centros de documentación y una red de información sobre los recursos y acciones que ofrece esta iniciativa;

i) Propiciar los mecanismos organizativos para la puesta en marcha de la iniciativa SAPIA;

j) Identificar y facilitar los procesos de negociación para obtener recursos económicos necesarios para la realización de la iniciativa.

2. Por parte de los Gobiernos

a) Nombrar las contrapartes asegurando la idoneidad y poder de decisión de los funcionarios y la continuidad en la misma;

b) Vigilar que las actividades realizadas en el marco de la presente iniciativa se ajusten a los objetivos contenidos en la misma;

c) Implementar y difundir los compromisos indígenas a los planes de desarrollo en base a las propuestas elaboradas por los mismos pueblos;

d) Propiciar la incorporación de los pueblos indígenas a los planes de desarrollo en base a las propuestas elaboradas por los mismos pueblos;

e) Introducir en la agenda de la XIV Reunión de los Servicios de Salud de Centroamérica (RESSCA) y en la III Reunión de Ecología y Salud (ECOSAL) la iniciativa SAPIA a fin de ratificar los compromisos adquiridos e informar los resultados de este taller;

f) Ajustar los planes de acción de los programas y proyectos en ejecución a fin de potenciar a corto y mediano plazo las actividades que se encuentran en marcha en las comunidades indígenas y adecuarlos a las características de la localidad y a la iniciativa SAPIA.

3. Por parte de los Pueblos Indígenas

a) Nombrar la contraparte correspondiente mediante mecanismos de amplia consulta y consenso entre organizaciones, consejos comunales, instituciones indígenas que trabajan en salud;

b) Elaborar un plan de acción de salud asegurando la complementariedad de las acciones realizadas por los servicios de salud institucionales y tradicional indígenas;

c) Desarrollar actividades de salud a corto plazo dirigidas prioritariamente a la preservación y mejoramiento del medio ambiente, el suministro de agua potable, la disposición de residuales, el tratamiento de situaciones de emergencia, la seguridad alimentaria y la nutrición;

d) Garantizar su participación en toda negociación que se relacione con esta iniciativa;

e) Velar por el cumplimiento de los acuerdos asumidos en la iniciativa SAPIA;

f) Propiciar y promover los espacios necesarios para desarrollar esta iniciativa.

IV Implementación

Para la implementación de la iniciativa SAPIA se conformará una Comisión integrada por dos representantes de los pueblos indígenas, un representante del gobierno y un representante de la OPS, a fin de establecer las actividades necesarias a ser ejecutadas para cumplir con los acuerdos establecidos.

Para este fin, la OPS realizará las coordinaciones iniciales para la conformación de la Comisión Coordinadora de esta iniciativa.

La Comisión deberá explorar todas las alternativas nacionales e internacionales que apoyen la implementación de la iniciativa SAPIA. Del mismo modo, deberá establecer la definición de mecanismos de monitoreo y evaluación y la selección de indicadores que permitan evaluar el impacto

de las acciones realizadas en los diferentes proyectos.

Finalmente se propone la realización de un encuentro Regional dirigido a la reglamentación de la propiedad intelectual de los pueblos indígenas, al establecimiento de códigos de ética para la investigación en los que están involucrados pueblos indígenas y para discutir acerca de la biodiversidad y la autosostenibilidad.

Este foro desea expresar su solidaridad con los pueblos garífunas que se encuentran sometidos a procesos de explotación, opresión y desplazamiento solicitando su incorporación a la presente iniciativa. Del mismo modo expresan su apoyo a las justas demandas de los pueblos del Amazonas para la preservación de su ecosistema.

Los participantes agradecen a la OPS por el esfuerzo realizado para dar cumplimiento a la V Resolución y al pueblo de Guatemala por su hospitalidad.

5. Conclusiones

- El Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud permitió que se desarrollara una amplia reflexión y discusión, con la participación de los tres sectores sociales participantes, sobre las condiciones que determinan la situación de salud de los pueblos indígenas;

- Se conoció y analizó la iniciativa SAPIA, identificando posibilidades y dificultades para su implementación en los países de la región;

- De acuerdo con la participación activa de todos se establece el «Documento de Compromiso y Seguimiento de la Iniciativa SAPIA», en el cual se definen las funciones y responsabilidades que le corresponde asumir a cada uno de los sectores sociales presentes para implementar la iniciativa SAPIA;

- Se conocieron y analizaron experiencias en las cuales se ha utilizado diferentes metodologías de enseñanza-aprendizaje, sin llegar a elaborar una propuesta;

- Se conocieron experiencias concretas sobre el abordaje de algunos problemas de salud en los diferentes

países participantes: México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá;

- Se realizó un análisis crítico sobre la forma poco eficiente en cuanto a calidad y cantidad, en que generalmente el sector gubernamental de salud de los países, ha atendido la salud de los pueblos indígenas. Se reconoció la urgente necesidad de cambiar este tipo de relaciones y procedimientos, para legitimar y abrir un espacio real de participación de los pueblos indígenas;

- Se reconoció la medicina tradicional como un abordaje real de la problemática de salud, que requiere considerarse en las políticas de salud.

6. Recomendaciones

La principal recomendación consiste en propiciar activamente la implementación de la iniciativa SAPIA en la región, teniendo como base para ello el «Documento de Compromiso y Seguimiento de la Iniciativa SAPIA».

- Propiciar una forma de conciencia por parte del personal del Sector gubernamental de salud y de las oficinas de la OPS sobre la salud de los pueblos indígenas y la obligación de abordar los problemas de una manera integral permitiendo la participación directa de los pueblos.

- Identificar las posibilidades de brindar espacios de participación de los pueblos indígenas en todos los programas y proyectos, con especial atención en la estrategia SILOS.

- Reconocer la realidad intercultural en los países de la región, el respeto y la potenciación del desarrollo de los pueblos indígenas.

- Abrir espacios y facilitar que los pueblos indígenas sean los protagonistas en la toma de decisiones y desarrollo de actividades para superar los problemas que afectan su calidad de vida.

- Reconocer y legalizar la medicina tradicional como otro sistema de atención.

- Dar a conocer públicamente el «Documento de Compromiso y Seguimiento de la Iniciativa SAPIA», para que todas las instancias involucradas participen y aporten.

LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES

EXPOSITORES

1. OPS, Centroamérica México y Panamá
2. Ministerios de Salud de Centroamérica, México y Panamá
3. Comisión Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, México
4. Secretaría de Salud, Dirección General de Región, México
5. Programa de Investigación y Educación en Salud, PIES, Quetzaltenango, Guatemala.
6. Consejo de Mujeres Mayas de Guatemala, Chimantango, Guatemala.
7. Centro Cultural y Asistencia Maya, Cecam, Quiché, Guatemala.
8. Ministerios de Salud, de Centroamérica México y Panamá.
9. Asociación de Curanderos Mayas de Tonicapán, Guatemala
10. Consejo Desarrollo Rural Occidente, CDRO, Tonicapán, Guatemala
11. Organización Fraternal Negra Hondureña, Honduras.
12. Parlamento Indígena de América, Nicaragua
13. Asociación Indígena Sejekto, Costa Rica
14. Organización Indígena Costa Rica
15. Universidad de Panamá
16. ASIPA, Panamá
17. Representante Pueblo Emberá, Panamá

Responsables de la Organización Técnica del Taller

- Oscar Córdón.
Director ONG Health Care,
Guatemala

- Elba Villatoro.
Consultora Health Care,
Guatemala

- Rubén González.
Consultor Health Care,
Guatemala

Expositores Pueblos Indígenas y Salud

- Constantino Zapeta.
Sacerdote Maya
Grupo Transcultural Tonicapán,
Guatemala
- Jorge Solares.
Director Instituto de Estudios Interé-
tnicos Universidad de San Carlos,
Guatemala
- Juan José Hurtado Vega.
Universidad Francisco Marroquín,
Guatemala
- Tomás Chumil.
PIES, Guatemala
- Benjamín Soto Turnil.
CDRO, Guatemala
- Francisco Pirir.
FONAPAZ, Guatemala
- Lorena López Mejía.
SERJUS, Guatemala
- Marina Marcucci.
PRODERE, Guatemala
- Rolando Hernández.
CEE, Guatemala
- Carlos Andrade.
UNICEF, Guatemala
- Bárbara Schiber.
INCAP, Guatemala
- Sandra Land.
OPS, Washington, EUA
- Jacobo Finkelman.
Representante OPS, Guatemala

Material de apoyo de Referencia

Módulo I

«Marco de Referencia del Trabajo de la OPS»

1. Agencia Latinoamericana de Información. Declaración II Cumbre Indígena Declaración de Oaxtepec. Morelos, México, octubre 1993.
2. OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Resolución V: Salud de los Pueblos Indígenas: Serie HSS/SILOS-34. Washington, D.C.; 1993

Módulo II

«Condicionamiento en la implementación de la Iniciativa SAPIA en cada país. Actores involucrados y enfoques de la cooperación».

1. Terán P. Carlos. Los Pueblos Indios y el Derecho a la Salud. Enero, 1994
2. Id: 00331
Au: Banco Mundial
Ti: Pueblos Indígenas y Desarrollo en América Latina: memorias de segundo taller inter-institucional sobre Pueblos Indígenas y Desarrollo en América Latina.
So: Washington, D.C.; Banco Mundial; Dic. 1993, 121 p.
Lo: US 1.3, HSS/HSL/IND.331
Lang: Es. Desarrollo Indígena América Latina.
3. Id: 0014:
Au: Secretaría de Salud; Instituto Nacional Indigenista
Ti: La Salud de los Pueblos Indígenas en México.
So: Ciudad de México, enero 1993, 38 p.
4. Od: 00105
Au: Consejo Asesor Hondureño para el Desarrollo de las Etnias Autóctonas.
Ti: Pueblos Etnicos de Honduras. Resumen informativo sobre los Pueblos Etnicos de Honduras.
So: Tegucigalpa; 27 p.
5. Id: 00180
Au: Adams, Richard N.
Ti: Background and Methods: Part one p 1-26
So: In: Adams, Richard N. Cultural surveys of Panamá, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Honduras, Washington, D.C. Pan American Health Organization, Dec. 1957. (Scientific Publication, No. 33)
Lo: Us 1.1 PAHO

COLL.Lang: Eng.Desc: Características de la población -Medicina Tradicional Estilo de vida- Indios Centroamericanos. Estadísticas demográficas -Panamá Familia -Nicaragua Condiciones Sociales-Guatemala Política -El Salvador Religión -Honduras Características culturales

Módulo III

«Aspectos Socioculturales de los Pueblos Indígenas»

1. Hoff Wilbur, Maseko Nhlavana, Medicina Tradicional: Enfermeras y curanderos se dan la mano. Foro Mundial de la Salud, 1986; 7: 444-449
2. Young Garro Linda, Young James C. Atención de Salud en Minorías Etnicas Rurales. Algunas Nuevas Observaciones Antropológicas. Boletín de la Oficina Panamericana, 1983; 95 (4): 333-343.
3. Pedersen, Duncan, Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos: curanderos, divinidades, santos y doctores. Enfoques en Atención Primaria 4 (1); 1989: 6-24.
4. Id: 00002
Au: Alejandro Dávila Bolaños.
Au: Centro Nacional de la Medicina Popular Tradicional.
Ti: La Medicina Indígena Pre-Colombina de Nicaragua
So: Estelí; Consejo Editorial CNMPT; May 1993. 158 p.
Lo: US1.4, HSS/HSL/SL.2
5. Id: 00107
Au: Organó de Divulgación del Instituto Hondureño de Antropología e Historia.
Ti: Los Sumus Tawahkas = Un delicó equilibrio dentro de la Mosquita.
So: Tegucigalpa; Departamento de Investigaciones Históricas; 1988: XI. 12 p.
Lo: US1.3., HSS/HSL.10
6. Id: 00131
Au: PAHO/WHO
Ti: Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Cultura Médicas Tradicionales en América Latina y El Caribe.
So: Washington, D. C.; OPS; Jul. 1985. 60 p.
Lo: US1.2. HSS/HSL/129
7. Naranjo, Plutarco, Influencia de la Medicina Aborígen y la Popular dell'América Latina, Roma 12-16 dic. 1977 I.I.L.A. 1979.
8. Neuenswander, Helen L. y Dean E. Amald. El Síndrome Caliente-Frío, Húmedo-Seco entre los Quichés de Joyabaj: Dos Modelos Cognitivos. Estudios Cognitivos del sur de Mesoamérica. Publicación Museo de Antropología. Dallas, Texas 1977.
9. Cueva V., Adán. Medicina Tradicional en Copan. En: Memorias del I Seminario de Medicina Tradicional de Honduras, 1984. Universidad Nacional de Honduras. Marzo 1985.
10. Hurtado. Juan José. Algunas Ideas para un Modelo Estructural de las Creencias en Relación con la Enfermedad en el Altiplano del País. En: Guatemala Indígena, Vol. VIII No. 1-2, 1973.
11. García, B., J.J. Urrutia y M. Béhar. Creencias y Conocimientos sobre Biología y Reproducción Humana en Santa María Cauqué. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. INCAP-E-954.
12. Rivera Domínguez, Rafael (Coordinador). La Medicina Popular en Panamá. Col. El Hombre y la Cultura No. 5 Instituto Nacional de Cultura. Dirección Nacional de Patrimonio Histórico. Panamá, 1987.
13. Villatoro, Elba Marina y Oscar Ivan Maldonado. Influencia de los Medios de Comunicación Social en Salud Materno Infantil: Investigación en Areas Rurales del Altiplano Guatemalteco. (Resumen). Cuadernos de Investigación, Dirección General de Investigación. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1991.
14. López Austin, Alfredo. Cosmovisión y Medicina Nahuatl. En: Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, A. C. México, 1976.
15. Villatoro, Elba Marina. Concepción y Simbolismo de la Medicina Tradicional de Guatemala. En:

Tradiciones de Guatemala No. 334. Centro de Estudios Folklóricos. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1990.

16. Id:

Au: Collado, Rolando; García, José E.

Ti: La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos

So: Salud Pública de México

Lang: Esp

Desc: Curanderos, Medicina Tradicional, Práctica Médica

Res: Se describen las situaciones que se producen en las poblaciones en donde no hay médico. Se definen los problemas de accesibilidad geográfica y socio-económica a los servicios de salud.

Id:

Au: Ryesky, Diana

So: Conceptos a Populares de Enfermedad y su Relación al Sistema de Calor y Frío en un pueblo Otomí-Mestizo, XLI Congreso Internacional de Americanistas, 2-7 de septiembre 1974, México, D. F.

Módulo IV

«Aspectos Sociopolíticos y relación de las organizaciones indígenas con el estado y movilización de recursos para salud».

1. Il Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Proyecto para la Creación del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe. Versión final. Preparada como resultado de las Reuniones Técnicas realizadas en la Paz (sept. 1991); Washington, D. C. (Dic. 1991) y la Paz (Abr. 1992) Madrid 1992.

2. Organización Internacional del Trabajo -OIT. Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes 1989. 3era. edición. Actualizada: noviembre 1991.

3. Salud y Pueblos Indígenas. Aspectos Socio-Políticos y Relación de las Organizaciones Indígenas con el Estado y la Cooperación Internacional.

4. Id: 00286

Au: Voz del Indio Sejetko

Ti: Pueblos Indios de Costa Rica

So: San José; Voz del Indio Sejetko; 1989, 82p.

Lo: US1, HSS/HSL/IND. 286

Lang: Esp

Ley Indígena Salud Demográfica Costa Rica

5. Id: 00304

Au: Fernández-Arche, Jaime; Flores, Lázaro H.

Ti: Anteproyecto de ley para la protección y desarrollo de las étnias de Honduras. Cooperación Española de Desarrollo Rural Integral de la Etnia. Pech; dic. 1988, 23 p.

Lo: US1, 3, HSS/HSL/IND 304

Lang: Es

Proyecto de Población Indígena Honduras

6. Id: 00305

Au: Honduras, Ministerio de Cultura y Turismo

Ti: Ley para la Protección del Patrimonio Cultural de la Nación, Decreto número 81-84

So: Tegucigalpa; Ministerio de Cultura y Turismo; may. 1984. 8 p.

7. Id: 00320

Au: Stavenhagen, Rodolfo

Ti: Derecho Consuetudinario Indígena en América Latina, América Indígena; jun. 1989 XLIX N.2 19 p.

Lo: US1, 3, HSS/HSL/IND 320

Lang: Esp. Administración de Justicia Derechos Humanos Derechos a la Tierra

América Latina

8. Id: 00369

Au: Vadillo, Alcides

Ti: Salud y Pueblos Indígenas; Aspectos Socio Políticos y Relación de las Organizaciones Indígenas con el Estado y la Cooperación Internacional

So: Santa Cruz, mar. 1994. 12 p.

Lo: US1, 3 HSS/HSL/IND. 369

Lang: Es

Salud como derecho humano fundamental Convenio 169 OIT Características de un pueblo indígena Tierras Seguridad Social y Salud

9. Id: 00046

Au: Instituto Interamericano de Derechos Humanos

Ti: Primer Encuentro Mesoamericano

So: San José; feb. 1992, 154p.

Lo: US1. 3, hss/hsl. 45

10. Id: 00089

Au: Secretaría de Desarrollo Social

Ti: Perspectiva para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México.

So: México, D. F.; 1992, 107 p.

11. Id: 00252

Au: Guevara G., Juan

Ti: Etnodesarrollo y Medicina Indígena Ecológica

So: Vaupes; Colombia. Ministerio de Salud; 1985. 72.p, ilus. graf. Lo: US1. 1 GEN COL WB50. G1 1985.

Lang: ES

Desc: Medicina Tradicional Atención Primaria Salud. Colombia

12. Hernández Sifontes, Julio. Realidad

Jurídica del Indígena Guatemalteco.

Ed. José Pineda Ibarra. Ministerio de Educación, Guatemala. 1965.

Módulo V

«Formulación de esquemas de aplicación de servicios y programas de salud con pueblos indígenas».

1. Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales. Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional. México, D.F.; octubre 1992.

2. Id: 00063

Au: Oficina Internacional de Trabajos

Ti: Medios y Arbitrios para reforzar un desarrollo autónomo sostenible y ecológicamente idóneo de las poblaciones indígenas.

So: Santiago; may. 1993, 7 p.

Lo: US1. 3, HSS/HSL.62

3. Id: 00118

Au: Secretaría de Desarrollo Social; DIF; UNICEF; INI.

Ti: Lineamientos para la acción en favor de la niñez indígena.

So: Ciudad de México; oct. 1993. 8 p.

Lo: US1. 3 HSS/HSL. 116

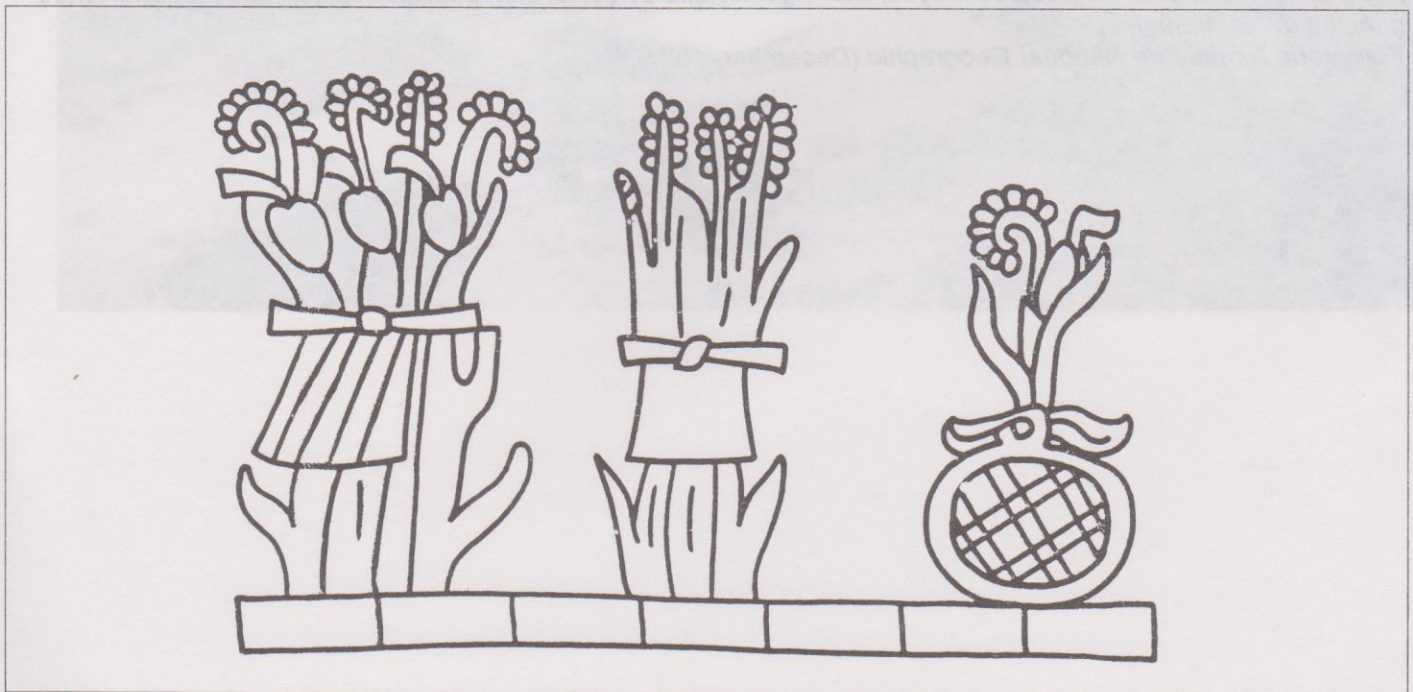
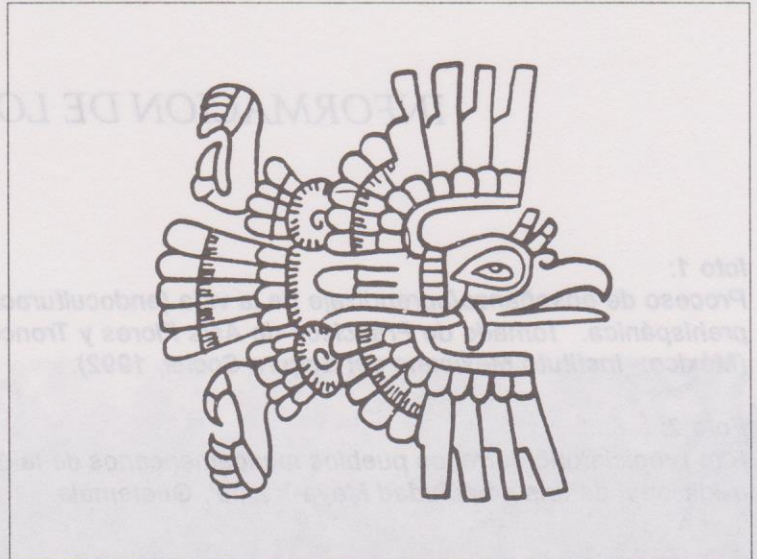
4. Id: 00140

Au: PAHO/WHO

Ti: Proyecto de Integración de la Medicina Tradicional en los Sistemas Locales de Salud.

So: Washington, D.C.; OPS;
 jul. 1992 22 p.
 Lo: US1. 3, HSS/HSL. 138

5. Id: 00176
 Au: Young Garro, L; Yound, J. C.
 Ti: Atención de salud en Minorías
 Etnicas Rurales. Algunas
 Observaciones Antropológicas.
 Ti: Health care for rural ethnic
 minorities. Various anthropological
 observations.
 So: Bol. Oficina Sanit. Panmam.
 95(4): 333-44. oct. 1993.
 Lo: US1. 1, PAHO COLL.
 Lang: Es
 Desc: Prestación de atención de
 salud Indios centroamericanos
 Grupos minoritarios, Salud Rural.



INFORMACION DE LOS PIES DE FOTO:

foto 1:

Proceso de enseñanza/aprendizaje de la vida (endoculturación) entre los pueblos mesoamericanos de la época prehispánica. Tomado de Francisco de Asís Flores y Troncoso. **Historia de la Medicina en México.** (México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992).

Foto 2:

Rito propiciatorio entre los pueblos mesoamericanos de la época actual. Ceremonia realizada en un adoratorio tradicional de una comunidad Maya-K'iche', Guatemala.

Foto 3:

El tabaco jugó un papel muy importante entre la medicina de los pueblos mesoamericanos de la época prehispánica. Figura fumando, Vasija policromada, entierro 196-700 DC. Museo Tikal, Petén, Guatemala. Tomado de Abraham García Kutzbach. **Medicina precolombina de Mesoamérica, Fascículo No. 16, 1988.**

FOTO CONTRAPORTADA:

Ceremonia maya relacionada con el maíz, alimento sagrado de estos pueblos. Fotografía tomada de National Geographic. (December, 1975)

FOTO PORTADA:

Antigua ceremonia de los pueblos mayas, aún vigente, que se celebra en adoratorios sagrados en diferentes pueblos de Guatemala. Fotografía tomada de National Geographic (December, 1975).



No. 105/1995

Director:

Marco Tulio Aguilar Barrondo

Investigadores titulares principales:

Celso A. Lara Figueroa

Ofelia Columba Déleon Meléndez

Elba Marina Villatoro

Investigadores titulares:

Claudia Dary Fuentes

Alfonso Arrivillaga Cortés

Carlos René García Escobar

Investigador musicólogo:

Enrique Anleu Díaz

Revisión de estilo y asistencia
editorial:

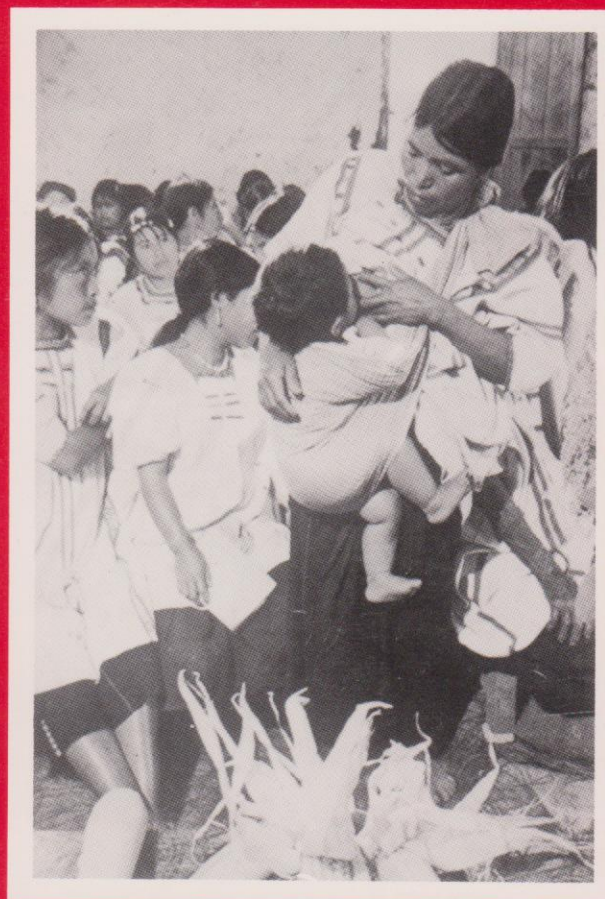
Erwin Israel Soto Barillas

Area de Fotografía:

Jorge Estuardo Molina Loza

Diseño y Diagramación:

Brenda Bocaletti Florián



*La Tradición
Popular*

Centro de Estudios Folklóricos
Universidad de San Carlos de Guatemala

Avenida La Reforma 0-09, Zona 10
Tel.: 319171. Guatemala, C. A.
