

**INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
REPRESENTACIÓN GUATEMALA**

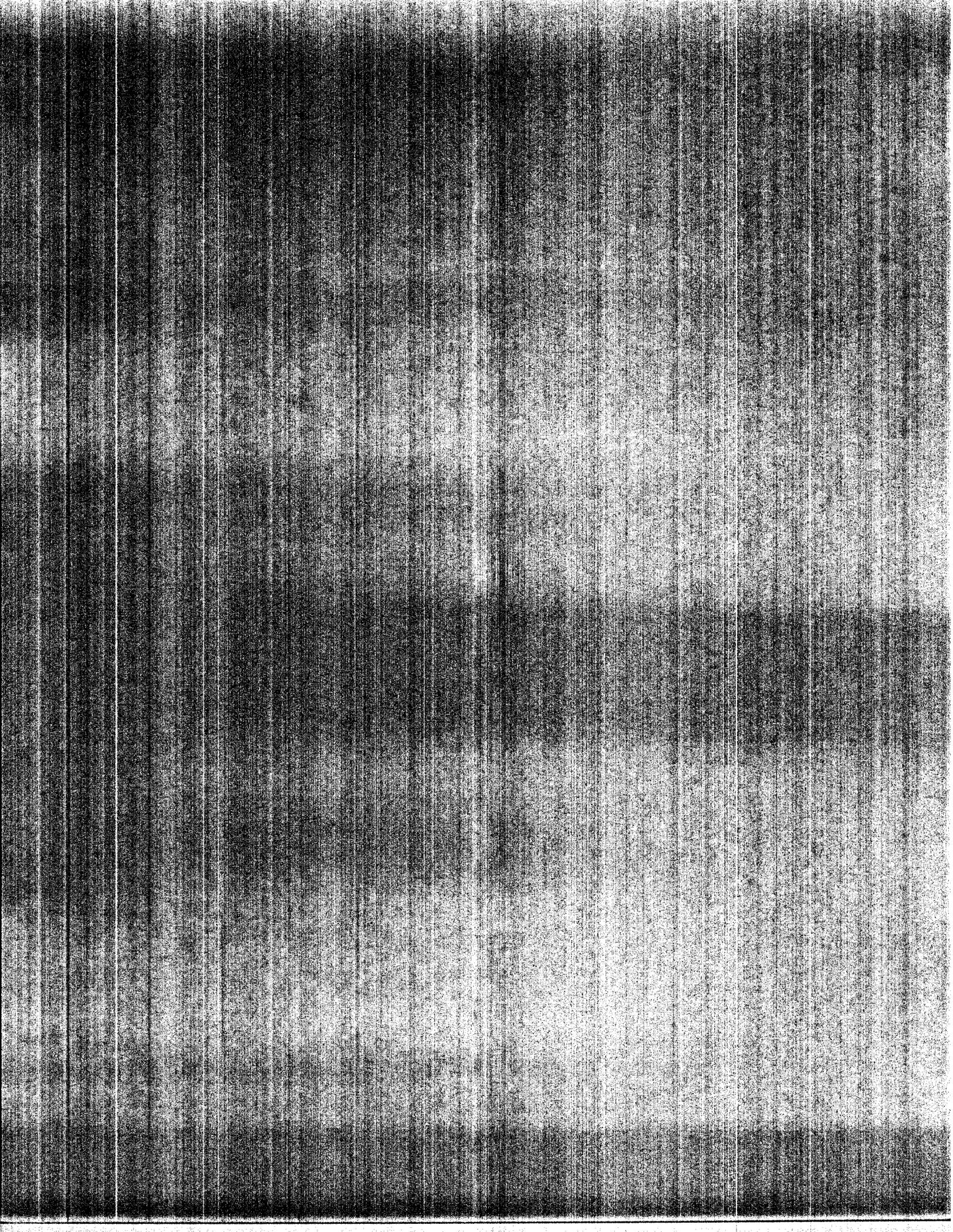
**TALLER SUBREGIONAL  
PARA MESOAMÉRICA  
PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD**

**5 al 8 de julio de 1994**



**Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas  
Organización Panamericana de la Salud  
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud**

**Quetzaltenango, Guatemala, C.A.**

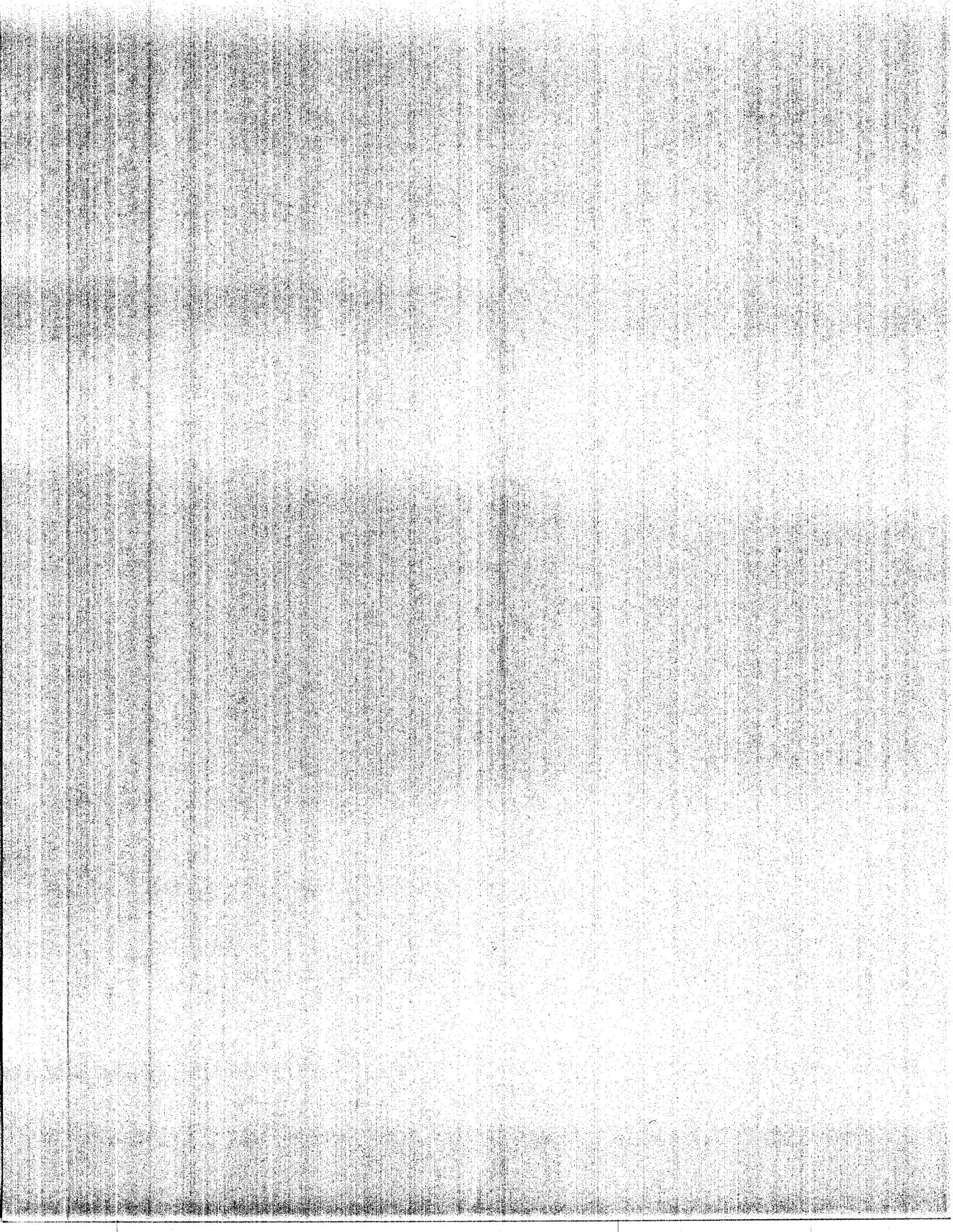


**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
REPRESENTACION GUATEMALA**

**TALLER SUBREGIONAL  
PARA MESOAMERICA  
PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD**

**5 al 8 de julio de 1994**

**Quetzaltenango, Guatemala, C.A.**



## TABLA DE CONTENIDO

	No. Pag.
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>DISCURSOS DE INAUGURACIÓN</b>	<b>5</b>
Dr. Jacobo Finkelman Representante de la OPS/OMS en Guatemala	
Dra. Mirna Cunningham Miembro del Parlamento Indígena, Nicaragua	
Lic. Manuel Salazar Presidente del Fondo de Desarrollo Indígena, Guatemala	
Dr. Gustavo Hernández Polanco Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.	
<b>PRESENTACIÓN DEL TALLER</b>	<b>12</b>
Dra. Lilly Caravantes de Dubois	
<b>MODULO I    MARCO DE REFERENCIA DEL TRABAJO DE LA OPS</b>	<b>13</b>
Iniciativa Salud para los Pueblos Indígenas de América Latina (SAPIA) Dra. Sandra Land, Punto Focal Iniciativa, División de Sistemas y Servicios de Salud, OPS, Washington, D.C., USA.	
Expectativas de los pueblos indígenas frente a la iniciativa SAPIA en el marco del Año Internacional de los Pueblos Indígenas Lic. Benjamín Son Turnil. Director Ejecutivo de Centro de Desarrollo Rural de Occidente, CEDRO. Quetzaltenango, Guatemala.	
Miguel Chan Juárez. Coordinador del Programa Educación en Salud y Medicina Maya del Centro Cultural y de Asistencia Maya, Chichicastenango, Guatemala	
Horacio Martínez. Presidente de la Organización Fraternal Negra Hondureña	
<b>MÓDULO II    CONDICIONANTES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE                   LA INICIATIVA SAPIA EN CADA PAÍS,                   ACTORES INVOLUCRADOS Y ENFOQUES DE LA COOPERACIÓN</b>	<b>32</b>
Aspectos históricos, económicos y socioculturales de los pueblos indígenas y su impacto en la salud. Baltazar Rodríguez Sajic, Academia de Lenguas Mayas, Guatemala	
Informe de experiencias de los países en relación a la iniciativa SAPIA. Filiberto Hernández, Puebla, México. Ing. Jorge Jenkins, Panamá. Licda. Leyla Garro Costa Rica. Dra. Mirna Cunningham, Nicaragua.	

**MÓDULO III ASPECTOS SOCIO-CULTURALES  
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

57

Cosmovisión de los pueblos indígenas y salud.

Prof. Miguel Chan, Centro de Estudios y Asistencia Maya, Chichicastenango, Guatemala.

El sacerdote maya y su relación con la estructura médica tradicional. Presentación de experiencia.  
Sr. Constantino Zapeta, (Sacerdote Maya). Grupo Transcultural. Totonicapán, Guatemala.

Mesa redonda: Consideraciones sobre etnicidad y salud y comunicación intercultural  
Consideraciones sobre etnicidad y salud. Dr. Jorge Solares, Director del Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Comunicación intercultural. Licda. Leonor Hurtado. OPS.

Interpretación y práctica en torno al proceso salud enfermedad en poblaciones indígenas.  
Dr. Juan José Hurtado, Guatemala

Presentación de experiencias en salud mental, salud reproductiva y recursos terapéuticos:

Lucrecia Sunum. Trabajadora Social. Programa de Investigación y Educación en Salud de Occidente- PIES, Quetzaltenango.

Salud Mental Comunitaria. Sr. Tomás Chumil. Programa de Investigación y Educación en Salud de Occidente- PIES, Quetzaltenango.

Salud reproductiva. Amalia Vásquez, Comadrona tradicional, PIES.

El curandero y su relación con la estructura medica tradicional. Sr. Sebastián Luna Contreras, Curandero de Chiapas, México.

Medicina tradicional. Dr. Juan José Escalante, Asociación de Terapeutas Tradicionales de Totonicapán, Guatemala.

Instituciones oficiales de salud y la prestación de servicios a la población indígena; experiencias de coordinación de medicina tradicional y occidental.

Dr. José Luis Hernández, Secretaría de Salud Pública, México

Licda. Leyla Garro, Punto Focal Iniciativa SAPIA, Ministerio de Salud de Costa Rica.

**MODULO IV ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS Y LA RELACIÓN  
DE LAS ORGANIZACIONES INDIGENAS CON EL ESTADO**

113

Aspectos sociopolíticos, económicos y relación de las organizaciones indígenas con el estado.  
Sr. Francisco Pirir, Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ).

Horacio Martínez, Presidente de Asociación Fraternal Negra de Honduras.

Mesa redonda: Marco jurídico de los países de la subregión, referentes a la población indígena y sus implicaciones en el área de salud.

Lic. Darío Wright. Vicepresidente de la Asociación de Población Indígena Panameña-ASIPA

Sra. Lorena López Mejía. Servicios Jurídicos y Sociales S.C. - SERJUS - .

Movilización de recursos para programas de salud.  
Sectores estatales e indígenas.

Dra. Bárbara Shieber, INCAP.

Lic. Manuel Salazar. Presidente del Fondo de Desarrollo Indígena, Guatemala-  
Organizaciones Indígenas.

No. Pag.

**MÓDULO V FORMULACIÓN DE ESQUEMAS DE APLICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS 133**

Análisis general del taller y lineamientos de acción de la iniciativa SAPIA

Propuesta de seguimiento a la iniciativa SAPIA- Fase I: Planificación y ejecución del programa de salud para pueblos indígenas formas de relación y enfoque de la cooperación.

Propuesta de seguimiento a la iniciativa SAPIA-Fase II: Definición de áreas de intervención y estrategias de acción

Conclusiones, recomendaciones y evaluaciones en términos de: objetivos, resultados y metodología

**ANEXOS**

146

**INFORMES DE LOS TRABAJOS DE GRUPO, POR GUIA DESARROLLADA**

**LISTA DE INSTITUCIONES Y PARTICIPANTES, POR PAIS**



**TALLER SUBREGIONAL PARA MESOAMERICA  
PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD**

**LISTA DE PARTICIPANTES, POR PAIS**

**MEXICO**

1. Sebastián Luna Contreras, Curandero Chiapas.
2. Filiberto Hernández, Puebla, México.
3. Silvia Hartman, OPS.

**GUATEMALA**

1. Gregorio Santos Menchú, Coordinadora de Desarrollo Rural de Occidente.
2. Amalia Vásquez, PIES
3. Constantino Zapeta, Grupo transcultural de Totonicapán
4. Miguel Chan, Centro de Estudios y Cultura Maya.
5. Representante del Consejo de Organizaciones Mayas.
6. Nohelia Cumes, Contraparte nacional. Departamento de Planificación familiar, MSPAS
7. Jacobo Finkelman OPS/MSD. Representante OPS/OMS, Guatemala.
8. Lily C. Dubois. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/MSD.
9. Bárbara Schieber INCAP.
10. Leonor Hurtado OPS
11. Rebeca Arrivillaga.

**EL SALVADOR**

1. Vilma Cerón, OPS, Salvador.

**HONDURAS**

1. Horacio Martínez, Representante Indígena. Presidente de Organización de Grupos Garífunas.
2. Emilio Ramírez, OPS.

**NICARAGUA**

1. Mirna Cunningham. Miembro del Parlamento indígena Continental.
2. Milton Váldez, OPS.

**COSTA RICA**

1. Leyla Garro, Contraparte de gobierno. Ministerio De Salud.
2. Demetrio Blanco, Representante Indígena.

*Indígena representante José Morales*

## **PANAMA**

1. Carlos Lauchú, Participante Indígena.
2. William Barrigón, Representante Indígena.
3. Jorge Jenkins. OPS.
4. Dario Wright, Contraparte nacional
5. Jorge Montalván.

## **ECUADOR**

1. Miguel Milo. *Milo*

## **PONENTES EN EL DESARROLLO DEL TALLER**

1. Narciso Cojtí. Programa Lingüístico de la Academia Maya.
2. Baltazar Rodríguez. Vicepresidente Academia de lenguas Mayas.
3. José María Tol, CECAM.
4. Juan José Hurtado.
5. Juan José Escalante. Miembro de la Asociación de Terapeutas Tradicionales.
6. Promotor de salud. PIES
7. GTR, Recursos Terapéuticos.
8. Francisco Pirir. Miembro del Fondo para la Paz
9. Manuel Salazar. Presidente del Fondo Indígena.
10. Jorge Solares. Instituto de Relaciones Interétnicas.
11. Sandra Land. OPS.

**ORGANISMOS INTERNACIONALES COOPERANTES:** OPS, UNICEF, CEE, AID, HOPE, CARE.

## **ORGANIZADORES Y COORDINADORES**

1. Elba Villatoro.
2. Rubén González.

## **PERSONAL DE APOYO**

Claudia Serrano. Secretaria.  
Nora Raxtum. Secretaria.

## **EDICION**

Eva Sazo de Méndez

## INTRODUCCION

### ANTECEDENTES

Los pueblos indígenas habitan en su mayoría en áreas rurales, participan de una tradición y de una historia, conciben un mundo ordenado y puesto en movimiento por leyes sagradas, y viven ligados a la tierra y a la naturaleza dado que esto les permite su sobrevivencia. Su particular cosmovisión les nutre, da vitalidad y energía, en defensa y persistencia de su patrimonio cultural.

Debido a razones históricas y coyunturales, un alto porcentaje de pobladores indígenas de Centro América, México y Panamá viene sufriendo los embates de un resquebrajamiento estructural, agravado en los últimos años por el estrangulamiento económico provocado por la deuda externa, la privatización de los servicios públicos, el aumento del costo de los productos de la canasta básica (alimentos esenciales), la caída del salario real, la devaluación de la moneda y los recortes presupuestales a los débiles programas de asistencia social.

Esta situación se refleja en las condiciones precarias e infrahumanas en que vive la mayoría de los pueblos indígenas de la subregión; algunos de ellos sufren además de violencia política (agravada en los últimos años), enfrentamientos armados, campañas represivas, violaciones a los derechos fundamentales del hombre: derecho a la vida, la salud, la educación y la identidad cultural. Esto incide en altos índices de desnutrición, morbimortalidad en general y, principalmente, materno infantil; así como en bajas expectativas de vida.

Estas condiciones, vigentes en la mayoría de los pueblos indígenas de América, encaminaron al Sub-Comité de Planificación y Programación del Comité ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS., a su 18a Reunión en abril de 1992. Como propuesta de la delegación de Canadá, a la que se sumaron las de México, Ecuador y Bolivia, se incorporó a la Agenda de Trabajo el complejo tema: Salud de los Pueblos Indígenas. Esto condujo a la realización de un Taller Hemisférico que tuvo lugar en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá en abril de 1993, con representación de los gobiernos y pueblos indígenas de 18 países de la Región.

Una de las finalidades de este taller fue consultar a los representantes de los pueblos indígenas sobre su situación de salud y posibles alternativas de abordaje. De esta reunión emanaron principios fundamentales y recomendaciones que impulsaron la formulación de la iniciativa denominada: Salud para los Pueblos Indígenas de América -SAPIA- y la necesidad de: **"Comprender que 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"**.

Es importante mencionar que el reconocimiento de la heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas de la Región hace difícil, si no imposible, la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Esta diversidad es la que acentúa las diferencias étnicas y culturales, en este caso particular de la salud; la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y, como consecuencia, da énfasis al desarrollo de estrategias de atención de salud desde una perspectiva local, considerando y respetando los aspectos socioculturales.

En este sentido, y con el propósito de apoyar la iniciativa de Salud para Pueblos Indígenas - SAPIA- por medio del fortalecimiento del proceso de desarrollo profesional del personal de OPS y de sus contrapartes nacionales, a través de una metodología participativa, se propuso seleccionar dos áreas piloto donde se encuentran los mayores conglomerados indígenas como son la Región Andina y la Mesoamericana. Para su seguimiento, se realizó el primer Taller Subregional Andino, en Santa Cruz, Bolivia en marzo de 1994. El segundo fue el Taller Subregional para Mesoamericana: Pueblos Indígenas y Salud, en Quetzaltenango, Guatemala en julio de ese mismo año. Participaron los países de México, Centro América y Panamá representados por:

1. Indígenas que forman parte de la estructura del sistema de salud tradicional.
2. Representantes de los Ministerios de Salud.
3. Personal de la Oficina Panamericana de la Salud-OPS, de Washington, D.C. USA., además de los representantes de los países participantes.

## **OBJETIVOS**

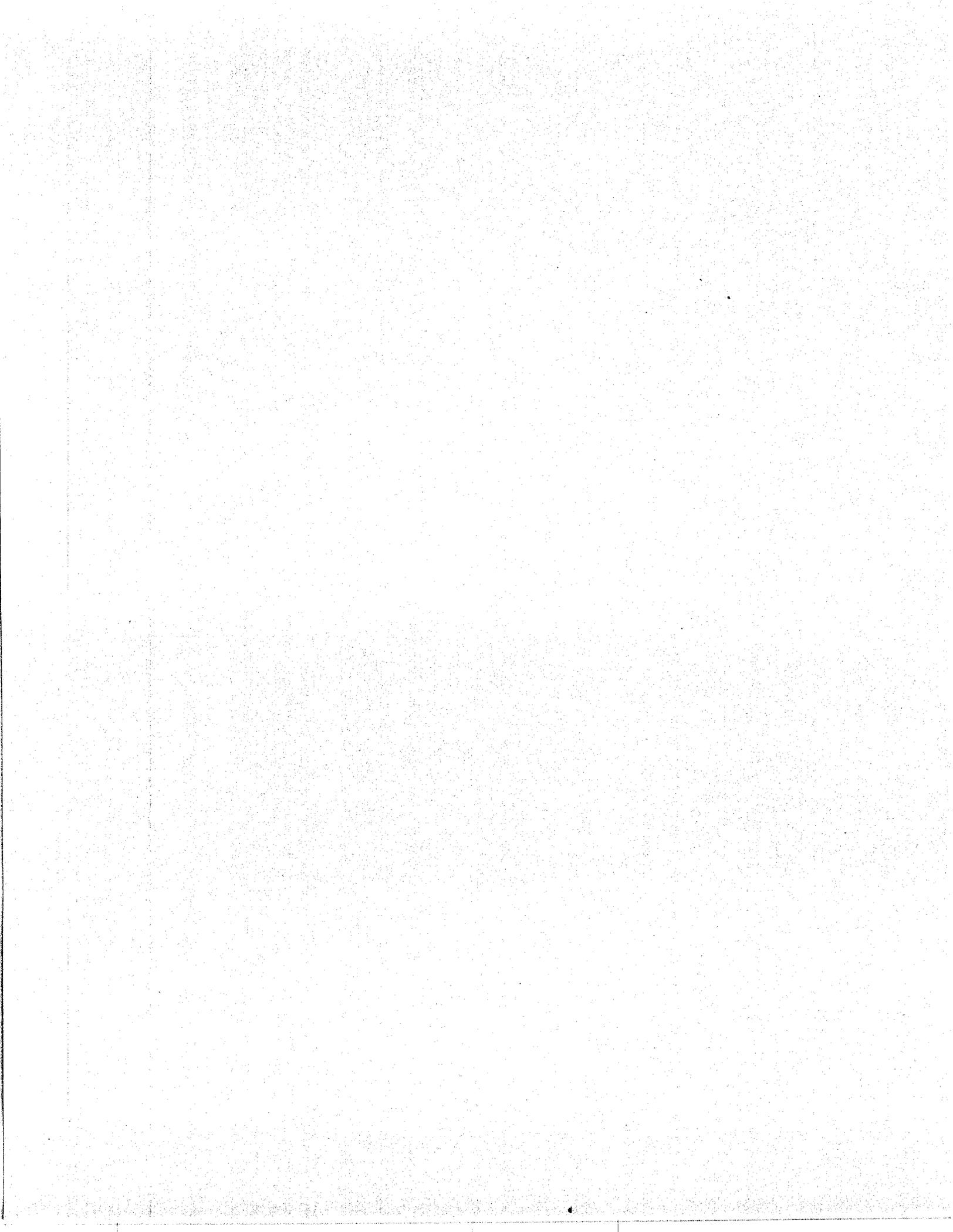
1. Generar entre los funcionarios de OPS y sus contrapartes nacionales, junto con la participación permanente de los pueblos indígenas, la discusión de los problemas de salud dentro de un enfoque integral. Se desea que a lo largo del proceso, se respete y potencialice la cultura, propiciando la participación y coordinación.
2. Analizar la iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas -SAPIA-, identificando posibilidades y dificultades en su implementación en los países de la Subregión Mesoamericana y definiendo líneas de acción con enfoque estratégico.
3. Proponer una metodología de enseñanza-aprendizaje que permita establecer los criterios y enfoques apropiados para la entrega de la cooperación técnica en apoyo a procesos y proyectos que beneficien a los pueblos indígenas en el campo de la salud.

## **RESULTADOS**

Los participantes:

1. Tendrán un mejor conocimiento de los factores socioculturales de los pueblos indígenas de los países de la Subregión después de revisar las características de la medicina tradicional, de la medicina occidental y su posible interrelación.
2. Conocerán los aspectos socio-políticos y jurídicos que condicionan la actuación de los pueblos indígenas y sus relaciones con los Estados y organismos de cooperación.

3. **Habrán identificado las fortalezas, oportunidades, debilidades y obstáculos para la implementación de la iniciativa SAPIA, en los países de la Subregión.**
4. **Habrán establecido posibles enfoques de acción hacia la población indígena, incorporando los elementos socioculturales y políticos de los pueblos de la Subregión Mesoamericana, manteniendo un enfoque integral y participativo.**
5. **Habrán validado las metodologías de enseñanza-aprendizaje y los contenidos utilizados en el taller.**
6. **Habrán elaborado un Módulo de Capacitación de Seguimiento de la Iniciativa SAPIA. Este módulo, producto de los acuerdos del taller, servirá de referente o modelo para las comisiones responsables del seguimiento del proceso en los diferentes países de la región.**



## **DISCURSOS DE INAUGURACIÓN**

**Dr. Jacobo Finkelman**  
**Representante Oficina Panamericana de la**  
**Salud en Guatemala**

La búsqueda recíproca de las relaciones de las diferentes culturas, en términos específicos para los programas de cooperación, se traduce en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud y de los programas que participan en ellos. De esa manera se reconoce la pluriculturalidad y cada una de las soluciones afronta las condiciones locales tomando en cuenta los elementos enmarcados dentro del contexto de desarrollo cultural, social, económico y político de cada comunidad.

Muchos de ustedes saben que me he desempeñado por años en el campo ambiental, por tanto identifico que la sustentabilidad ambiental en relación con las poblaciones indígenas está exclusivamente sometida a la diversidad. Para mí resulta ofensivo relacionar las comunidades indígenas como parte de los fenómenos dirigidos de diversidad ya que como tales deben ser preservados. Dentro de la autodeterminación, las poblaciones indígenas y las relaciones del medio ambiente, en donde existen vínculos muy especiales, tienen que estar en un contexto mucho más generoso y no simplemente dentro de una ecuación de biodiversidad. Dado que este taller no tiene fines académicos sino estrictamente propositivos, planteo mis ideas en dos sentidos:

La primera: ¿Cómo lograr que la Organización Panamericana de la Salud y las diferentes contrapartes trabajen en forma armonizada, participativa y de respeto para que todos aprendamos a hacer mejor las cosas?

La segunda, es tan importante como la primera: ¿Cómo lanzar en forma específica propuestas que pudiésemos poner en práctica en un plazo razonable y corto, bajo una perspectiva que nos permita llevar al nivel local servicios de salud apropiados y que sean mutuamente discutidos?

Todo ello, debe realizarse dentro del concepto de sustentabilidad para la gente de nuestros tiempos. Estimados colegas y amigos, a nombre del Director de la Organización Panamericana de la Salud, hago votos para que este proyecto cumpla con los propósitos que nos hemos fijado.

**Dra. Mirna Cunningham  
Representante del Parlamento Indígena de  
Nicaragua**

Buenos días, el Guaqui es la lengua de mi pueblo y quiero saludarlos en nombre de todos los Pigitos, Sum, Ram, y Garffunas de Nicaragua que seguimos luchando por la autonomía.

En 1993, se hizo la primera reunión de Delegados de Pueblos Indígenas y Organizaciones de Indígenas con los Gobiernos y la OPS con la intención de buscar propuestas para mejorar la salud de nuestros pueblos, 15 meses después ya están viéndose resultados. Entre estos podemos mencionar la resolución del Consejo Directivo de la OPS, que ya está coordinando con la iniciativa tradicional en el sur algunos proyectos concretos.

Al inaugurar esta reunión mesoamericana, es importante que recordemos, en primer lugar, que estos avances son fruto del sacrificio de miles de indígenas ancianos, hombres, mujeres y jóvenes que han trabajado fuertemente desde 1932, cuando por primera vez llegó un día el indígena a donde realmente nació. Desde entonces hemos visto poco a poco la lucha indígena en distintos campos a nivel internacional.

Tengo que señalar los últimos 11 años, cuando se inició la conformación del trabajo sobre poblaciones de Naciones Unidas y se comenzó a redactar el primer borrador del Proyecto de Declaración Universal del Derecho de Poblaciones Indígenas. En julio de este año va a pasar del grupo de trabajo de poblaciones indígenas a las otras subcomisiones de la comisión de derecho, y la Declaración General Internacional de los Pueblos Indígenas. Estamos precisamente en el año preparatorio del destello internacional de los pueblos indígenas declarado así por las Naciones Unidas y que va a comenzar el 10 de Diciembre de 1995.

Considero que éste es el mejor momento para continuar el esfuerzo iniciado, para plantearnos retos para este destello. El Programa de Salud Indígena con la iniciativa PIENSA, no puede quedar al margen del esfuerzo que vamos a impulsar a lo largo de este destello; de manera que podamos concretar recomendaciones y no sólo del Consejo Directivo sino también las que surjan de la Asamblea. En la reunión de la Resolución del Consejo Directivo, se planteaba como un objetivo concreto, que los Gobiernos miembros promuevan el fortalecimiento con mecanismos de concertación y participación de los pueblos indígenas para la formulación de políticas y estrategias y el desarrollo de actividades de salud, dirigidas hacia dichos pueblos.

Por ello, es importante que a lo largo de esta reunión analicemos la posibilidad, por ejemplo, de aspirar a lograr agua potable para los pueblos indígenas de Mesoamérica; erradicar enfermedades prevenibles; instalar zonas de emergencia en algunos lugares en que los pueblos indígenas están en proceso de transmisión; legalizar la medicina de pueblos indígenas como sucede en distintos países. También, algunas acciones concretas con relación al medio ambiente; la alfabetización para el 50% de los pueblos indígenas, como mecanismo para ir mejorando sus conocimientos; y también las posibilidades de desarrollo y acceso a nuestros libros y a distintos servicios que complementen la formación de recursos humanos del pueblo indígena.

Considero que esto, coordinado con la participación de los sectores indígenas, debe ser uno de los objetivos de esta reunión, una de las tareas concretas de este destello dentro de la iniciativa de salud.

En la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, al proclamar el diseño, se planteó que uno de los objetivos fundamentales era aumentar la cooperación con los pueblos indígenas en áreas prioritarias tales como: salud, educación y desarrollo. Estas acciones van a tener resultados positivos si van combinadas o aseguran una participación partidaria e igualitaria de los pueblos indígenas en las acciones que se desarrollen. Equiparar, igualar, significa que esta participación debe ser sistemática y respetar la diversidad. Por lo tanto, no se trata de realizar acciones de cooperación en las que solamente se entreguen cosas.

Lo que nosotros pretendemos a través de esta iniciativa es tratar de construir un proceso de nuevas relaciones, donde el que da la ayuda, aprende y crece junto al que la recibe. Se trata de no repetir esta larga historia de discriminación en la que nos han sumergido; se trata de que todos estemos conscientes de que la salud occidental y los objetivos del occidental sólo van a ser factibles en la medida que incorporen elementos de la sabiduría indígena. De manera que esta ciencia indígena no quede aparte, reclusa ni marginada, sino más bien incorporada de manera respetuosa como un elemento fundamental. Además debe permitir la construcción de un nuevo modelo de vida, basado en una nueva ética de salud, y desarrollando, como lo ha señalado muchas veces el Dr. Garnaldi: "un nuevo modelo de desarrollo basado en el respeto a la diversidad". Según la resolución del Consejo Directivo, se recomienda apoyar el desarrollo de modelos alternativos de atención a los pueblos indígenas, incluyendo la medicina tradicional y la investigación, donde la calidad y seguridad de la misma sea perceptible.

Concluyo con un compromiso de todos nosotros, los representantes de este evento, los representantes del pueblo indígena y los representantes del gobierno, de cumplir con las expectativas de nuestros pueblos indígenas de manera que la iniciativa de salud pueda convertirse en acciones concretas.

Quiero agradecer a los representantes del Pueblo Maya que nos han permitido hacer la reunión en su tierra sagrada, agradecer al Ministro de Salud, a los representantes del Gobierno de Guatemala que han facilitado esta reunión. Quiero recordarles a todos que aquí estamos tratando de trabajar un modelo de salud, basado en el concepto holístico integral en donde no pueden desligarse los aspectos culturales, económicos, políticos ni sociales. Como dicen en mi pueblo "Yo voy donde el Suquia porque el Suquia tiene seguridad de que está realizando una acción correcta. Y yo como paciente tengo el deseo de acudir al Suquia y sé que la comunidad tiene plena seguridad en lo que está haciendo el Suquia". Así se atan las bases del modelo de salud que nosotros queremos construir.

No me queda más que invitarlos para que trabajemos en esta iniciativa en la que todos tenemos responsabilidad.

**Lic. Manuel Salazar**

**Viceministro de Educación de Guatemala  
y Presidente del Fondo de Desarrollo  
Indígena**

Es un gran gusto como Maya saludarlos y presentarles un pequeño mensaje basado en la Filosofía Maya, como una contribución en nuestras reflexiones. En este momento, se está viviendo un período de diálogo entre la cultura maya y los representantes de la cultura occidental de este país, no me refiero al diálogo de paz, que es otro campo, me refiero al diálogo entre culturas de este país.

Nuestra filosofía se basa en una alta relación con las ciencias, según cuatro principios:

El principio de la inserción consciente en el cosmos es la lección que uno repite desde niño, la primera lección que los padres nos dan es que estamos inmersos en el cosmos, es decir que todos nosotros somos parte de él. Todo tiene vida y todo tiene su *nawual*. Nahual es el aliado, es la puerta. Una persona desde que nace adquiere su Nahual; esta ciudad tiene su Nahual, nosotros tenemos nuestro Nahual, las montañas tienen su Nahual, el río tiene su Nahual, los árboles también. A veces, la montaña es el Nahual de la ciudad y la ciudad tiene su protección y las familias también.

Entonces, lo que tiene vida tiene una alta relación con el cosmos y todo tiene su aliado. Esto es el Nahualismo, es el método que el ser humano tiene para comunicarse con el Corazón del Cielo, que es Dios. Corazón del Cielo significa factor de la energía del universo. Dentro de este principio se combina la relación vital con las preguntas: ¿Qué como?, ¿Qué no como?, ¿Cuándo lo hago?, ¿Cómo me curo?, ¿Cómo me ayudo a mantenerme equilibrado?. Este es el primer principio.

El segundo principio es la preocupación por el equilibrio de la naturaleza: todo lo que hagamos tenemos que hacerlo cuidando la naturaleza. Un antropólogo nos dijo: "Esto es cultura probeta"; pero no es así, desde antes de la venida de los españoles ya existía esta forma de explicar e interpretar el universo y de relacionarse con la naturaleza. Nosotros recibimos las enseñanzas y así se las pasamos a nuestros hijos como lo dice el ejemplo: No golpees a las plantas, porque las plantas lloran, tienen espíritu y lloran y les duele. En este sentido todo tiene vida, tiene espiritualidad.

Un agricultor baja al campo y lo comienza a labrar, allí comienza el arte de la petición, le dice que va a herir su naturaleza, pero que no es para explotarlo sino para sacar un producto que le va a servir para vivir, pero no lo va a destruir. Hay un diálogo entre el hombre y la naturaleza.

El éxito que ha tenido la tecnología de la cultura occidental sobre el óvulo de muchos frutos, le ha hecho comenzar a devorar la naturaleza lo cual es una preocupación también para los que comparten esta cultura. Ahora están muy ocupados buscando el equilibrio de la naturaleza, que el Maya maneja dentro de su cultura por el respeto, la conservación y el cuidado de la naturaleza. En esto nos parecemos los pueblos indígenas de América.

Los pueblos indígenas de Guatemala tenemos muy viva esta íntima relación con la naturaleza y la usamos todos los días en nuestras familias. Es algo muy importante por su manera de relacionarse con el aspecto preventivo de la salud. Habrá quienes se pregunten por qué las estadísticas son diferentes a lo que yo estoy diciendo, pero éstas se deben a la diferencia entre el maya que se desarrolla libremente y el maya marginado. A pesar de las limitaciones y los indicadores negativos de desarrollo, hay una respuesta que da muchas esperanzas, y es que a pesar de todas las inequidades jurídicas, económicas e incluso geográficas, el Pueblo Maya está todavía desarrollándose.

El tercer principio tal vez tenga especial importancia para esta reunión, se trata del principio que concibe todas las formas de arte, ciencia y religión como un todo integrado. ¿Qué es lo que ha resuelto la cultura occidental con la separación de la ética y la tecnología o la ética y la ciencia, de modo que ya no tienen mucho que ver una con la otra. En la Cultura Maya mantienen una estrecha relación, hay interdependencia entre la ciencia, el arte y la religión. La ciencia en función del arte, el arte en función de la ciencia, la ciencia y el arte en función de la religión y la religión en apoyo a la ciencia y el arte. Este es otro principio que mantiene el Pueblo Maya.

El otro ya lo conocen muy bien, es el maíz. El maíz es un elemento vital y símbolo sagrado de este pueblo. No sólo es alimento, también es sagrado, casi llegamos a compararlo con lo que significa para un católico la consagración y la hostia. Algo que no sólo es un alimento sino lleva un espíritu. Estos son los principios que hasta ahora se han mantenido en la cultura maya.

La salud en la cultura Maya se sustenta en gran parte en las acciones preventivas más que en las curativas. Tiene una fuente de experiencia en la combinación de frío-caliente, ácido-alcalino y tiene también una relación íntima con los ciclos de la luna, el sol y la naturaleza. En esto también nos parecemos todos los pueblos indígenas de América Latina.

Hablando concretamente sobre el voto indígena, éste va a trabajar en apoyo al área de salud preventiva. Si la cultura maya tiene esta riqueza, entonces es mejor financiar proyectos de salud preventiva para que se generalicen y se obtenga un aporte no sólo de los pueblos indígenas sino de todos los proyectos de Guatemala. Tenemos que estar bajo una Constitución que defina el perfil del pueblo maya y el del pueblo no maya. Otro aspecto en el que nos vamos a concentrar es en el financiamiento de todo lo que es la industrialización de la artesanía, los proyectos de capacitación, los proyectos de educación maya y el apoyo a jóvenes para que vayan a la universidad y puedan devolver sus conocimientos y experiencias a su pueblo. También están registradas las áreas de apoyo de organizaciones para rescatar e integrar y dejar escrito todos los estudios de la historia maya, de la filosofía maya, de la técnica maya y de la matemática para que puedan usarla las personas y los niños en las escuelas.

El Fondo Indígena constituye una gran esperanza para apoyar proyectos de educación y salud. Actualmente están funcionando escuelas del área rural con énfasis en la cultura maya, en Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla. La cultura maya se introdujo formalmente en las escuelas elementales y se practica durante un período diario de clases. Todavía no es un 50% como corresponde. Este programa se llama Franja Kaqchikel y es diferente al Programa de Educación Bilingüe, ya que éste se refiere a lograr el dominio de las dos lenguas para poder comunicarse mejor.

Espero que mi mensaje haya complementado lo que ustedes han dicho, creo que nuestra esperanza es que se siga cumpliendo lo que el pueblo maya dice: Que se levanten todos, que se llame a todos, que ni uno, ni dos queden atrás de los demás! Esto es como un principio que indica que todos avancemos juntos. Yo acostumbro agregar a este texto que cuando se dijo que se llame a todos, que se levanten todos, que ni uno, ni dos queden atrás no era para ir a votar, si no para venir a trabajar para que volviera el orden, se recuperara nuestra cultura y costumbres para que todos podamos ayudar a nuestro pueblo.

Toda persona que nace, nace con una estrella. No sabemos si un niño trae la fórmula para resolver las cosas en su comunidad, pero cada uno trae su estrella y no tenemos ningún derecho a impedir que esta estrella se cumpla con la persona que viene al mundo. Les pido permiso para saludarlos en kaqchikel, uno de los idiomas mayas de Guatemala, mensaje que se traduce al español así:

Grandemente agradecemos al Corazón del Cielo, que nos permitió venir desde pueblos lejanos para concentrarnos en esta gran ciudad, ciudad de Xelajúnoy, para que pongamos las verdades sobre la mesa y que podamos ayudarnos a caminar de aquí en adelante en diversos pueblos, y que no vayamos a tropezar, a caer o nos vayamos a perder del Corazón del Cielo, que nos ilumina siempre.

**Dr. Gustavo Hernández**  
**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**

Constantemente escucho hablar sobre el descubrimiento de América, y he escuchado un número casi cabalístico como es los 500 años, se nos habla a cada instante del descubrimiento. Realmente fue el descubrimiento de la existencia geográfica que teníamos, pero la realidad es que el verdadero descubrimiento de América lo estamos realizando actualmente y a pasos acelerados. Se habla también de una conquista de América, y considero que es una acepción errada, porque la verdadera conquista será el día que logremos superar la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. Lo anterior únicamente se logrará aunando voluntades y esfuerzos, no sólo de todos nosotros los actuales pobladores de esta linda tierra maya de Guatemala, sino de las otras regiones de América que nos acompañan el día de hoy.

Quiero decirles que las bases para alcanzar la conquista real, la verdadera conquista en toda su dimensión, se van a obtener a través de consensos que salgan de reuniones como ésta. Para alcanzar entre todos nosotros la conquista del bienestar, debemos hacerlo a través del verdadero descubrimiento de nosotros mismos, es decir la parte interna nuestra. Debo manifestarles que cada uno de los que estamos aquí tiene un papel muy valioso en esa conquista, no importa el cargo, la formación, experiencia o profesión que tengamos, todos tenemos algo en común y ese algo es una conciencia que nos dice que es imprescindible que los pueblos indígenas de Mesoamérica y de otras latitudes tengan uno de los pilares fundamentales en el bienestar del hombre, como lo es la salud.

Por eso me sentí enormemente complacido al recibir la invitación del Dr. Jacobo Finkelman, para compartir con ustedes unos momentos en esta reunión. Soy un servidor público que cree que únicamente aunando esfuerzos y poniendo voluntades conjuntas se logran resultados. Una cosa es hablar de los pueblos indígenas, pero llega el momento de tomar decisiones, de establecer derroteros. Si bien es cierto que se debe pensar en una forma unitaria con sus variantes, también lo es que si tratamos de establecer un sinnúmero de variantes probablemente nos dispersemos o diluyamos. Las sesiones que ustedes tendrán en los próximos días, les van a dar una panorámica de lo que es la realidad de cada uno de los pueblos indígenas de Mesoamérica; con esa sabiduría que les caracteriza, tendrán la capacidad de sentar las bases de los proyectos, para algo tan importante como es la salud.

Hace algunos momentos se hablaba de la importancia que tiene la salud en su aspecto preventivo y el respeto a la medicina tradicional y a la cultura, Guatemala ha incluido en su nuevo modelo de atención estos aspectos tan valiosos del respeto al estilo de vida y la cultura, y el papel que merece la medicina tradicional. En el nuevo modelo de atención, se considera que son las comunidades mismas, todos y cada uno de ustedes, los que van a ser responsables de lo que están pidiendo, de lo que hoy vienen a discutir y a platicar, lo que están pidiendo para todos sus pueblos, para los que son muy jóvenes, para sus hijos, para los que nos ha dado el sol, un tiempo para nuestros nietos. Es salud para todos, como una base firme para lograr el bienestar integral de la persona y la comunidad, no importa de que latitud de las Américas provenga un ser humano que es lo máspreciado que hay sobre la tierra. Por eso, es para mí un gran gusto estar con ustedes y, en nombre del Gobierno de Guatemala que preside el Lic. Ramiro De León Carpio, declarar solemnemente inaugurado este Seminario y desearles los mayores éxitos en el desarrollo del mismo.

## **PRESENTACION DEL TALLER**

**Dra. Lilly de Dubois  
Programa Mujer Salud y Desarrollo de  
OPS, Guatemala**

El propósito de este taller es fortalecer al personal profesional de la OPS y las contrapartes nacionales, para realmente poder apoyar las prioridades y las decisiones que los representantes de las poblaciones indígenas realicen, porque son ellos los que van a decidir lo que se tiene que trabajar en el campo de la salud de los pueblos indígenas, y como decía Mirna en su exposición, las agencias de cooperación y las instituciones del estado para ser facilitadores de ese proceso, tenemos que fortalecernos en ese conocimiento a profundidad: lo que requiere y son prioridades de las poblaciones indígenas.

Los que hemos trabajado mucho dentro del campo de la salud, hemos experimentado el choque cultural entre la Medicina Occidental y la Medicina Tradicional, creo que en estos momentos sería mucho pedir que esto cambie sólo con la buena voluntad, porque apenas estamos iniciado un proceso de comprensión y cambio. Pero si ese proceso sienta las bases de una conversación permanente y el establecimiento de acciones conjuntas podremos llegar a ese objetivo. Tenemos que construir entre todos el camino, no es una ruta ya marcada. Necesitamos que esa pequeña experiencia que vamos a obtener de esta convivencia de experiencias y expectativas, nos ayude a generar las bases del trabajo que vamos a tener que realizar para construir ese camino.

Sabemos que no es fácil cambiar toda una estructura, cambiar líneas de pensamiento y adecuarlas hacia nuevos enfoques y orientaciones. La Medicina Occidental que está acostumbrada a visualizar la salud fragmentariamente, tiene que entrar en un proceso nuevo para ver la salud globalmente, como es la concepción que se maneja por las Naciones Unidas. Cuáles son las dificultades para el cambio? Cuáles los tropiezos para poder implementarlo? Esperamos que este taller, con su carácter subregional y la representatividad de los diferentes países, pueda ser un elemento de enseñanza multiplicador en los demás países, no sólo en cada una de las instituciones, sino también en el de otros grupos mayores de poblaciones indígenas y de organizaciones no gubernamentales, para procurar las transformaciones que sean necesarias.

Esperamos que el mismo les sirva de elemento para poder replicar talleres en sus países o en sus grupos para desarrollar planteamientos en cuanto a la implementación de la iniciativa. Para lograr estos objetivos la metodología propuesta es la modalidad del taller, la cual consideramos es uno de los procesos que puede lograr este intercambio de experiencias y lograr el aprendizaje. Es a través de las experiencias concretas que es posible tener éxito o fracaso, y como vamos a aprender a abrir brecha en los caminos que nos hace falta.

# **MODULO I**

## **MARCO DE REFERENCIA DEL TRABAJO DE LA OPS**

### **Iniciativa de Salud para los pueblos Indígenas de América Latina-SAPIA**

Dra. Sandra Land, Punto Focal Iniciativa, División de Sistemas y Servicios de Salud, OPS, Washington, D.C., USA.

### **Expectativas de los pueblos Indígenas frente a la Iniciativa SAPIA en el marco del Año Internacional de los Pueblos Indígenas**

Lic. Benjamín Son Turnil. Director Ejecutivo de Centro de Desarrollo Rural de Occidente, CEDRO. Quetzaltenango, Guatemala.

## **INICIATIVA DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA-SAPIA**

**Dra. Sandra Land<sup>1</sup>**  
**Punto Focal Iniciativa, División de**  
**Sistemas y Servicios de Salud,**  
**OPS/Washington**

Voy a utilizar información sobre la iniciativa de los pueblos indígenas, expresándola en términos que no sean tanto de la OPS, es necesario que me pregunten si algunos términos que utilizamos en el proceso no se entienden. En OPS tenemos una cultura en la que preparamos documentos y trabajos con términos no siempre conocidos por la población. Yo voy a describir como funciona la OPS para que ustedes entiendan como llegamos a esta iniciativa y lo que vamos a hacer en los próximos meses y años para cimentarla.

Voy a basarme en el documento que todos tienen en su carpeta. Este fue el documento que consideró el Consejo Directivo de la OPS en septiembre del año pasado. Publicamos el documento y lo hemos difundido a los países de la región, pero aparentemente no hemos logrado buena difusión ya que ustedes no lo conocían.

Quiero explicar cómo es la OPS, cómo estamos organizados, cuáles son los cuerpos directivos que mencionamos y cómo se definen las prioridades de nuestra organización. La Organización Panamericana de la Salud es un agente internacional en salud. Empezó a principios de este siglo como un organismo de la Organización de Estados Americanos. Luego, en 1940, le entregaron la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, desde entonces tenemos las dos responsabilidades como Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de la Salud-OMS, en las Naciones Unidas.

La sede de la OPS está en Washington, Estados Unidos, allí mantenemos divisiones y programas para ejecutar las varias políticas de la organización. También tenemos oficinas en la mayoría de países de América Latina. Tenemos también varios centros de índole científica como el de Ixtapa en Centro América y el de Jacabab, que es un centro de recursos humanos.

Los países miembros de la OPS se reúnen cada año en el mes de septiembre en el Consejo Directivo para establecer las prioridades y los programas del año siguiente. En la reunión de septiembre de 1993, el Consejo Directivo, que tiene delegados de todos los países miembros, aprobó la resolución número 5 sobre la salud de los indígenas y creó la iniciativa de que hablamos hoy en día. Este documento que ustedes tienen en su mano, fue presentado al Consejo Directivo para crear la resolución. El proceso ha sido bastante largo, ya que en 1992 el subcomité de clarificación y programación de la Organización, por una petición de Canadá,

---

1

Responsable regional de la Oficina de Washington de impulsar toda la iniciativa SEPIA, así como de la movilización de recursos que ésta recibe para incrementar cada una de las funciones.

determinó que debíamos tener un taller de consulta, el cual decidimos llevar a cabo en Canadá, en abril de 1993.

La planificación de este taller fue hecha por el Comité, por representantes de los gobiernos de Pueblos Indígenas y de la OPS. Solicitamos a cada país que nombrara personas para participar en el taller. Pedimos que cada uno eligiera 5 mujeres y 5 hombres, para poder tener la seguridad de contar con un balance por sexo.

Contamos con la representación de 18 países de América, 68 personas se reunieron en un taller en Winnipeg e hicieron algunas recomendaciones para nosotros, la OPS y otras agencias internacionales. En el Anexo 1 de este mismo documento se encuentra un resumen de dichas recomendaciones. Luego estas recomendaciones se llevaron al Comité Ejecutivo en junio, y después al taller de abril y luego al Consejo Directivo en septiembre de 1993.

Algunos participantes que estuvieron en este taller se encuentran aquí hoy, tales como Leyla Garro y Mirna Cunningham; yo también tuve el privilegio de estar allí. Una recomendación que salió del taller en Winnipeg fue la formación de una comisión de seguimiento, para ello la Sociedad Canadiense de la Salud Internacional está organizando una reunión de seguimiento para julio y agosto.

Se estima que hay 43 millones de personas, que se identifican en tres conjuntos básicos: la población indígena que alcanza 18 millones de personas de Mesoamérica, o sea los países representados en este taller. Luego la población Quechua, llamada del Area Andina, como Bolivia, Perú, Ecuador, Venezuela, Colombia y Chile; entre estos grupos se estiman unos 20 millones de personas. Hay también un tercer conjunto disperso estimado en unos 3 millones de personas en Canadá, Estados Unidos, la Región Amazónica, el Caribe, Argentina, Chile y Paraguay. Chile tiene una población muy dispersa en diferentes áreas geográficas.

Con respecto a Canadá, la información proveniente de registros no diferencia los grupos étnicos y los lingüísticos, sin embargo se puede ver que en el perfil de mortalidad de la población indígena predominan las enfermedades de la pobreza, y la esperanza de vida al nacer para las personas indígenas es 8 años menos que la del país. La situación de pobreza de la población indígena es peor que la del resto de la sociedad, los resultados de un estudio del Banco Mundial en México, Guatemala, Perú y Bolivia, muestran que la mayoría de la población indígena vive en condiciones de extrema pobreza, con falta de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

Tanto en las discusiones del Taller de Winnipeg, como en la resolución de la contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural, se estima que hay más de 400 etnias en la región de las Américas con sus propios valores y prácticas; también se notó la contribución a la diversidad y al equilibrio ecológico, considerando la protección del ambiente. Podemos aprender mucho de las culturas que siempre han considerado cómo mantener un balance ecológico y tener un desarrollo sustentable y su contribución a la salud y la nutrición de la sociedad en base de una cosmovisión que define la salud en un sentido más amplio y de un sistema de salud que contempla tanto la promoción y la protección, como la curación y vegetalización que son palabras que nosotros utilizamos para describir nuestros propósitos en el sistema occidental.

Algunos de los temas que vamos a tratar durante este taller, son de las aspiraciones de los pueblos indígenas: su intuición y forma de vida y la necesidad de fortalecer su propia adversidad. Cuando planificamos este taller tratamos de incluir aspectos importantes para que nosotros en OPS y las contrapartes nacionales podamos aprender más sobre las aspiraciones y expectativas de los indígenas. También vamos a discutir en estos días los valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales para poder entendernos mejor: Cómo creemos?, Cómo pensamos?, Cómo podemos trabajar juntos para crearnos una mejor salud?

Cuando discutimos la situación de los pueblos indígenas y su salud, reconocemos que hay una necesidad urgente de transformar los sistemas nacionales de salud y de fortificar el trabajo en el área local. Por lo tanto, tenemos el compromiso de desarrollar modelos alternativos de atención, en sistemas locales de salud para tratar de atender el déficit tan grande de cobertura en las poblaciones y la falta de acceso a los servicios para la población. Algo también muy importante es la aceptabilidad, porque hay lugares donde hay centros de salud, hay hospitales y todo tipo de servicios, pero la aceptación de esos servicios por la población es muy baja y tenemos que cambiar esos servicios para que la gente los acepte.

En el documento van a encontrar la resolución en las primeras páginas. Las resoluciones de la OPS están construidas con algunas declaraciones al principio y luego algunas directivas a los países miembros y luego a la OPS en sí. En la resolución están los mandatos de los países a los gobiernos miembros:

1. Que promuevan el establecimiento de una comisión técnica con participación de líderes o representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias de desarrollo de actividades de salud y medio ambiente, dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas.
2. Que fortalezcan la capacidad técnica y administrativa ante las instituciones nacionales y locales responsables de la salud indígena.
3. Que pongan en marcha las acciones intersectoriales que correspondan dentro de las estrategias de los sistemas locales de salud, incluyendo la Medicina Tradicional, y que promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud .

Es importante conocer este documento porque los delegados de sus países firmaron esa resolución cuando se reunieron el año pasado y es un compromiso del gobierno para implementar lo que aparece en la resolución.

**EXPECTATIVAS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS  
FRENTE A LA INICIATIVA SAPIA  
EN EL MARCO DEL AÑO INTERNACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

**Lic. Benjamín Son Turnil  
Director Ejecutivo de CEDRO**

En la asociación CEDRO hemos seguido de cerca las diferentes posibilidades que se han dado en cuanto al mejoramiento de los programas de salud de las comunidades indígenas. La iniciativa SAPIA es para nosotros una nueva posibilidad.

CEDRO es una asociación de comunidades rurales que se ha establecido en la comunidad de Totoncapán. Durante varios años las instituciones estatales, privadas, ONGs, etc., han organizado grupos en las comunidades; muchas veces ha sido sin coordinación entre sí y aunque se han creado instituciones de coordinación, de todas maneras no se han logrado coordinar, de manera que tenemos muchos grupos en las comunidades.

Nuestra propuesta fue que esos grupos se unificaran y fueran formados por cualquier institución y se constituyeran en una especie de directiva central en su comunidad, a esa directiva central nosotros le llamamos actualmente Consejo de la Comunidad.

La palabra consejo viene de hace muchos años, de manera que fue una idea fácilmente aceptable por la comunidad, de esta forma se organizaron varios consejos comunales que son los asociados de CEDRO. No somos una asociación de personas individuales, sino una asociación de comunidades, hay alrededor de unos 400 grupos de base asociados en 28 consejos y luego los grupos de una misma clase se han asociado a un subsistema de artesanos, el de agricultores, el de educación, el de infraestructura, el social de personas incapacitadas, el de consumo y el subsistema de salud.

El subsistema de salud está integrado por grupos de salud predominantemente de mujeres, también hay promotores de medicina natural, promotores de salud oral y comadronas; ellos tienen una Asamblea General de salud y año con año eligen o renuevan a su junta directiva central, que está formada por cinco personas de las representaciones de los diferentes grupos, luego estas cinco personas contratan a un director de programa y un equipo de trabajo. Este equipo de trabajo en su totalidad proviene de las comunidades. A veces hemos tenido un asesor de afuera pero ha sido en forma muy esporádica. El subsistema de salud, es uno de ocho que existen en el seno de la asociación CEDRO. La asamblea general elige la junta directiva central de cinco personas, que funciona no solo como directiva central sino como comité de selección de proyectos.

Nuestro trabajo de extensión ya ha permitido la formación de otras 12 asociaciones más. Estas son comunidades que no se han incorporadas a nuestra asociación por el hecho de que nosotros tenemos un enfoque microrregional, de manera que no podemos incorporar a una comunidad que esta muy apartada de nuestra microrregión, pero si ayudamos a esta comunidad a organizar su propia asociación. De esta manera ahora existen de sur a occidente 13 asociaciones, que surgieron a partir de la asociación CEDRO y su programa de salud.

Nuestro programa de salud empezó a raíz de una decisión de asamblea general en una oportunidad en que subió el precio de los combustibles y la comunidad se reunió para ver que podía hacer para aliviar un poco la situación. Luego de las deliberaciones se acordó crear el programa de salud entre otros programas que se habían recomendado también. Por lo tanto la creación de nuestro subsistema de salud es un mandato de una asamblea general de las comunidades asociadas. Se empezó solicitando apoyo a otras instituciones que tenían conocimientos sobre plantas medicinales, y se fueron formando los primeros promotores de medicina natural.

Actualmente tenemos cinco clínicas en las comunidades rurales y una clínica central en donde se procesan los medicamentos. En las comunidades existen huertos donde se cultivan las plantas medicinales de una manera intencionada, ya que en muchos casos la plantas solo se obtienen del bosque y no hay necesidad de cultivarlas. Estas plantas son deshidratadas por medios artesanales, se pulverizan y se ponen en cápsulas o bolsitas plásticas para hacer té.

Dentro del programa de salud también se produce la galleta nutritiva utilizando una fórmula del INCAP. En otras comunidades asociadas hay proyectos para la fabricación de un atol al que hemos llamado atol Utz (en Quiché significa bueno) para tratar a niños desnutridos, también se ha producido un té y pan nutritivo para niños desnutridos. Donde hemos tenido poco éxito es en el pan, porque en Totonicapán hay muchas panaderías y la gente no puede distinguir la diferencia entre el pan que va destinado a recuperar a un niño desnutrido y el pan que se come todos los días, los demás productos van saliendo poco a poco y están siendo utilizados por la población.

Recibimos el asesoramiento de un grupo de El Salvador que había desarrollado una tecnología rural de tratamientos odontológicos, ahora ya tenemos algunos compañeros que tienen alguna capacitación y están sirviendo a la comunidad, esto se señala porque hay algunos criterios que están interviniendo y podría sonarle dudoso a alguno de los presentes, porque podría ser demasiado empirismo y que se empezara a descalificar este tipo de trabajo.

Existen algunas limitantes a las que quisiera hacer referencia; una de ellas es de carácter absoluto y es que el problema de salud en las comunidades, esta condicionado socialmente. Una tendencia de la cosmovisión occidental es la parcelación de los problemas y la tendencia hacia la especialización, a partir de que las profesiones liberales crearon la profesión del médico este vino a ser un especialista, hasta nuestros días hay muchos especialistas, tantos que el paciente tiene que hacer el diagnóstico para poder saber a quien consultar, pero el problema que es evidente es que hay una tendencia a parcelar los problemas. De manera que un programa que trate exclusivamente el problema de salud independiente de los otros problemas, no toca aquella relación entre causa y efecto que tiene esa incidencia en la salud de la población. Por eso, nuestro programa de salud esta vinculado a nuestro programa agrícola, al artesanal, al de consumo, etc. para que en conjunto se realice una acción que tenga mayores posibilidades de aplacar aquella relación de causa y efecto, que no se ataca y sigue el enfoque de la cosmovisión occidental.

La cosmovisión Maya es así globalizante, totalizante de manera de cuando se pone atención a este enfoque se enfrentan muchas dificultades, pero se tienen más posibilidades de atacar la relación de causa y efecto. Si no tenemos acciones paralelas en otros campos de la

vida de la comunidad, es muy probable que una iniciativa de esta importancia no tenga mayor trascendencia en la salud de la población.

Otra limitante es la confusión que existe, hay una tendencia a darle a todo este tipo de prácticas un matiz especial, se le confunde con ceremonias religiosas, hechicería, y con varias cosas, lo que a la larga no favorece los esfuerzos que hace la comunidad para resolver los problemas de salud debido a que una ceremonia puede verse con interés folclórico, antropológico, turístico, etc., pero ya en la práctica posiblemente no exista la creencia en eso, puede ser que se esté confundiendo la situación y se le esté negando a la comunidad el esfuerzo científico al permitir un margen de confusión.

El planteamiento básico de CEDRO señala la cultura de la comunidad como uno de los más valiosos recursos para impulsar su desarrollo, pero hay que saber utilizar la cultura, si la metemos dentro de un interés meramente folclórico y si se confunden las diferentes concepciones que existen, posiblemente no lleguemos a ningún lado.

También puede darse el otro extremo, hay antropólogos que se han identificado tanto con las poblaciones, con los pueblos indígenas que generalizan totalmente sus conclusiones, han visto que dentro de los pueblos indígenas hay un alto sentido de solidaridad, hay un alto sentido de trabajo en grupo, hay un valor muy elevado por la palabra hablada, que hay un sentido de responsabilidad y de honestidad muy grande; luego cuando ven a cualquier indígena piensan que ese cualquiera que sea es el más honrado de todos, el más honesto, él solo dice la verdad, él no nos engaña, en fin este es un error bastante grave, los pueblos indígenas tienen valores muy altos, tienen elementos culturales de mucha riqueza, pero no dejan de parecerse a los demás pueblos y en todos los pueblos hay todo tipo de personas.

En los pueblos indígenas también hay politiqueros que se aprovechan de la organización, también los que dirigen una ONG y dicen que es indígena y con eso tiene apoyo de la cooperación internacional, y al final todo esto se trasluce en un presupuesto de personal para unas cuantas personas que se han ido a la universidad y hacen proyectos. Hay personas que no tienen responsabilidad y dan tratamientos que no sirven, hay curanderos que son muy exigentes y muy efectivos, tienen mucha experiencia, pero hay otros que no encontraron otro trabajo, que tuvieron un fracaso en su comercio, etc... y aunque sea a eso se meten para salir del problema. Entonces ir al otro extremo y creer todo también puede ser un error.

Nosotros creemos que aún con limitaciones una nueva iniciativa pueda representar una nueva esperanza. Hemos visto varias iniciativas, de éstas recuerdo el plan decenal de las Américas que en los años 70 introdujo muy formalmente como una novedad el concepto de la participación de la comunidad, y también otros lemas y otras reuniones de alma, en fin diferentes declaraciones, diferentes documentos que han surgido. Sin embargo, mírennos a nosotros en Totonicapán, en los cantones, en las aldeas, como si no pasara nada seguimos enfrentado nuestros problemas de salud sin el apoyo necesario. Hay instituciones que deberían hacerlo pero no lo hacen, y si lo hacen lo hacen de una manera muy limitada. Cuántos partos atiende el hospital de Totonicapán? y Cuántos partos se dan en Totonicapán? y Quién atiende esos y otros miles de partos que no atiende el hospital? pues los atiende la comunidad entonces seguimos en la misma situación. Esto podría hacernos sentir un poco defraudados y decir bueno, ya viene una nueva iniciativa, pero puede que sea como las demás.

Disculpen que hable con esta honestidad, espero que no les moleste, especialmente a las personas que tienen una responsabilidad en las instituciones, pero se hace con la mejor voluntad y buena atención, y nosotros en CEDRO estamos en la mejor disposición de colaborar con las instituciones para lograr un avance en la solución de los problemas de salud. Si pudiéramos poner nuestras expectativas en una forma escalonada, la primera sería la oportunidad de crear un ambiente más apropiado que favorezca aquellas actividades de salud mayoritarias que están a cargo de las comunidades. La comunidad puede hacer algo, puede atender sus problemas sólo que tiene muchas limitaciones, tiene muchas deficiencias, no ha tenido un avance científico desde hace más de 500 años, se ha deteriorado, y lo que queda es rescatable pero es poco en comparación de lo que había antes. Sin embargo a partir de eso creo que se puede construir, se puede hacer algo nuevo y diferente, en eso tienen muy buena participación los organismos internacionales y los organismos oficiales que están a cargo de dirigir los programas de salud. Otra de nuestras expectativas es crear un ambiente apropiado o por lo menos que no interfiera con lo que hace la comunidad y de allí pasar a lo siguiente. Primero no estorbarlo, no criticarlo sin fundamentos, sino tratar de apoyar un poco lo que la comunidad hace, eso sería una expectativa más lejana, pero siempre una posibilidad.

Nosotros proponemos un proceso de institucionalización de las prácticas de la comunidad. Ya se ha tenido la oportunidad de que el gobierno le dé los fondos a la comunidad para que ejecute sus programas y sea ella la que escoja su personal, imponga sus reglas, y deje plena conciencia de que la comunidad lo está contratando y es la que lo puede despedir, porque sus jefes están ahí. Hay muchos casos en que la enfermera del puesto de salud, simplemente no llega una semana porque su jefe sale de viaje y le ordena que no vaya, lo cual realmente es verdad, y la comunidad no puede hacer absolutamente nada porque el puesto de salud es algo extraño dentro de la comunidad. Por eso una experiencia de este tipo daría la posibilidad de dar un paso más hacia la institucionalización de las prácticas de salud de la comunidad, que aunque tengan problemas y deficiencias existen, y están sacando la tarea con sólo poner el caso de los partos, si todos los partos que ocurren en Totonicapán se les obligara a ir al hospital de Totonicapán, no se sabe que pasaría, o bien obligar a las instituciones de beneficencia a atender a los 25 mil huérfanos de la violencia y no se le hubiera dejado a la comunidad, no se sabe que hubiera pasado, tal vez hubiéramos tenido 25 mil muertos más, pero la comunidad tiene ese trabajo y lo hace.

El primer paso es reconocerla con sus defectos y sus logros de una manera objetiva y segundo paso ayudar a que se institucionalice, sin embargo de una forma no apadrinada como lo hizo UNICEF, que en cierta oportunidad quiso financiar la capacitación de los promotores de salud rural, y en muchos puestos y centros de salud se pusieron rótulos, donde se decía: "se aceptan personas para recibir el curso de promotores rurales de salud y se les va a pagar tanto por día". Así hubo muchos casos. En San Martín Sacatepéquez, había una persona que solicitó una plaza de policía nacional, pero mientras le salía su plaza se ocupó en el curso de promotores de salud y después de terminar su curso le pagaron, luego le salió su plaza de policía y se puso a trabajar como policía; éste es un caso entre muchos.

Una institucionalización no puede ser apadrinada, tiene que haber un concepto diferente. Nosotros le llamamos acompañamiento, no tutelaje sino acompañamiento, o sea lo que hace el secretario de un comité el secretario no habla en la reunión, solamente apunta lo que escucha y cuando termina la sesión él dice ahora me toca a mí, yo voy a leer el acta y si eso pensaron ustedes y están de acuerdo entonces van a firmar el acta.

Este ejemplo nosotros lo hemos seguido mucho en las comunidades, convivir, participar con los problemas de la comunidad y luego si tenemos la tentación de escribir o preguntar decir esto es lo que realmente ustedes han pensado, si es así es válido y si no es así no sirve para nada. El trabajo de acompañamiento se ilustra así aunque de una manera muy simple y muy sencilla ya que es más complejo. Vale la pena señalar que el que hace un trabajo de tutelaje está arriba y el que hace un trabajo de apadrinamiento se coloca arriba y mira la comunidad desde la puerta del centro de salud, el que hace un trabajo de acompañamiento no se pone arriba sino se pone a la par y trabaja a la par de la comunidad, y acepta que la comunidad cometa sus errores y trata de colaborar y ayudar, pero en esa función de secretario del comité.

Esa sería nuestra sugerencia para un proceso de institucionalización, enseguida creo que vendría un proceso de sistematización, o sea que no puede comenzarse con la sistematización si antes no hay ninguna experiencia con la comunidad. Si no se ha tenido esa experiencia la sistematización va a venir siendo la misma historia de siempre: trabajo aislado de la comunidad bien intencionado pero que no sirve para mucho porque ha sido elaborado sin el respaldo de la experiencia. Entonces, primero una etapa de institucionalización donde habrán muchos errores y luego una etapa de sistematización con el objetivo de poder reproducir la experiencia hacia otros lugares.

Hay un problema bastante serio en materia de la participación de la comunidad y al tomar la cultura de la comunidad como un elemento del proceso de desarrollo. El problema reside en el poder de decisión práctico, porque el poder de decisión teórico es un poco más fácil, ese se lo da cualquier congreso a la comunidad. El poder de decisión de la práctica, es un problema serio, porque por más que el personal institucional esté muy bien intencionado y esté con la mejor buena voluntad de colaborar con la comunidad, aún así le cuesta sacar de su cabeza que él es el que sabe y que él es el que tiene que decidir y trasladar el poder de decisión a la comunidad. Este es uno de los principales problemas que se van a presentar; si se quiere hacer algo realmente efectivo tiene que haber poder de decisión en las comunidades.

De la Comisión de Paz del gobierno de Guatemala-COPAZ, me hicieron una presentación de cómo el modelo de la participación de la comunidad de CEDRO y del ejercicio de poder local podía reproducirse en todo el país y que todo eso iba a servir para lograr la paz en Guatemala; luego se empezó a plantear el equipo para toda una estructura de participación de la comunidad. El modelo de CEDRO es bastante sencillo, es una organización de base, una unidad a nivel de la comunidad y luego una unidad a nivel microrregional, una unidad por especialidad y una unidad general, luego su reproducción en otras microrregiones, esto es muy sencillo. El problema es que nosotros utilizamos recursos de la cooperación internacional y nuestros propios recursos, entonces podemos tener poder de decisión, cuando yo escuché toda esa presentación le van a pasar a esa estructura para que tenga poder de decisión?" y luego surgió el problema de que tenía que organizarse otro estado. El asunto del poder de decisión, es la parte más difícil desde el punto de vista institucional. Si no hay poder de decisión, no pueden enfrentarse los problemas nuestros, 32 grupos tienen su consejo formado por más de 70 personas que son sus representantes, tiene un edificio de dos plantas que es la casa, allí trabajan todos los grupos y tienen clínicas, tiene lugar de cocina para que aprendan.

Tiene personas que pueden escribir perfiles de proyectos, otras que manejan las empresas del propio consejo, el consejo tiene su propia empresa para autosostenerse. Las instituciones ya no quieren llegar porque se les escapa de las manos el poder de decisión. La comunidad cuando entra en proceso de negociación con una institución dice: "nosotros podemos escoger al director del proyecto, y podemos proponer a tal persona porque es de nuestra confianza, y podemos modificar este proyecto de acuerdo con los programas que ya tenemos". Hay instituciones que han llegado a las comunidades y luego deciden buscar otra área donde mantener el poder de decisión diciendo: "escojamos aquella porque vamos a poder velar por el nivel técnico del proyecto, por la eficiencia de ese proyecto, etc. Hay muchas maneras de llamar lo que es el poder de decisión.

Apreciaríamos mucho si hubiera ocasión de trabajar con nosotros en CEDRO. No somos de aquellas organizaciones que rechazan la colaboración institucional, todo lo contrario, nosotros consideramos que necesitamos ese apoyo. Nuestro problema es que tenemos una experiencia de ejercicio del poder local, lo cual es difícil que sea aceptado.

Los pueblos indígenas tienen bastante que ofrecer, pero si los invitan a una reunión como ésta, van a terminar diciendo algo que no querían decir. Para recoger la opinión de la comunidad debe haber una presentación y un método diferentes para hacer ese trabajo de acompañamiento y recoger realmente las ideas que tiene la comunidad, con sus aciertos problemas y errores. Hay una riqueza en la participación de la comunidad, es elemento muy importante para poder proyectarnos hacia una nueva época de trabajo.

**Pregunta: ¿A varios niveles, con la participación de los miembros de la comunidad, con las organizaciones políticas nacionales cuál es la relación política de CEDRO?**

Con respecto al marco legal de la organización, CEDRO cuenta con su personería jurídica para actuar dentro de la ley de Guatemala, y aparte existe otra ley de la comunidad, el instrumento llamado Ixcujbuj, expresión Quiché que significa documento fundamental. Dentro de este documento se establecen las estrategias, las políticas, la interpretación de los problemas tal como lo entiende la asociación, y dentro de estas estrategias hay una política de equilibrio. Lo que se explica allí es que hay varias fuerzas en el ambiente en el que estamos trabajando que son poderosas y en medio de ellas surge una muy pequeña, casi no es fuerza, es más que todo una intención. Esta fuerza pequeña no se puede poner a pelear con las fuerzas grandes, tiene que seguir la política del equilibrio, es decir tratar de lograr su propio fortalecimiento, para que cuando sea más grande pase de una política de adaptación a una política de negociación.

En el proceso de trabajo de CEDRO, estamos entrando en este momento a la etapa de la negociación, eso significa que la fuerza ya es importante en el ambiente en donde están las demás fuerzas. Esto nos permite hacer una negociación, no sólo adaptarnos, sino negociar, y la negociación se viene haciendo con las organizaciones del Estado a un nivel bastante alto.

Si no se tiene una relación de carácter institucional no se utiliza la política de los partidos políticos. Han llegado muchas propuestas para que nuestra gente participe en la elección de diputados nuevamente y todas las sugerencias y propuestas que nos han hecho no se han aceptado porque la organización considera que no le son útiles. Algo que se ha promovido en las asociaciones en donde hemos trabajado (a excepción de Totonicapán) es convertir a la

municipalidad en una institución de desarrollo. La base para esto ya se ha logrado en unos 7 municipios.

En San Antonio Ilotenango se hizo la elección de la municipalidad en las asambleas de las comunidades, la votación fue burocrática para adaptarse a la ley del Estado de Guatemala. Ahora esa municipalidad está haciendo el esfuerzo de trabajar a la par de su asociación en un proyecto conjunto de desarrollo.

CEDRO todavía no es una organización autosuficiente. Sin embargo, debido a que llama mucho la atención, hemos tenido la maravillosa experiencia de que en lugar de ir a buscar instituciones de la cooperación internacional, han llegado a nosotros a hacernos sugerencias para trabajar en forma conjunta. Eso ha hecho crecer la organización y todavía hay una buena parte de los programas que depende de financiamientos externos, pero una parte importante del financiamiento que soporta el trabajo de CEDRO está encomendada al Banco Popular; el banco es nuestro sistema financiero. Esto es básico porque hace operaciones con cualquier banco, incluso podemos pagar tasas de intereses a las cuentas de ahorro, otorgando un punto más que cualquier banco de aquí de Quetzaltenango.

Empezamos con la creación de un fondo revolvente obtenido a través de cooperación externa. Este fondo entra al fondo de proyectos y pasa a ser una aportación al subsistema al cual pertenecen artesanos, agricultores, etc., porque ha venido a nombre de ellos como parte de los términos del convenio con la institución cooperante. De este fondo tratamos de mantener un 80% y gastar el 20%; el 80% que tratamos de conservar entra en segundo período como una aportación a un banco privado. Eso ya genera utilidades y nos permite hacer operaciones y pedir la colaboración de personas que tienen necesidad de un financiamiento, de manera que funciona como un fondo de respaldo. El fondo que se otorga a las comunidades está por debajo de las tasas comerciales, pero hay otro fondo que está en calidad de inversiones; está a una tasa tres veces mayor y se le da a los grupos. Entonces se compensan mutuamente y se generan utilidades. Esa es una de las principales fuentes de financiamiento de la asociación.

Tenemos una política de creación de empresas, entre ellas está TOTOFRUTAS, jugos y néctares de manzana y de piña. Esta empresa es de cinco comunidades y recibió un crédito de CEDRO, al momento que estaba por crecer otro poco ya no se les dio crédito, sino se les dio una inversión. CEDRO invierte dentro de esa empresa que creó dentro de la comunidad porque CEDRO es la comunidad, sólo que no se va a pasar del 30% de la inversión de CEDRO en cualquier empresa que haya creado.

Ahora estamos por empezar a construir la fábrica de jabón de las mujeres, anteriormente las mujeres hacían el jabón negro a mano, ahora lo van hacer a máquina, pero son las mismas mujeres las que van hacer el jabón. Esperamos tenerla funcionando en noviembre, con ella vamos a seguir el mismo procedimiento, se financia el proyecto y cuando se fortalece, nos permite hacer una inversión de la institución dentro de esa empresa.

Me han preguntado si este modelo podría replicarse y considero que las posibilidades se ven limitadas a las propias características culturales de la región en donde se quiera replicar. Hemos hechos varios intentos; hay lugares donde sí se puede realizar este tipo de trabajo y otros donde es muy difícil. Consideramos que el elemento esencial es la cultura de la

comunidad. Totonicapán es un pueblo maya quiché de los más antiguos que hay, es un pueblo cuyo 98% de la población es maya quiché.

CEDRO es un organización muy nueva pero hay otras organizaciones muy viejas y con mucho prestigio. Las organizaciones que han mantenido el segundo bosque que hay en el país son las parcialidades, en un tipo de propiedad comunal que no tiene una lista de propietarios individuales, sino un tipo especial de propiedad que no está en los manuales de economía política. Es un tipo de propiedad que ha logrado mantener un bosque energético, según nuestro diagnóstico es el segundo bosque en el país a pesar de que Totonicapán crece al 3% anual y es una región con una población de más de 400 hab x km<sup>2</sup>. Sólo la capital nos gana, si hay un elemento cultural que pueda facilitar este trabajo de grupo, creo que si es replicable porque todo está impregnado de la cultura.

En el Banco Popular tenemos una tasa de recuperación de los créditos, desde el año 88 para acá, de 98%. Le hemos dado crédito a las personas que no tienen propiedades, no hemos embargado propiedades, el sistema de apoyo mutuo es el que le da crédito a la comunidad no al grupo ni a la persona individual, sino que se le da a la comunidad. Esa es una cuestión de la cultura que favorece un sistema financiero bastante moderno.

Cuando decimos que no debe estorbarse a la comunidad nos referimos a casos como el de los partos. Los partos que atiende el hospital son muy pocos y los que atiende la comunidad constituyen la gran mayoría; pero, qué dice el hospital respecto a esa atención que da la comunidad? la critica, la desprestigia, la tiene en el nivel más bajo de su opinión. Con eso lo que se logra es que una institución que viene con buenos propósitos, encuentra un ambiente inapropiado y dice esos son muy empíricos, no tienen capacitación y no trata de entender las circunstancias locales. Eso no favorece el apoyo para un sistema que ha atendido por años los problemas de salud de la comunidad, todo lo contrario se le ataca, por eso decimos que una buena ayuda es no estorbar.

Si se logra desarrollar un mejor sistema y después lo podemos copiar, está bien, pero no ha sido posible hasta ahora porque los hospitales, los centros de salud, el sistema de salud en general ha sido diseñado para las ciudades y poblaciones urbanas. Esto no es culpa de la OPS, ni del Ministerio de Salud; eso vino con los españoles quienes pusieron los servicios para su gente y así se fueron creando todos los demás.

Algo que nos han cuestionado es si hemos tenido algún tipo de seguimiento o registro del crecimiento de la evolución de nuestras ideas. A este respecto, nosotros estamos saliendo de una situación que nos limitó bastante. Surgimos en Guatemala en el período de los gobiernos militares. Dentro de nuestro documento fundamental hay un principio que establece que no debe haber publicidad en los primeros años. A mí me prohibieron hablar de esto en reuniones como ésta, me invitaban para mesas redondas, pero no podía asistir porque era necesario permitir que se desarrollara la experiencia y que tuviera una imagen que no infundiera temor u otro tipo de sentimientos. Entonces ya podríamos abrirnos un poco más. Ahora estamos justamente en esta posición abriéndonos poco a poco aunque el documento fundamental nos señala que no tenemos que hacer publicidad. Estamos compartiendo esto ahora, porque ya no hay mayores causas para ocultarlo. En cuanto a escribirlo y sistematizarlo, nuestro problema ha sido el tiempo. Solamente tenemos el Libro de la Salud que esta escrito en Quiché y es

producto de trabajo de un equipo de nuestro programa de salud, no es un proceso solamente, es un diagnóstico sobre el problema de salud y sobre las comunidades.

**Pregunta: ¿Estarían ustedes dispuestos a colaborar y acompañar a otras organizaciones indígenas a otros pueblos?**

Nosotros tenemos una experiencia bastante positiva en cuanto al traslado de esta experiencia. Cuando estábamos en una de nuestras etapas más productivas de trabajo, se acercó a nosotros una de las comunidades de San Martín solicitando que los apoyáramos. Estaba trabajando allí la universidad, tenía estudiantes haciendo su práctica y pensé que los estudiantes nos podían ayudar; sin embargo, los resultados no se lograron, fue muy difícil pero las comunidades insistían, terminó el período de práctica y no hubo mayor resultado, se tenía que seguir atendiendo a la comunidad.

La ocurrencia fue mandar un campesino que era marimbista y se conocía todas las costumbres de la comunidad, aunque no podía hablar español ni podía hablar el Mam, pero de campesino a campesino a los 3 meses ya teníamos 11 comunidades organizadas, y tuvimos la oportunidad de trasladar bastante de nuestra experiencia. Creo que esa es una experiencia muy particular.

A los técnicos les gustaría dar conferencias y ya lo hemos hecho. Hay gente de nuestro personal que ha ido a otros lados a participar, en agosto el gerente de nuestro banco va a estar en Panamá, incluso en el FIS para trabajar una semana con los participantes de este curso. Sin embargo, esto es relativo porque se da una conferencia o una plática y algo queda, pero en realidad de donde se traslada la experiencia es de un nivel a otro similar. Pasar a otros niveles, es un poco más complicado, más difícil ideológica y económicamente; sin embargo, para completar las sugerencias, la OPS, por ejemplo, lo hace a nivel de técnicos, de expertos y de profesionales que seguiríamos a un mismo nivel y logramos algunos resultados, tal vez más caros. Si se lograra implementar contacto de la base a la base, eso sería más significativo porque parece que hay muchos más elementos de comunicación entre un campesino de aquí de Guatemala, otro de Nicaragua y Panamá; parece que pueden entenderse mejor, aunque no hablen el idioma o lengua del lugar.

Nuestros compañeros de la base, no van a poder dar una explicación técnica, no van a poder hacer una representación técnica de su experiencia, sólo van a poder comunicarse con el campesino y tal vez hacer la lucha de estar en un seminario, pero siempre su participación va a estar en estas condiciones, porque normalmente ellos no tienen una preparación académica como para adaptarse a otro tipo de ambiente.

## **COMENTARIOS**

1. Quiero enfatizar algo muy importante que mencionó el Sr. Benjamín, en relación a las coberturas de salud, en realidad el Ministerio de Salud tiene aproximadamente 1,040 instituciones estatales a nivel nacional, sin embargo la población en general recibe aproximadamente el 25% de esta atención. Especificando un poco más con el ejemplo del parto, se dice que a nivel nacional la atención por comadronas está alrededor de un 70%, esto quiere decir que es una realidad y hasta ahora el Ministerio de Salud está viendo la necesidad que hay que tomar esta estrategia. ¿De qué manera podemos

nosotros aportar el mejor camino a seguir? ¿Cómo podemos lograr que la cobertura llegue a la gente que realmente la necesita? Aparte de esto, el problema que ha existido dentro del pueblo es que trabajamos muy sectorizados, a veces se duplican esfuerzos para un mismo objetivo y eso hace que no se logre conseguir lo que se pretende, es una realidad lo expuesto.

2. Creo que, efectivamente, lo que queremos cuando hablamos de autodeterminación de los pueblos indígenas es el traslado del poder de decisión a las comunidades. Nosotros tenemos mucho interés en la parte de la creación del banco y la empresarial. En ambas áreas podríamos desarrollar algunos intercambios de experiencias para poder fortalecer los modelos de autonomía o autogobierno que cada uno viene impulsando de distintas maneras en sus países. No puede haber autonomía si no hay poder económico y se puede ir construyendo en base de experiencias.
3. Le está poniendo mucha atención a la cuestión del poder, ha tocado el tema de una manera sensible, por otra parte en todos nuestros pueblos indígenas estamos pensando en el desarrollo, pero a través de una asistencia horizontal, siempre han habido problemas con esas asistencias verticales que en lugar de ayudar llegan a estorbarnos.
4. Hace 30 años me tocó en Nicaragua conocer una experiencia similar, acertada a las mismas bases. Una alianza de misquitos para ayudar a los misquitos, infelizmente se vio abruptamente abortada por situaciones de represión del régimen militar que prevalecía en Nicaragua. Traigo esto a colación porque me parece tremendamente importante esa relación horizontal, pero más que por reciprocidad, por el entendimiento de la importancia que tienen la cultura y los valores culturales. Yo creo que ésa es la condición indispensable para poder realmente impulsar el proyecto. Si no estamos comprendiendo la cultura de un pueblo al cual queremos facilitarles su ayuda, difícilmente podremos hacerlo trayendo consultores internacionales "expertos", porque realmente no van a poder comunicarse, quizá van a poder hablar, van a ser oídos, pero no van a ser escuchados. Cuando la comunidad se reúne y le dice que usted tiene que pagar porque está comprometiendo el prestigio de todas esas comunidades, ese mecanismo cultural de conversión contra una persona que ha hablado mal no puede subsanarse, o no puede ser reemplazado con un mecanismo simplemente bancario, como hacemos en la tradicional cultura occidental.

Me parece que lo que usted ha dicho, sintetiza muy bien la importancia de lo que son los patrones culturales. También mi felicitación va en el carril, pues es la primera vez que veo una ONG indígena que está de cara al futuro y a los mecanismos modernos del financiamiento. He visto muchas experiencias y nos sentimos tentados a ver mucho al indígena, como el mundo de lo idílico donde no hay conflicto, no hay diferencias, donde todo ve al retorno al primitivismo como meta del indígena, el retorno a las condiciones primitivas de vida que significa condiciones sin saneamiento e higiene, etc.

Ustedes han tenido el tino y la certeza de poder vincularse con los mecanismos de poder del financiamiento y han podido traducirlos a un valor cultural de acuerdo al pueblo con el que están trabajando.

**Miguel Chan Juárez**

**Coordinador del programa Educación en Salud y Medicina Maya, Centro Cultural y de Asistencia Maya. Chichicastenango, Guatemala**

El 70% de los partos son atendidos por comadrona según el informe de desarrollo humano elaborado por el Banco Mundial en 1993. Se hace la prospección de lo que va a suceder con los servicios de salud, y uno de los problemas que allí se plantean es que los servicios son muy costosos. Uno de los mecanismos sugeridos para reducir costos es justamente que las comunidades mejoren su capacidad de gestión de la atención de los servicios de salud.

La iniciativa de los organismos internacionales no es algo que sale espontáneamente, hay una serie de condicionamientos y de intencionalidades; en los planteamientos hay un modelo de salud hegemónico que es un modelo occidental, lo que entiendo como limitantes de estas iniciativas.

En otro caso, plantearía en vez del mecanismo de utilización desde una propuesta general como la de los organismos internacionales, plantear algunas cosas que sirvan a las organizaciones indígenas. Es un elemento de carácter macro en el análisis porque la propuesta de autonomía que pasa a plantearse multinacionalidades, multiétnicas en los países rompe de alguna manera la propuesta hegemónica occidental, que es la propuesta del Estado, como está planteado ahora. Allí está el debate de todo lo que es la propuesta para la participación de las comunidades indígenas en los servicios de salud.

**Horacio Martínez**

**Presidente de la Organización Fraternal Negra Hondureña**

Las etnias representadas en diferentes países de América Latina coinciden en el regreso a nuestras raíces, el respeto a la cultura, el apoyo a la iniciativa local, la autogestión de nuestros pueblos y el respeto a las iniciativas de las comunidades. Las decisiones del pueblo son primero y las organizaciones actúan como facilitadoras de ese proceso. Ayudaría mucho tomar en cuenta esas decisiones.

**¿Los indígenas que han sido instruidos porque han aprendido hablar muy bien el español, han incursionado en la política y los partidos políticos y los han agarrado como quien dice vos sos el hombre, vos debes ser el candidato a diputado de tu comunidad, y de repente sin el acuerdo de la comunidad, sin consultar, él acepta esa propuesta?**

Algunas cosas van a chocar con la propuesta del lado occidental que precisamente es el lenguaje del Estado o nación en donde nosotros vivimos, pero creo que se debería profundizar la promoción y la exigencia del convenio 169, que rompe de alguna manera con la observación que hace aquí el compañero. Porque nosotros más que pueblos vistos como si fuéramos microbios, somos naciones dentro de nuestras mismas naciones porque somos países pluriculturales. Aquí en Guatemala también hay garífunas, están en Livingston, Puerto Barrios y ojalá en las próximas reuniones los incluyan a ellos. Hago el llamado a las organizaciones indígenas que están acá que colaboren con los garífunas de Puerto Barrios, se organicen

también para que participen en este proceso de autodeterminación de estos pueblos culturalmente diferenciados.

**Pregunta: ¿Qué papel juegan los ancianos en ese entorno de actividades que han planteado? ¿Qué papel juegan los profesionales educados en los colegios y en las universidades en el trabajo que CEDRO esta haciendo?**

**Respuesta:** Dentro de la cultura maya quiché, los ancianos ocupan un papel bastante relevante y se les considera como un símbolo de los conocimientos y la experiencia. De manera que cuando se trata de tomar una decisión en el seno de una comunidad, se va a tomar en consideración la opinión de los ancianos a veces de una manera directa o indirecta. Es decir que lo pueden tener en la asamblea, pero se les consulta después para llegar a tomar una decisión que es de trascendencia.

Esto se mantiene en las comunidades asociadas a CEDRO, nosotros hemos tenido un objetivo de incorporar los trabajos de los ancianos a la organización, y se ha creado el consejo de ancianos que es como un cuerpo asesor de la organización. Sin embargo, tal como ha ido la evolución de la organización ya no le permite a los ancianos tener dominio muy grande sobre ese tipo de problemas, y vienen siendo los dirigentes un poco más jóvenes los que tienen un mayor protagonismo dentro de la organización CEDRO, eso puede ser que esté contra nuestros principios culturales, pero es la realidad y no tengo porque adornar la realidad.

Nuestro consejo de ancianos tiene un papel bastante simbólico, en la práctica los problemas son de tal naturaleza que son los dirigentes más jóvenes quienes están asumiendo la responsabilidad; porque tienen que decidir en una serie de funciones administrativas. En la práctica eso es lo que se está dando, el consejo de ancianos se reúne y se le respeta, pero no se le consulta dentro de CEDRO para que nos dé una opinión porque no han tenido la oportunidad de informarse suficientemente sobre los problemas modernos. No queremos hacerlos a un lado de ninguna manera por eso está organizado este consejo, sin embargo en la práctica, son los dirigentes jóvenes los que están asumiendo las responsabilidades.

Los integrantes de la junta directiva de la asociación promedian entre 40 y 50 años. Ellos se reúnen todos los miércoles de 8:00 a.m. a 18:00 p.m., y tratan problema, tras problema, aprueban proyectos, estudian solicitudes, reciben a las comunidades para las audiencias, etc. Este es un trabajo muy pesado para los ancianos, de manera que no pueden participar mucho.

A los profesionales preferimos ubicarlos en el plano del acompañamiento. Cuando es posible, nuestra idea es hacer convenios de asistencia técnica con instituciones para que nosotros no tengamos que contratar profesionales. En muchos casos es así, tenemos asesores de instituciones a las que hemos pedido este apoyo. En algunos casos, es necesario contratar un Auditor el tiempo completo porque los apoyos externos requieren de un control que es llevado de un modo que nuestros contadores no dominan, por eso se tiene que contratar un profesional.

El papel del profesional es de acompañamiento técnico, de modo que no tenemos un profesional dirigiendo un departamento o un programa. El ingeniero agrónomo no dirige su programa agrícola sino que lo dirige un agricultor; nuestro programa de salud no lo dirige un médico de la universidad, lo dirige Don Santos Rodrigo que es nuestro médico, pero no tiene

diploma de la universidad, lo está haciendo porque es propuesto por la comunidad. De esa manera, se ubican los profesionales.

Ahora tenemos un poco de dificultad con los profesionales indígenas, no es un asunto generalizado, pero hemos tenido varios casos en que les cuesta regresar a tener un mejor concepto de su comunidad. Eso se debe a un proceso social de apasionamiento que han pasado en la universidad y no se les culpa sino que tratamos de ayudarlos. En una comunidad de Paxtocaj se formó la asociación de profesionales universitarios y presentaron un proyecto a CEDRO; se les dijo no trae el aval del consejo de la comunidad, ellos se escandalizaron y dijeron; "¿cómo le vamos a pedir permiso a unos señores que apenas saben leer y escribir para un proyecto de profesionales? Eso no nos cabe en la cabeza; entonces para que estudiamos, para que nos sacrificamos si vamos que tener que ir a consultarle a ellos." Nosotros les dijimos que tenía que ser así porque no pasaba ningún proyecto que no fuera aprobado por el consejo, y no se hizo el proyecto sin ir a solicitar la autorización del consejo.

Nosotros estamos en la disposición de compartir nuestras experiencias; hemos tenido relación con otras organizaciones y hemos visto que hay personas entre nosotras que se han destacado dentro de la organización y dentro de otras organizaciones, y después se han incorporado al sistema dominante. Nuestra experiencia del sistema dominante es que tiene una gran capacidad de absorción, de manera que cuando el mejor dirigente indígena llega a ser diputado, es una gran esperanza para nosotros que no vaya a ser un gran fracaso, porque el sistema lo absorbe inmediatamente. Sabemos que es difícil, que es conveniente tener a personas colocadas en puestos y lugares en donde nos podrían ayudar mucho, pero conocemos la gran capacidad de absorción del sistema, pues luego nos encontramos con ellos y ya son diferentes.

## COMENTARIO

Felicito a su organización, porque pienso que nosotros no debemos de esperar que nos traigan el pescado a comer, sino que ir a pescar. Nuestra organización también tiene el mismo fin, nosotros creemos en la autodeterminación de nuestra gente, lo hecho por ellos mismos, no mandado hacer por otra persona. En el área donde estamos trabajando también tenemos microempresas manejadas por ellos mismos, nosotros servimos como orientadores, pero posteriormente ellos son los que deciden lo que van hacer y así se sienten partícipes en el desarrollo de su propia comunidad.

Hay otras organizaciones que tienen logros muy importantes, y tenemos siempre en la conciencia una especie de sentimiento universal a todo lo largo del continente. Tal parece como que siempre se dan ciertas tendencias dentro de nuestros pueblos, sólo que en diferentes formas de expresión, pero estamos y vivimos tratando de ir avanzando en la solución de nuestros problemas y reconocemos que en todos lados hay experiencias valiosas de las cuales nosotros podemos aprender y compartir. CEDRO fue una de las organizaciones que más interesada estuvo en la ratificación del convenio 169, nosotros invertimos dinero, personal, hicimos una serie de gestiones, sin embargo no se pudo lograr la ratificación debido a razones que no se pueden explicar. Nosotros invertimos dinero precisamente porque sabíamos que nos iba a beneficiar, lamentablemente hay muchas organizaciones que apoyan el convenio 169 pero si se ratificara hoy o mañana no sabrían que hacer con él.

Hay necesidad de estructurar los esquemas de trabajo para poder utilizar las diferentes posibilidades. Si la OPS tiene una posibilidad en apertura de apoyar en cobertura a los pueblos indígenas es necesario que se haga a través de una estructura apropiada. Hay muchas organizaciones de todo tipo que no tienen la experiencia o la estructura que facilite el acceso al control de los proyectos. Para mejorar la salud entre los pueblos indígenas, la OPS tiene que tener un objetivo de organización, un objetivo de capacitación de dirigentes, no necesariamente de salud. Después podrían venir los programas de salud.

**RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MODULO I**  
**MARCO DE REFERENCIA DEL TRABAJO DE LA OPS**

**Duración:** tres horas

**Temas desarrollados:** Presentación de antecedentes, revisión y discusión de la iniciativa SAPIA.

**Resultado**

Los representantes de OPS y contrapartes nacionales destacaron fortalezas, oportunidades, debilidades y limitaciones acerca de la implementación de la iniciativa SAPIA. Los representantes de los Pueblos Indígenas conocieron y ampliaron los elementos fundamentales de la iniciativa SAPIA.

**Modalidad de trabajo**

Dos exposiciones del personal de la OPS, se profundizó en los planteamientos de la resolución SAPIA, gestada en Winnipeg, Canadá. Discusión, comentarios e intercambio de ideas en torno a las exposiciones. Se utilizó la Guía de trabajo No 1. Exposición de representante indígena sobre expectativas de los pueblos indígenas. Registro grabado de intervenciones.

**Bibliografía de referencia**

Iniciativa Sapia

Documento Oficial de Winnipeg, Canadá.

Agencia Latinoamericana de Información  
1993

**Declaración II Cumbre Indígena Declaración de Oaxtepec.** Morelos, México.

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.



## **MODULO II**

**CONDICIONANTES EN LA IMPLEMENTACION DE LA INICITAIVA SAPIA EN  
CADA PAIS. ACTORES INVOLUCRADOS Y ENFOQUES DE LA  
COOPERACION**

**Aspectos históricos, económicos y socio-culturales de los pueblos indígenas y su  
impacto en la salud**

**Baltazar Rodríguez S.  
Vicepresidente de la Asistencia de la Academia de Lenguas Mayas.**



## **ASPECTOS HISTÓRICOS, ECONÓMICOS Y SOCIO-CULTURALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD**

**Baltazar Rodríguez S.**

**Vicepresidente de la Asistencia de la Academia de Lenguas Mayas**

Siendo éste un país pluricultural y multilingüe, donde coexisten 4 pueblos, el pueblo Maya, el pueblo no indígena, mestizos o ladinos, el garífuna y el xinca en su orden de prioridad, históricamente, el pueblo Maya ha sufrido la discriminación, la explotación, el etnocidio, y el ecocidio, mediante políticas de segregación, asimilación e integración afectando el sistema político, económico, social y cultural del pueblo Maya. Proceso iniciado desde la conquista y de la invasión de la cultura española hasta nuestros días, con un idioma oficial impuesto, el castellano, y un sistema de educación nacional no acorde con la cosmovisión milenaria del pueblo Maya. Sin embargo, este pueblo ha sabido sobrevivir ante los procesos de aculturación y sigue forjando su historia y su cultura iniciadas desde hace más de cinco mil años a.C. Los mayas actuales estamos convencidos que nuestra cultura debe trasladarse a las nuevas generaciones con una misión bien clara de autodesarrollo, y una visión de perpetuidad a través de la coexistencia pacífica de otros pueblos.

En cuanto a los aspectos económicos, como parte del proceso histórico de Guatemala, el pueblo Maya se encuentra afrontando una situación económica de sobrevivencia y extrema pobreza, cuya economía es predominantemente agrícola. El sistema económico actual, ha desplazado los principios donde el valor de las relaciones de producción esta ordenado en función del sujeto y no de los medios. La mística del maya persigue como producto final el beneficio familiar, colectivo e individual, en última instancia; práctica que permite un desarrollo espiral concatenado dentro de la comunidad. La participación del pueblo maya como fuerza laboral en el desarrollo de este país, por ser el mayoritario y por ser la mayoría del área rural y en condiciones de extrema pobreza, es alta. La niñez se incorpora a temprana edad a la población económicamente activa, provocando el alto índice de analfabetismo que vive el país.

El desarrollo integral real se debe fundamentar en la administración por compromiso, dentro del marco de la cosmovisión del pueblo maya a través de la industrialización del área rural, cuya localización estará orientada al aprovechamiento de materias primas y mano de obra de cada comunidad lingüística, con programas específicos que no vulneren el ecosistema maya. En cuanto al aspecto social, la problemática social nacional se particulariza afectando sobre todo al pueblo maya. Al sufrir una desvalorización de su organización de ancianos y organizaciones comunitarias y familiares, se provoca la desintegración de la familia como institución social encargada de transmitir los valores éticos y morales. La incipiente descentralización estatal, no ha alcanzado satisfacer las necesidades de servicios públicos que demandan las áreas rurales para su incorporación al desarrollo social, esto es evidenciado por el déficit de servicios de salud, educación, comunicación e infraestructura física.

La concentración de las fuentes de trabajo en algunas áreas urbanas ha favorecido la emigración de la juventud maya a estos centros urbanos, perdiendo en gran parte su identidad. En algunos casos, se queda anulado el principio de educar a los hijos de acuerdo con la cultura, en casi todos se pierde el idioma como elemento de cohesión familiar. En cuanto a los aspectos

culturales, la identidad del pueblo maya se entiende como la manera de identificarse a sí mismo el conjunto de rasgos comunes que le permiten desarrollar normas de convivencia entre sus miembros y sus formas de relaciones con la naturaleza, crear valores, conceptos, instituciones y prácticas que lo diferencian de otros pueblos.

Esta identidad se pone de manifiesto en los idiomas, normas de vida, espiritualidad, vestuario, base alimentaria y medicina maya. El medio idóneo para transmitir la cultura es el idioma, y la mujer como madre, es la fuente primaria de esta cultura. El pueblo maya guatemalteco está conformado por veintiún comunidades lingüísticas: Achí, Acateco, Aguacateco, Chortí, Chuj, Itza, Ixil, Jacalteco, Kakchiquel, Kiché, Mam, Mopan, Pocomam, Pocomchí, Amjobal, Kekchí, Sacapulteco, Sipacapense, Tectiteco, Tzutuhil y Uspanteco, ubicados en el altiplano de la República de Guatemala.

En cuanto a impactos en materia de cultura y salud, la práctica de la cultura occidental ha provocado el desplazamiento de la medicina maya y las prácticas relativas a la cultura maya, cuyo principio fundamental es el respeto a la vida, y como tal se procrean, se crían, se educan y se ayudan a los hijos de tal manera que sean útiles a la comunidad. La salud reproductiva está orientada a la paternidad responsable; la salud mental está orientada por ancianos de la comunidad, aplicando los principios del calendario maya, a través del bioritmo. La medicina maya y su práctica esta vinculada a la cosmovisión del pueblo maya en estrecha relación del hombre con la naturaleza, bajo el principio que el hombre proviene del maíz, el maíz de la tierra, y por ende, en los productos de la tierra está la curación de la enfermedad. Los elementos de la naturaleza no cambian, solamente se transforman para su utilidad en sus diferentes fases y etapas.

Hecho el marco referencial, veremos un esquema muy sencillo: Cómo está el impacto ahora? Tomando en cuenta, que la cultura dominante vulnera a las otras culturas al imponerse sobre ellas. En materia de salud, es evidente que el pueblo maya, tiene sus mismas formas de medicina, con las tecnologías o formas que se han trasladado de generación en generación, ya que escrito no hay mucho, y si lo hay, a veces está desfasado. Pero, los acá presentes debemos tener claro que si queremos causar un impacto a nivel de nuestros pueblos, debe ser en función de la cultura, comparar las otras culturas, que una cultura le sirva de apoyo a la otra cultura, solamente así se pueden alcanzar objetivos específicos.

Para ese entonces, tendríamos que ver lo que es un enfoque sistémico, donde nosotros vamos a aprender quiénes somos. Hasta hoy la OPS/OMS está trabajando con insumos, básicamente población (niños, niñas, hombres y mujeres). Los otros insumos que se tienen son los fines, qué es lo que persigue un programa de salud; sus propósitos, objetivos y metas.

Estos serían inicialmente los insumos. Según los técnicos, esto no es suficiente, hace falta más políticas, más estrategias. Y si queremos irnos más particularmente, los procedimientos. Toda esta gama de enfoques es suficiente, pero se ha olvidado algo: El hombre en relación a su medio, su identidad. Y esto no es más que la cultura. Desarrollar al hombre dentro de su propia cultura. Si vemos la medicina maya, no es curativa, es altamente preventiva. Claro que sufre algunas distorsiones en el camino, pero son productos de las otras culturas que van vulnerando nuestra cultura. Al tener la primera parte de este sistema, lo vamos a aplicar, ahí es donde viene el sistema. Todos estos son los insumos, ahora hay que meterlos

en un sistema, en donde se va a dar la planificación del quehacer para alcanzar todo lo que hemos previsto; o sea la organización.

Algunos se olvidan de algo que es fundamental: la integración. La integración no es como nos enseñan en el proceso administrativo que es ensamblar lo estático y lo dinámico, aunque tiene cierta verdad, integrar quiere decir convencer. ¿Con qué método? Bajo la trilogía convicción, misión, visión. Los estrategas del INCAE sólo llegan hasta aquí, misión, visión, objetivos y métodos. Pero acá estamos agregando algo más: la convicción al integrar al individuo dentro de los aspectos de salud, dentro de su cultura. Lo que ellos tienen, allí se queda, hay que mejorarlo; lo bueno que tiene la otra cultura, hay que incorporarlo, pero como sistemas paralelos. Si hablamos de integrar, lo que hay que integrar son los esfuerzos de las organizaciones; hay que intensificarlos, pero de acuerdo con sus políticas y estrategias, y vaciarse dentro de su grupo objetivo. Integrar al individuo, pero que esté convencido.

Hoy lo hacemos a la inversa, primero queremos convencer a los Ixiles que acepten un sistema de planificación familiar ¿no es cierto?. Cuando es la organización la que genera las políticas, ella es quien tiene que estar convencida de que lo que va a hacer va a causar un buen impacto y no va a desequilibrar la naturaleza misma de una sociedad o de una comunidad. Hay que estar convencidos para cumplir una misión. Sin embargo, quizá sólo esto no sea suficiente. Aún nos hacen falta otras cosas. Como dicen los mercadólogos: ideas; viene otra, el deseo de realizar esa idea. Muchos se quedan solamente con ese deseo. Pero, si deseamos, tenemos que aplicar la voluntad. Quiero hacer. ¿Es suficiente? No. Viene la acción. Y aún hay más. Los que manejan proverbios dirían: hay que perseverar. El que persevera alcanza.

Y si metemos un sistema dentro de este sistema diríamos, ya convencimos, tuvimos la idea en función de nuestros insumos y llegamos. Entonces, allí nos quedamos a dirigir el cuarto paso del proceso administrativo. Vamos a dirigir, previo a que esté aceptado todo el asunto. Una vez que este paso ha sido dado, nos queda el control. Controlar esa acción. Vamos a medir si no hemos vulnerado el ecosistema y la cultura del otro pueblo. ¿Qué vamos a tener al final? Vienen nuestros Productos o resultados. ¿Qué queremos? Probablemente incrementar el nivel de vida, esperanza de vida.

Allí viene otra cuestión. Vamos a tener niños sanos, sanos para qué? Para que sean productivos. Este es un ruego que estamos haciendo ahora que tomen en cuenta los pueblos indígenas, porque nos quieren educar como quien dice dentro de nuestro nido, en materia de salud y eso es bueno. Diagnostiquemos que es lo que hay allí ahorita, reforcémoslo, mejorémoslo, y veamos como la medicina con toda su tecnología aún tiene cosas que no perseveran. Cuando se diseña un plan estratégico, tiene que estar orientado a la salud reproductiva sin dejar de lado las cuestiones preventivas.

## **PREGUNTAS Y COMENTARIOS**

**Dr. Miguel Malo. Consultor, OPS/Ecuador**

**¿Cómo se plantearía el paralelismo desde el punto de vista de los ministerios de salud que se supone tienen que tener cobertura de toda la población? ¿Cómo se daría ese**

**paralelismo entre la práctica de la medicina formal y la no formal? ¿Cuál sería su manifestación en los servicios de salud?**

Para conseguir un paralelismo tenemos que estar claros hacia donde vamos. Identificar los objetivos comunes a través de la participación. La "maña" de nuestros gobiernos es que ellos diseñan lo que quiere el pueblo, mientras que realmente lo que debería hacerse es un diagnóstico, pero no un diagnóstico sólo para ir a recoger información.

**¿Qué opina el pueblo, el grupo objetivo, qué piensa de lo que usted quiere hacer?**

Lógicamente los gobiernos dentro de sus planes, programas o proyectos tiene sus políticas de salud. Pero vulnera algo cuando sólo lo echan a andar, no consultan a niveles. Entonces buscaríamos la participación a través del consenso, de tal manera que cuando diseñemos el sistema paralelo, en algún momento, éste se va a comer el otro sistema, no van a ser siempre paralelos. Paralelo, hasta cierto punto, hasta donde aguante la historia, hasta donde eduquemos a la nueva generación, pero probablemente este paralelismo se corte acá y vaya a converger.

Lo ideal sería fusionar lo que tienen los pueblos indígenas en materia de salud con toda la tecnología y el avance. Eso sería lo ideal. Muchos hablamos de utopías, pero las utopías son franqueables. Hoy día, la utopía es factible porque es un ideal. Lo que hay que ver dentro de las políticas de gobierno, es que está bien que lo diseñen los gobiernos, pero que lo lleven a la práctica, que lo lleven a la participación. Si sus planes van a tener aceptación y no quieran aplicar un correctivo cuando ya se han gastado millones de dólares en su implementación y se dan cuenta que no les sirvió. Entonces, empiezan una campaña publicitaria polarizante sólo para justificar.

**¿Cómo se entiende el género desde la cosmovisión indígena?**

Existe la dualidad de géneros en la concepción maya. Y existen otras fuerzas como la cuatridad, o sea, los cuatro puntos cardinales: norte, sur, oriente y occidente. Esto es en cuanto a fuerza de concepción. Generalmente, entre los mayas jamás se dice el hombre y la mujer maya. Cuando se habla del hombre también se habla de la mujer. No hay un Adán y Eva mayas. Es uno sólo. Y es mentira que dicen que hay discriminación de la mujer maya, no lo hay en términos de nuestra cosmovisión. No es cierto también que se relegue a la mujer, que no se le mande a estudiar. Lo que pasa es que si hacemos un análisis de costos de oportunidad, prefieren los señores padres de familia tener a su hija allí porque le es útil en los quehaceres de la casa, en vez de mandarla a la escuela para aprender otra cultura. El concepto de género lo mencioné sólo para fines ilustrativos.

**¿Existe subordinación de la mujer?**

Claro que existe y esto ha sido histórico, ha surgido incluso con predominancia desde la conquista, desde la invasión. Es cierto que dentro de la familia, la mujer tiene menos oportunidades, sobre todo en las áreas rurales.

Esta es una de las razones por las que existimos pocas personas que hemos tenido oportunidad de salir de esa lucha, de tratar de oponernos, pese a todos los obstáculos. En realidad, la mujer siempre ha sido relegada a un segundo lugar.

**Dr. Juan José Escalante. Asociación de terapeutas Mayas**

Sí, es cierto que la mujer actualmente sigue relegada, pero es histórico. Después de la invasión, los españoles trataron de meter todo a la fuerza, inclusive, hasta su esquema social. Con ellos la mujer nunca ocupó un lugar, la mujer era confinada a la casa, y lo mismo trató de hacer en cualquier trabajo en el que se obligaba, se esclavizaba al indígena, sólo se esclavizaba a los hombres porque decían la mujer no sirve. Se rompió el esquema social que había dentro de la sociedad indígena, pero aún persiste en lugares grandes, sobre todo persiste en salud. Veremos que cualquier tratamiento de salud no es individual, es colectivo, y donde interviene la señora intervienen los hijos, los abuelos, inclusive, los suegros, etc. los del grupo nuclear. No se trata de decir solamente: la mujer esta relegada. Somos una copia de los que vinieron a invadirnos, pero si nos dejaran desarrollarnos solos nuevamente, volveríamos a tomar estas situaciones, y lo estamos tomando a partir de salud. No es simplemente decir que estamos relegados, lo aprendimos.

**Dr. William Barrigón. Representante del gobierno de Panamá**

En el pueblo de Emberá, ubicado al sur de Panamá, es una contradicción que en el aspecto de salud, definido desde la cosmovisión y la práctica del pueblo Emberá, el planteamiento de las hermanas indígenas que dicen que están en un segundo plano, es inverso. La mujer Emberá en el plano de la salud es igual que el hombre. La mujer siempre ha tenido igual participación en todo; está demostrado en el nivel político en donde la mujer siempre ha tenido voz y voto y el derecho de trabajar junto al hombre.

La herencia de la conquista o de la marginación de la que hablan las hermanas, ha sido igual en el pueblo Emberá. Si ellas reivindican la participación en el poder como el espacio de otras culturas, habría que analizar con mayor profundidad. En el pueblo Embera el hombre y la mujer siempre han sido iguales. El espacio que reclaman hoy las mujeres occidentales, es un espacio que ya nos han reclamado, pero, dentro del pueblo Emberá si existía esa paridad.

**Lectura de un informe de una reunión de Mujeres Mayas en Chiapas**

"A nosotros nos han enseñado desde chiquitas a obedecer, a no protestar, a callarnos, a aguantarnos, a no hablar, a no participar." Sólo quería leer, este resumen de una reunión de derechos de las mujeres indígenas en San Cristóbal, para complementar un poco lo que se ha dicho de Guatemala.

Usted mencionó una palabra: Obedecer. El fundamento de la cultura maya es precisamente eso: Obedecer, pero ¿qué? Las leyes de la naturaleza, obedecer con estilo al respeto. Los grandes líderes mundiales que tenemos ahora, han aprendido a obedecer primero. El que no sabe obedecer, jamás va a poder mandar, van a ser unos autócratas, y cuando se

dice obedecer algo, es sumirse en algo en lo que cree, en algo que uno está convencido. Ahí viene la convicción. Desarrollar una cultura a partir de la obediencia. Quién no obedece dentro de la disciplina de la cultura maya? Se recordarán, nos decían, te va a venir a traer esto o el otro, pero todo esto viene a ensamblar, a integrar.

Sobre el enfoque sistémico, me queda la impresión que se hace un análisis sobre los grupos indígenas, pero, como metidos en un cajón que los aísla del resto del universo, me está quedando esa impresión desde las primeras conversaciones de la mañana. ¿Será posible estar analizando a los pueblos indígenas, aislados del resto de la sociedad y del resto de las fuerzas sociales?

Se nos había olvidado algo, la identidad, la cosmovisión de los pueblos. Hay que reincorporar ese otro ingrediente para que entre en la maquinita, para que se procese en el sistema. Actualmente, no se está haciendo, pero el ideal es someter los otros elementos: la cultura, la identidad de los mismos pueblos dentro de ese sistema, no sólo hablar de fines, propósitos, objetivos, políticas, metas y estrategias. Hay que meter la identidad, no sólo hay que ver al individuo. Decimos que no somos racistas, pero respetemos al individuo al ingresar dentro de un sistema de salud. El principio de la autoridad. En la medida que yo me conozco como individuo, en esa medida voy a respetar a los demás, porque yo sé que como comunidad no le debo envidiar nada, porque lo bueno que él tiene lo acepto yo, y lo bueno que tiene mi cultura, lo acepta él.

En varias reuniones, las personas han dicho que no quieren integración de los sistemas de salud, porque si se integran, el sistema tradicional, desaparece. Aceptan la palabra articulación, pero no quieren una integración de su sistema. En este caso, la palabra integración se utiliza desde el punto de vista administrativo. La palabra integración no se refiere a revolver, no quiere decir que como tu cultura es muy poca, la mía si sirve. No se trata de eso. Eso sería subordinación. Hay que identificar aquellos elementos que son comunes y fortalecerlos. Además, dejar el derecho a la diferenciación. Lo ideal sería que en un futuro, nos aceptemos mutuamente, tanto el sistema de salud de los pueblos indígenas como en los sistemas de salud de otros.

Nosotros somos una civilización del planeta tierra, y ustedes dicen que tenemos un Dios común, creo que lo único que nos hace diferentes es la estatura, y nuestros colores, pero tenemos exactamente lo mismo; un Creador divino que nos puso un cerebro y allá atrás una manchita gris que es la materia. Entonces, tenemos el mismo derecho, pero nos tenemos que aguantar.

Ha sido importante que se reunieran tres factores sociales para discutir y abordar el tema de Salud para los Pueblos Indígenas, para discutir, interpretar, intercambiar opiniones, y poder escuchar cómo el ministerio de salud tiene una perspectiva, cómo las organizaciones indígenas tienen otra perspectiva diferente, y cómo los funcionarios internacionales tienen otra perspectiva diferente. En este caso concreto, creo que es muy importante el poder sentar a los tres factores sociales, poder escuchar algunas temáticas en relación a esto, poder intercambiar preguntas y respuestas, y poder llegar así, a un conjunto de convergencias.

## **MESA REDONDA**

### **INFORME DE EXPERIENCIAS DE LOS PAISES EN RELACION A LA INICIATIVA SAPIA**

#### **PARTICIPANTES**

Señor Filiberto Hernández  
Ingeniero Jorge Jenkins  
Licda. Leyla Garro  
Doctora Myrna Cunningham



## **APOYO PARA EL DESARROLLO DE LA MEDICINA INDÍGENA TRADICIONAL**

**Sr. Filiberto Hernández. Puebla, México.**

Mi nombre es Filiberto Hernández, y junto con mi compañero Sebastián Luna Gómez representamos al Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales de México. Mi compañero es asesor indígena de una de las organizaciones que forman el consejo nacional, y su servidor es médico indígena tradicional, con especialidad en hierbas.

Antes de empezar la exposición, me gustaría agradecer la invitación a este foro de intercambio de experiencias, de fundamental importancia para el desarrollo social de los pueblos indígenas, así como, para la construcción democrática de los sistemas nacionales de salud.

Los pueblos y culturas indígenas hemos vivido desde hace 502 años al margen del desarrollo de las naciones a las que pertenecemos. Sin embargo, actualmente en nuestro país se están presentando coyunturas que nos permiten ir recuperando algunos de nuestros derechos. Por lo tanto, los médicos indígenas tradicionales, representantes de una manifestación cultural tan importante, hemos venido trabajando para lograr tanto reconocimiento social como legal de nuestra práctica médica indígena tradicional. Creemos que a nuestro sistema médico indígena tradicional, se le puede dar un fuerte impulso para que se fortalezca y desarrolle en forma autónoma y autosuficiente, con el objetivo de mejorar la calidad de servicio que prestamos a nuestros pueblos y comunidades. Asimismo, creemos importante mencionar que la presente propuesta forma parte de nuestro plan global de trabajo y la ponemos a su consideración.

### **ANTECEDENTES**

Los médicos indígenas tradicionales de México hemos iniciado, desde hace quince años, un proceso de organización, en el cual se definen tres períodos importantes: De 1979 a 1988, en que se iniciaron nuestros esfuerzos por unirnos y organizarnos. De 1989 a 1992 en que se conforman las organizaciones regionales y el Consejo Nacional, y empezamos a sistematizar el proceso y construir nuestra metodología de trabajo. De 1993 a 1998, período que llamamos de Consolidación, con metas puntuales como incorporar el sistema médico indígena tradicional al sistema médico nacional de salud, incorporarlo a las leyes mexicanas y lograr la autosuficiencia y autodeterminación del modelo médico indígena tradicional. Actualmente, contamos con 57 organizaciones formalmente constituidas que agrupan a 3500 médicos indígenas. Se encuentran en formación 20 organizaciones más. Las políticas para el desarrollo de los pueblos indígenas que en estos últimos años se han venido dando han favorecido nuestro proceso organizativo y el trabajo que realizamos; ya que nuestro país confirmó el convenio 169 de la OIT y a raíz de eso modificó sus leyes de manera que México ya se reconoce constitucionalmente como país pluriétnico y pluricultural. Asimismo, tanto las políticas internacionales como nacionales de salud, están abriendo los espacios para reconocimiento de su sistema médico indígena tradicional. Prueba de ello es nuestra propuesta en este espacio.

Para entender nuestra propuesta, debemos ubicarnos en que nosotros como médicos indígenas tradicionales formamos parte de una sociedad, la sociedad mexicana, que está formada por dos grandes culturas: la cultura occidental y las culturas indígenas.

Sabemos que las enfermedades y las formas de enfrentarlas nacen de las propias sociedades y culturas, por lo que debemos entender que en nuestro país sí se tienen dos grandes ramas culturales. También existen dos diferentes formas de enfermarse: por enfermedades de la cultura occidental, como son diarreas, tuberculosis, anemias, desnutrición, etc. Y por enfermedades de las culturas indígenas como son susto, mal de ojo, mollera, empacho, etc.

Por lo que si las enfermedades de la cultura occidental se curan a través del sistema médico académico, es lógico pensar que las culturas indígenas deben atender sus padecimientos y males a través de su propio sistema indígena tradicional. Además, en nuestro país existe una tercera forma de curarse, que sin llegar a formar un sistema si es una práctica común. La medicina casera, que toma algunos elementos de los dos sistemas mencionados.

De lo anterior podemos concluir, que en México existe un sistema tradicional de salud y un sistema real de salud. Esto, aunado a la enorme pobreza que padecemos los pueblos indígenas que se refleja en: marginalidad, subdesarrollo, carencia de servicios, pocas fuentes de empleo, bajos ingresos, altos índices de mortalidad, etc., hace que el papel que jugamos nosotros los médicos indígenas se vuelva fundamental en la lucha por combatir estos elementos que hacen que la salud, el bienestar y el desarrollo de nuestros pueblos no avance. Sabemos que en algunos lugares somos la primera y a veces, única instancia de salud para nuestras comunidades. Por mencionar un ejemplo, diremos que en una encuesta realizada en Guerrero, se encontró que de todos los partos atendidos en 1986, el 70% lo atendieron nuestras parteras indígenas, el 17% algún familiar de la parturienta, y 13% las instituciones de salud.

Queremos el desarrollo de nuestros pueblos y de nuestras culturas para ir a la par del desarrollo de toda la sociedad mexicana, por lo que estamos haciendo esfuerzos por salir adelante, planteando y sistematizando nuestras ideas para lograrlo. Nuestro objetivo general es impulsar el desarrollo del sistema Médico Indígena Tradicional, fortaleciendo la consolidación de nuestra estructura organizativa y operativa a través de establecer el sistema nacional de centros de desarrollo de la medicina indígena tradicional, en donde existen organizaciones regionales en nuestro país.

## **ESTRATEGIA OPERATIVA**

Debemos señalar que esta propuesta forma parte del plan operativo que estamos desarrollando en nuestro país, y que la estrategia operativa se facilita porque las organizaciones de médicos indígenas, aunque carecen de infraestructura física, sí tienen infraestructura funcional.

Los centros de desarrollo de la medicina indígena tradicional, CEDEMIT, se caracterizan por tener cuatro áreas de trabajo: Servicios, Capacitación, Investigación y Producción. Un CEDEMIT funciona como un sistema regional de salud, con una serie regional, centro de desarrollo regional, y dos a cinco centros comunitarios y centros de desarrollo locales. Cada CEDEMIT requiere una estructura física y funcional específica, tanto para los centros de desarrollo regionales, como para los otros centros de desarrollo locales. Está planeado que tengan consultorios, farmacia, laboratorios preparados de medicamentos, huerto, herbario, aulas, albergue para familiares de enfermos, cocina, comedor, invernadero, y una capilla o patio ceremonial, etc. Esto, primordialmente, y los centros de desarrollo regionales, estructura que se refleja hacia los centros de desarrollos locales.

Para la ejecución completa de esta propuesta, se requiere un tiempo mínimo de veinte meses, ya que la primera etapa es la de elaboración, revisión, y aprobación de proyectos específicos. La segunda corresponde a la instalación de infraestructura. Y la tercera, es la de operación y funcionamiento.

## **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

La organización nacional de Médicos Indígenas en México está dada por niveles, lo que facilita la ejecución de esta propuesta. El nivel conformativo está bajo la responsabilidad de CONAMIT. El nivel medio está representado por CONSEMIT, y el nivel operativo está dado por las gobernaciones regionales, OMIT. La ejecución de los proyectos específicos que contempla esta propuesta estará bajo la responsabilidad de las organizaciones regionales, ya que tienen una estructura bien definida que permite lograr con facilidad las tareas planteadas para el logro de nuestros objetivos.

## **CONCLUSIONES**

Poder presentar nuestra propuesta en este espacio forma parte de un proceso de trabajo global que hemos venido planteando y desarrollando. Queremos decir que si logramos apoyo financiero por parte de alguno de los organismos aquí presentes, vamos a hacer mucho por nuestra gente, nuestras culturas, y nuestro país.

El esfuerzo realizado por nosotros como CONAMIT, ha sido mucho para llegar a donde ahora estamos, y poder presentar ante ustedes nuestro trabajo, ya que para poder realizar las tareas que nos hemos propuesto, necesitamos el apoyo financiero a fin de capitalizar nuestro fondo de apoyo a la medicina indígena tradicional. Solicitamos como inicio, un monto de cinco millones de nuevos pesos para así poder demostrar que los planteamientos aquí expuestos son válidos en la búsqueda de la salud y desarrollo de nuestro país.

Por el presente y el futuro de la Medicina Indígena Tradicional, les damos las más sinceras gracias.

## **INICIATIVA SAPIA EN PANAMA**

**Ingeniero Jorge Jenkins**  
**OPS/Panamá**

Tengo la oportunidad de compartir algunos puntos de vista, aprender de todos ustedes, y de poder expresarles algunas reflexiones que nosotros nos hemos hecho en Panamá. El Doctor Juan Antonio Casas me ha pedido representarlo acá en una exposición que él tenía que hacer sobre las ideas que nosotros tenemos en Panamá con respecto a la iniciativa SAPIA y a lo que hemos estado haciendo, y sobre todo, lo que queremos hacer.

Quizá, no soy la mejor persona para esta exposición, porque soy muy nuevo realmente en Panamá, tengo apenas dos meses aproximadamente de estar allí, y en una función que está mayormente relacionada con la salud ambiental. Sin embargo, tengo algún antecedente en trabajos antropológicos y gustosamente he aceptado la invitación para tratar de facilitar los trabajos de la iniciativa SAPIA en Panamá.

Mi exposición será muy breve, porque el Doctor Lauchu, que es una autoridad del Ministerio de Salud, va a profundizar más en los antecedentes que tienen que ver con la iniciativa, e incluso antes de ella, él está más facultado para hacer esa parte.

Los antecedentes que conozco, se refieren mayormente al actual gobierno de Panamá. Hemos podido ver con otras autoridades del Ministerio de Salud, que el gobierno ha reconocido la existencia de una situación de marginación, de abandono cultural de los pueblos indígenas, de empobrecimiento generalizado, y la poca importancia que tiene la medicina tradicional para tratar de llevarles modelos de atención de salud alternativos a los pueblos indígenas.

Esto es muy importante, porque no todos los Ministerios de Salud de las Américas han internalizado un reconocimiento de este tipo de situación en sus pueblos indígenas que cohabitan en el mismo espacio territorial. Un ejemplo de esto es quizá la situación que se dio con el cólera en Panamá, que fue el país de las Américas que tuvo el mayor índice de letalidad después del Perú. Es interesante recordar que el cólera en Panamá estuvo circunscrito prácticamente a una provincia, y el 100% de los casos de cólera que hubo en Panamá se dio en los grupos indígenas.

No hubo un sólo caso del grupo mestizo, todos fueron del grupo indígena. La forma de combatir al cólera en Panamá fue, precisamente, trabajando con los curanderos indígenas, ellos son realmente quienes combatieron el cólera, no las autoridades sanitarias de Panamá. Las autoridades facilitaron los insumos, los procesos de capacitación, etc., pero, realmente quienes llevaron a cabo toda la campaña contra el cólera fueron los médicos tradicionales. El Ministerio ha desarrollado campañas de capacitación dentro de los pueblos indígenas, a parteras y otros e incentivado la capacitación de promotores de salud pertenecientes a las distintas etnias en Panamá.

También es importante saber que dentro de los pueblos indígenas de Panamá existen servicios médicos indígenas. En los Punas, por ejemplo, existe una sociedad médica Puna, perfectamente reconocida. El Ministerio de Salud también reconoce su existencia y les ha

proveído un sinnúmero de seminarios, talleres y distintas campañas educativas. Algunos seminarios han versado precisamente sobre la medicina tradicional, tratando de hacer un encuentro cultural entre los médicos indígenas y los médicos occidentales. No voy a analizar aquí el mayor o menor éxito de estos seminarios, pero sí se han hecho en el caso de Panamá y las autoridades del ministerio de salud han identificado una resistencia y una desconfianza de los indígenas. No voy a juzgar si es correcta o no esta apreciación, la transcribo tal cual fue dicha antes de venir acá.

El Ministerio de Salud ha percibido que esa resistencia se debe al hecho de que en la realidad los médicos indígenas son médicos que rechazan la competencia de otros. Por lo menos esa es la visión que tienen las autoridades del Ministerio de Salud, lo cual implícitamente significa que reconocen la capacidad de los curanderos a nivel de los grupos étnicos.

En cuanto a las acciones que se han hecho en Panamá, quisiera mencionar que quizá es una de las representaciones de las Américas que más rápidamente se ha propuesto abordar, impulsar y promover la iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Esto fue aprobado en la resolución quinta en septiembre del año pasado, y ya en diciembre se contrató una consultora que llegó a Panamá a tratar de impulsar unas líneas de acción para poner en marcha la iniciativa de este país.

En enero de 1994, la OPS promovió una reunión con representantes de los Congresos de los pueblos indígenas de Panamá, donde se debatieron algunas de estas líneas de acción, y en febrero se ejecutó con los representantes y con los delegados oficiales de los Congresos un Taller de Planeación estratégica, para impulsar la iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Las conclusiones de esas líneas de acción que están allí se las voy a presentar más adelante con detalles.

Este taller fue clausurado por el Director de la Organización, y se trató de que aprovechando su presencia, se suscribiera un documento, y yo lo traigo conmigo, que básicamente era un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud, los pueblos indígenas y la Organización Panamericana de la Salud, para impulsar la iniciativa SAPIA. Sin embargo, para sorpresa de todos, parece ser, los delegados indígenas rechazaron este documento, no porque estuvieran en desacuerdo, sino porque indicaron que tenían organizaciones, autoridades a quienes ellos tenían que llevar y debatir esta propuesta del congreso. Esto nos enseñó que hay organización en la comunidad indígena, la cual tiene que ser tomada en consideración para cualquier tipo de iniciativa de estudio.

Luego se han hecho varias menciones por los mismos representantes de la OPS. Hemos hecho un diagnóstico preliminar de la situación agua y saneamiento en esta provincia, en donde hay muchos problemas porque la capa friática es sumamente superficial, hay un fenómeno de intrusión salina, eso dificulta los procesos de letrización; los de deforestación son sumamente intensos; el agua tiene gran turbidez, grandes avenidas en invierno, intermitencia en el verano. Los problemas de abastecimiento seguro de agua son muy difíciles en esta provincia, a pesar de que la mayor parte de las comunidades tienen sistemas locales de abastecimiento de agua o una recaptación, pero no siempre están bien hechas.

Vemos que todavía prevalecen las condiciones de saneamiento en la provincia como para que haya rebrote de cólera. Hay condiciones propicias, sobre todo ahora que ha entrado la

época lluviosa, y la situación de los otros servicios de saneamiento básico como son disposición sanitaria de excretas, residuos sólidos, etc., también recaen como peligro.

Hemos desarrollado también trabajos con una ONG católica promovida por Monseñor de la Provincia de Darién, un hombre de presencia muy fuerte. Ellos empezaron su trabajo en treinta comunidades indígenas, que se han reducido a diez comunidades prioritarias donde cada representación está trabajando fundamentalmente junto con INCAP promoviendo comedores rurales en estas diez comunidades panameñas. El diseño de la dieta está adaptado a lo que los indígenas pueden conseguir en su ecología.

Los ejes de este trabajo son Producción, Salud, Organización. La asesoría de la organización ha estado orientada fundamentalmente a la definición de estrategias, a la definición de modelos de la organización nutricional, sobre todo de los niños indígenas, a los programas de vacunación, a procesos de capacitación y a un diagnóstico que se acaba de realizar sobre la salud buco-dental de las poblaciones escolares de esas diez comunidades. Hay una radio católica que también hemos apoyado en la producción de materiales educativos para preservación ambiental y salud. Enviamos una persona de esta radio a la Fundación Radio Nederland en Costa Rica para que se entrenara en la producción de materiales radiales orientados a la preservación ambiental y la salud. Finalmente, hemos dado apoyo a un grupo asistencial que se conoce como Cristo Sáraso, conformado por profesionales médicos que cada dos meses hacen campañas de vacunación, de cirugía, o de atención pediátrica a los distintos niveles de las comunidades. Esto es más o menos lo que hemos estado haciendo en OPS Panamá.

Las limitaciones de orden conceptual que encontramos en la sociedad panameña para impulsar el trabajo de la iniciativa SAPIA son generales y comunes en las comunidades de Centro y Mesoamérica. En primer lugar, hemos encontrado que hay una visión prejuiciada sobre la capacidad que tienen los indígenas y sobre todo lo que significa tradicional en las sociedades indígenas. Tenemos un prejuicio de que los indígenas son incapaces de vivir en la sociedad, de que la medicina tradicional no funciona, como que 500 años o más de esa medicina tradicional no fueran el mejor testimonio de que sí funciona.

Parte de la visión egocéntrica de nuestra propia sociedad y de nuestra cultura dominante resulta en un esquema mental de toda la cosmovisión indígena absolutamente erróneo. Creemos que todos estos ritos que envuelven las ceremonias curativas de las sociedades tradicionales son gestos antropológicos.

Tal vez podríamos sintetizar lo que estoy tratando de expresar, en el hecho que tenemos una comprensión desviada de lo que significa el valor de la cultura para la sociedad indígena. Nosotros, por ejemplo, tenemos una visión simple de la salud, una concepción sumamente limitada y casi confusa. Para nosotros salud es lo contrario de enfermedad, y cuando hablamos de un Ministerio de Salud estamos casi siempre pensando en una inyección, en un quirófano, etc., realmente tenemos una concepción limitante. La concepción indígena es mucho más globalizante. La salud es un sistema cultural, un sistema de vida. La salud es todo lo que tiene que ver con el completo estado mental, físico, cultural, etc.

Para mencionar algunos casos, la concepción misma de qué cosa es la tierra;, qué es el agua para los indígenas, un elemento purificador; qué cosa es el fuego; qué significa el

advenimiento de un nuevo ser a la sociedad; qué significa la enfermedad; y cuál es su concepto de la muerte. Ellos tienen una concepción muy distinta de lo que es la muerte; el horror que nosotros le tenemos a la muerte no es conceptualizado en igual forma por ellos.

Mientras nosotros no interioricemos esos conceptos que tienen las sociedades indígenas, difícilmente vamos a poder comunicarnos con ellos. Me decían, por ejemplo, cómo hacemos para que los indígenas usen las letrinas? Pero si la tierra es la madre de los indígenas, y no se puede defecar literalmente encima de su madre. Se tiene que hacer un trabajo muy cuidadoso para decirle a un pueblo indígena que no puedes defecarte en tu madre, que es tu tierra la que te da alimento.

En las sociedades indígenas se considera que el agua es el elemento purificador, y como tal, también es el elemento a donde se va a bañar, etc. Entonces, cómo vamos a evitar una epidemia de cólera si no le decimos a los indígenas y los convencemos de que no es bueno defecarse en el agua, etc.

Me parece que es importante ver que estos conceptos no son los mismos que los nuestros, y si queremos hablar de salud de los pueblos indígenas tenemos que entender qué significan esos conceptos dentro de la cosmogonía. También creo que una limitante conceptual es lo contrario a lo que he dicho. Esa visión romántica que tenemos nosotros de las sociedades indígenas, donde nada pasa, donde todo es perfecto, donde todo es armónico, donde no existen conflictos, donde no hay luchas por el poder. Las sociedades tradicionales indígenas padecen todos los males que padecen todas las sociedades del mundo, que no son privativas únicamente de la sociedad occidental o de la sociedad moderna. Hay luchas por el poder, hay charlatanes en lugar de curanderos, también no siempre hay relaciones armónicas entre las sociedades indígenas, y muchas veces los propios indígenas son enormemente depredadores de sus propios recursos, por la causa que sea. Creo que hay incluso que comprender las estructuras del poder dentro de las comunidades para saber qué terreno estamos pisando. A veces nos da un poquito de temor hablar de estas cosas.

Hay una enorme desconfianza recíproca para cualquier tipo de iniciativa. Los indígenas guardan sus conocimientos, para que no se aprovechen de sus conocimientos. Mientras esa desconfianza no se supere, veo muy difícil luchar por iniciativas conjuntas. Creo que mucho daño ha hecho esa aproximación paternalista que ha tenido la unidad de salud de los diferentes países, y creo que la solución a esto es dejar que los indígenas sean los autores de su propio desarrollo.

La iniciativa SAPIA debe definir en una mejor forma y país por país con qué recursos podemos contar verdaderamente, tanto los de orden financiero como de orden técnico y humano para no generar falsas expectativas que a la vuelta de unos pocos años puedan desalentar iniciativas como ésta.

Todas las limitantes prefiero resumirlas en una frase, se dice mucho en nombre de los indígenas, pero muy poco de lo que ellos nos han beneficiado. Creo que éstas son algunas de las limitantes conceptuales para nuestro trabajo.

Finalmente, otra reflexión de OPS en Panamá. Nosotros creemos que el primer paso es abrir las condiciones para que se dé un auténtico diálogo, no para hablar y para oír, sino para hablar

y comprender y entender recíprocamente; creando las condiciones para que ese diálogo se dé en los pueblos indígenas. Si no hay diálogo, vamos a estar en una plática de sordos donde los conceptos de que se hablan son totalmente diferentes. Si yo hablo del concepto occidental de salud y el indígena está pensando en su concepto de salud que es vida, jamás vamos a ponernos de acuerdo sobre qué es lo que hay que hacer para mejorar la salud.

Entonces, debemos crear las condiciones para abrir un auténtico diálogo, facilitar un proceso que no tiene que ser unísono, y aprender a comunicarnos. Nosotros los occidentales somos muy malos para escuchar, no nos gusta escuchar, cuando nos dicen algo, inmediatamente salimos con una respuesta. Creo que es importante la apertura de las comisiones para un diálogo.

Un segundo paso para nosotros es identificar las diferencias y aceptar esas diferencias en un plano de equidad. Creo que sobre las bases de esas diferencias es que puede construirse únicamente una unidad de nación. No tratando de comportarnos como una cultura dominadora que tiene que aceptar la forma que yo pienso. Vamos a coordinar, pero no a coordinar lo que yo digo. Es importante identificar esas diferencias y superarlas, es importante que los indígenas se apropien de esa iniciativa, si no hay una apropiación y una internalización de esta iniciativa, no van a lograrlo, así les brindemos la cantidad de recursos que necesiten.

Apropiación es que los indígenas tomen sus propias decisiones, y no la OPS ni los Ministerios de Salud; ellos son los actores de esa iniciativa. También tenemos que aprender de su gran desafío a valorar las apreciaciones, las opiniones, los valores y a respetar los valores indígenas.

Quiero ser muy enfático en esto, respetarlos no sólo por buena educación, sino por el respeto que parte de la convicción que esa escala de valores hace a la salud, y tiene relevancia para la salud, y no la imposición, porque yo valoro a las sociedades indígenas, porque las sociedades indígenas hablan español, que es la lengua que hablo, o porque las sociedades indígenas tienen las costumbres que tengo, porque las sociedades indígenas están adoptando las tradiciones occidentales, la forma de vivir nuestra, la forma de jugar. Hasta hoy esa valoración nuestra está en función de nuestros valores occidentales; y creo que hay que hacer una transmutación y aprender a respetar, pero partiendo de una auténtica convicción de trabajar en forma conjunta.

Creo que es importantísimo describir con claridad el perfil y la sanidad, caso a caso, pueblo a pueblo, hemos hablado aquí de algunas cifras, cifras que encuentro bastante enredadizas, quizá en algunos grupos indígenas, sean peores, en otros sean mejores. De todas formas, uno llega con carácter de marginación en las comisiones de salud, tenemos que actuar con un poco más de tecnicismo y tenemos que identificar claramente las prevalencias y los tipos de patologías. Incluso, creo que eso debe ingresarse a la estadística, porque, si nosotros vamos a buscar estadísticas de un grupo indígena, difícilmente las vamos a encontrar.

Mucho hablamos de la mortalidad indígena, creo que ese es un concepto absolutamente occidental y transformado. Creo que para los indígenas no son tan importantes los índices de mortalidad, como por ejemplo, los índices de calidad de vida, cómo se vive, no cuánto se vive, sino de qué forma se vive. A veces, los que hemos ido a comunidades indígenas nos asustamos de que una persona tenga 40 años y parezca un anciano de 80 años. No tenemos indicadores

para medir desgastes físicos de las sociedades indígenas. Cuál es la tasa de perecimiento, si nos ponemos a diseñar una tasa de perecimiento, creo que para una sociedad indígena es más importante saber con qué calidad vivir, y no cuánto vivir. Para nosotros sí porque le tenemos terror a la muerte. Tenemos que comprender todo lo que pasa por la responsabilidad de compartir una sociedad, una empresa común, porque lo que le pasa a la sociedad indígena, también le pasa a la sociedad mayoritaria. Las epidemias nacionales también afectan a las sociedades indígenas, tal vez mayormente por la condición de un sustrato de desnutrición mayor que la sociedad general.

La OPS no es un organismo ejecutor, es un organismo de cooperación técnica, y quisiéramos, parafraseando una iniciativa que la OPS promovió al principio de la década de los 80 que se llamó Salud, un puente para la paz, que fue la base para el plan de prioridades de salud para Centroamérica y Panamá allá por la época de 1983. Quisiéramos seguir desarrollando ese rol, de ser puentes para promover la salud entre los pueblos indígenas, para promover un entendimiento recíproco con la parte social y realmente para poder hacer realidad el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

## **INICIATIVA SAPIA EN COSTA RICA**

**Licenciada Leyla Garro**  
**Punto focal, Ministerio de Salud de Costa Rica**

Muchas gracias por darme la oportunidad de presentar algunas de las cosas que se han hecho a nivel de nuestro país. Antes que nada, les quiero decir que la situación de la población indígena de Costa Rica, no es diferente al resto de la región y al resto de América. Independientemente de los logros en salud que a nivel de país hayamos tenido, la situación de los pueblos indígenas sigue estando muy deteriorada. Tan es así, que los cantones donde están los principales pueblos indígenas, los principales grupos, son los cantones que exhiben los indicadores de salud más bajos en el país. Tenemos más o menos, el 1% de la población, o sea, unos 35,000 indígenas. Cuando digo más o menos, es porque no existe un censo de población indígena. Y cuando hablamos también de la mortalidad, muchas se hacen por inferencias y otras por estudios que se han hecho.

Es curioso que a pesar de que hace casi 20 años que prácticamente en todos los lugares hay puestos de salud o hay visitas de las unidades móviles, no se ha observado ningún impacto positivo en la situación de salud. Al contrario, hay estudios que nos demuestran que los lugares donde hay puestos de salud y donde hay una mayor frecuencia de visitas, muchas veces se ven más deteriorados que aquellos lugares o aquellos pueblos que viven mucho más alejados, donde se mantienen con el sistema de salud tradicional. ¿Por qué está pasando esta situación? Según los que han hecho las investigaciones, se atribuye al desequilibrio que se ha provocado en estos lugares de mayor aculturamiento.

Hace también más o menos 18 años que se empezaron a formar los asistentes de salud indígenas, creyendo que esto iba a ser una solución. Pero lo que sucedió es que pese a que ellos se resistieron a ser absorbidos por el sistema, es tan fuerte la posición de las instituciones, que ellos terminaron haciendo, no tanto lo que la comunidad esperaba, sino lo que la institución les pedía. Y ésa es una de las cosas, que creo que todos los que estamos acá tenemos que tener presente. Cuando iniciamos o nos proponemos algunas cosas, muchas veces lo hacemos creyendo que estamos metiéndonos dentro del sistema al que vamos a resolverle los problemas. Creo que debe haber un respeto absoluto a esta diferencia. Sólo así podríamos realmente nosotros hacer algunas modificaciones.

Otra de las cosas que se han logrado a nivel del país fue la ratificación del convenio 179 y la ratificación del convenio de la biodiversidad. Quiero decirles honestamente, que esto no fue una cosa de las instituciones, sino una lucha de los propios indígenas, quienes se organizaron y lucharon por obtener esas dos ratificaciones. Se han hecho otras actividades que han respondido a iniciativas particulares, pero que no han tenido seguimiento. Una fue el encuentro Mesoamericano para la búsqueda de modelos alternativos. En él tuvimos gente de México a Panamá, fue un encuentro similar a éste, donde tanto personal de salud, representantes de organizaciones internacionales, médicos indígenas y funcionarios de salud, al igual que en este momento, nos sentamos a ver qué debía hacerse y cuáles eran las estrategias para buscar una forma de resolver la situación de salud.

Salieron recomendaciones muy bonitas, que los diferentes representantes se llevaron a su país. Prácticamente todos los países que estamos hoy acá estuvieron en ese momento, y

salvo, en algunos lugares, se ha dado seguimiento. Pero también, como les repito, por una iniciativa personal, porque no había en ese momento una posición del gobierno para responder a esta iniciativa.

Qué ha pasado de un período para acá? En eso yo he sido muy crítica, aún estando dentro de la institución, sí ha habido un cambio. No hace uno o dos meses que se cambió la administración, y dichosamente tenemos a nivel de gobierno, gente que por muchas razones ha estado vinculada con la situación de los indígenas. Se dieron dos cosas muy positivas. Una fue que se nombró una comisión a nivel de gobierno, a nivel de la presidencia, donde está el representante de la presidencia, el Viceministro de Salud y el Viceministro de Educación, para ver cómo se puede resolver la situación de los indígenas. Eso ya nos da a nosotros por lo menos la esperanza de que a alto nivel se puede resolver alguna de las cosas. También apenas entró el gobierno, pasados unos ocho días, se nombró el punto focal, en este caso, se me nombró a mí como punto focal.

También se nombró lo que sería la coordinación indígena a nivel de ministerios. Eso había sido una solicitud hecha por mucho tiempo en todas las administraciones, que era importante que hubiera una coordinación de los programas indígenas. ¿Por qué, qué es lo que pasa? Se ha discutido algo que creo se da en todos los países, o por lo menos en Costa Rica, y es que hay pueblos indígenas en donde entra una cantidad, un sinnúmero de organizaciones, sea religiosas, universidades u ONGs, a dar servicios de salud sin ninguna coordinación. Por ejemplo, un fin de semana entra una organización y resulta que desparasitan, dan antibióticos; ocho o quince días después entra otra sin ninguna coordinación con la anterior. Entonces, ¿qué se persigue con esta organización a nivel del ministerio? No es coartar la libertad de trabajo que pueden tener sino, primero, ordenar todas estas iniciativas, que realmente respondan a necesidades de las propias comunidades. En segundo lugar, que entren en una forma coordinada, y entren en donde haya una unidad de organización de esa comunidad, para evitar la desorganización. Estas son algunas de las cosas que se han estado haciendo.

También se han aprovechando algunos estudios, entre ellos una evaluación de material educativo pues se vio que el que se estaba utilizando en todos los pueblos indígenas no respondía en absoluto a sus necesidades, ni su cultura se veía reflejada en ellos. Eso significaba que se estaban dando mensajes, escritos o por dibujos que no eran comprendidos. Se están evaluando los materiales educativos que se van a llevar a las comunidades indígenas.

Otra de las actividades realizadas en este corto período de administración, es la priorización de los cantones; de los 82 cantones que tenemos en el país, 16 son los que tienen la mayor prioridad. Para apoyar esa priorización se llamó a organizaciones internacionales: UNICEF, OPS y Comunidad Económica Europea con la idea de que entren a financiar las actividades en algunos cantones. Esto para evitar que unos y otros entren a hacer las mismas actividades en un mismo lugar.

También hemos trabajado mucho con la Embajada de México, y tengo aquí un compañero que nos ha apoyado bastante y otros que no están en este momento. Hemos trabajado con el personal de salud para que conozcan la medicina tradicional y la valoren porque solamente si damos pasos en diferentes sentidos podremos conocernos y respetarnos. Otra actividad que también se hizo, fue la capacitación a médicos tradicionales indígenas. Esto es lo que en este momento a nivel de gobierno se ha estado haciendo. Muchas gracias.

## **EXPERIENCIA DE NICARAGUA**

**Myrna Cunningham  
Parlamento Indígena, Nicaragua**

Hace unos meses, en Nicaragua, en una semana murieron 17 niños de cólera en una comunidad. Cuando nosotros planteamos ese problema, la Ministra de Salud dijo que eso estaba planificado, que eso era normal. Al hacer nosotros la comparación de 17 personas muertas en esa comunidad de acuerdo con el número de habitantes, hubiera sido igual a 4500 personas muertas en una semana en Managua. Así es como ve todavía el Ministerio de Salud la situación de salud de los pueblos indígenas en Nicaragua.

Nosotros hacíamos consultas en conjunto con los curanderos y en el hospital de la localidad; cuando visitábamos comunidades y teníamos algunos pacientes que nosotros no podíamos atender se los mandábamos al Subya y cuando el Subya tenía pacientes que no podía atender los mandaba para el hospital. Tuvimos un buen mecanismo de coordinación y comunicación por muchos años con el hospital y en el programa de salud; pero eso era una acción propia de nosotros, que regresábamos a trabajar a nuestras comunidades y eso ha llamado mucho la atención.

A nivel nacional, fue hasta 1985 que el Ministerio de Salud abrió oficialmente un centro nacional de medicina tradicional en el cual se han hecho muchas investigaciones sobre prácticamente todo lo que es el pacífico y el centro norte del país, cubriendo un poco las comunidades Sumus de la costa del Atlántico.

El centro ha tenido un poco de problemas por haber institucionalizado demasiado, pienso yo, y en estos momentos se está discutiendo cómo va a seguir funcionando con el entendido de curanderos y promotores que tiene en el resto del país sin incluir la costa atlántica.

En 1987, se reformó la constitución en Nicaragua reconociendo el carácter multiétnico del pueblo nicaragüense. Esa constitución reconocía que la costa atlántica se iba a regir por un gobierno autónomo. Hicimos nuestra ley de autonomía en 1987 y logramos incluir en esa ley de autonomía, un artículo que plantea que la administración de los servicios de salud debe ser una responsabilidad y debe ser hecha por los gobiernos autónomos; se establece también que los servicios de salud deben tomar en cuenta los servicios de la medicina tradicional de las comunidades indígenas y el resto de las comunidades étnicas de la costa atlántica.

Empezamos a hacer el reglamento del estatuto de autonomía entre 1987 y 1990. Junto con todo el proceso de pacificación y con la instalación de los primeros gobiernos autónomos en 1990 ya empezamos hacer cosas concretas para poner en práctica. En 1989, ya la delegación regional de salud le había presentado al Ministerio de Salud la propuesta para empezar a trabajar de manera legal y en forma conjunta: los Subyas, los curanderos y los trabajadores de la salud. A esa propuesta no le dieron importancia.

En 1991, el gobierno regional decidió que comenzáramos a hacer un estudio en el río Coco sobre la salud indígena. Lo hicimos en conjunto con la delegación del área de salud de Miston y algunos organismos no gubernamentales que trabajan en la zona del río Coco. El río Coco es la zona fronteriza entre Honduras y Nicaragua, el 99% son pobladores Misquitos,

también hay algunas comunidades Sumus. Hicimos estos estudios para identificar las creencias alrededor de las principales causas de enfermedad, para determinar las razones por las que la gente acude al Ministerio de Salud y para quienes son los médicos tradicionales de las comunidades.

Entre los resultados vimos que la gente llega a los puestos de salud después que el curandero les dice que vayan a buscar una medicina complementaria o alguna sutura, cuestiones de este tipo. Algunos que ya creen en la malaria llegan a hacerse sus exámenes, pero la mayoría de los pacientes llega al centro de salud porque los envía el curandero a buscar aspirina o algún tratamiento complementario. Encontramos que entre las creencias no hay prácticamente coincidencia entre lo que piensa el supremo occidental de salud y la comunidad alrededor de la diarrea. El 96% tiene una explicación totalmente diferente a lo que dicen los fantasmas que coordinan, sobre todo lo que dice el ministerio de salud, a nadie le creemos.

Las enfermedades respiratorias son una de las principales enfermedades, tienen que ver con los espíritus primarios (los que viven en el monte, en la comunidad, en el agua) o los secundarios (que se transmiten a través de los animales o los espíritus de los muertos antes que los entierren o los que fueron enterrados). Algunas enfermedades tienen que ver con la temperatura y una cantidad de enfermedades coinciden bastante con las creencias occidentales.

En resumen, la investigación mostró un contrato de salud; para nada es difícil de convencer a la gente que no hay que construir puestos de salud, hay que buscarles otros usos, usarlos para escuelas, para otras cosas, pero la verdad que para puestos de salud no sirven.

Otra cosa que hemos hecho es trabajar con las enfermeras y con los médicos, no sólo de la zona del Río Coco sino con todos en general. La escuela de enfermería no tenía incorporado nada sobre medicina tradicional, hemos logrado que tengan ese tema dentro de su programa; además, trabajamos un libro que habla sobre esto para los trabajadores de la salud no indígenas o indígenas que entraron al sistema de salud y, cuando regresan a su comunidad, están desubicados.

También se trabajó un pensum para la Licenciatura de Enfermería que vamos abrir en la Universidad, propia de la autonomía, ésta es una de las carreras que tenemos con un perfil más epidemiológico y vinculado a la medicina tradicional.

Estamos trabajando sobre comunicación social alternativa para la prevención de enfermedades con mujeres de 47 comunidades en donde a través de una investigación participativa queremos identificar cómo mejorar esos programas de salud. Vamos a hacer afiches y una guía etimológica; el material lo van a diseñar las mujeres. Hay también un programa de radio con una emisora local que está incluyendo la salud dentro de su programación, pero vamos a trabajar un poco más para diseñar los programas de salud en base a este proyecto. Este es un trabajo en conjunto con algunas fundaciones u organismos no gubernamentales locales.

Dentro de la universidad va a ver una carrera de sociología con énfasis en autonomía. Lo que hemos decidido es un tema para poder pasar un año de estudios generales que tenga que ver precisamente con la autonomía, la historia de la costa y todos los valores de los pueblos indígenas y las comunidades. Vamos a abrir este programa en marzo.

Vamos a tener un coloquio internacional de salud indígena en el mes de agosto, donde las estudiantes de la escuela de enfermería y el personal médico compartirán algunos trabajos de investigación científica que están haciendo con algunos profesores y trabajadores de salud de distintas universidades, incluyendo algunas de Estados Unidos.

Hay una nueva organización sobre la medicina tradicional, al empezar a tomarla en cuenta, el consejo regional autónomo ya está discutiendo la resolución para crear un programa y nombrar a nuestro propio Ministro de Salud y nuestro programa de salud. Se lo entregamos a la Ministra de salud, hablamos con ella, la invitamos para que fuera a instalar oficialmente el consejo de salud de la región autónoma y no llegó. Ahora lo vamos hacer solos, después es el Ministerio de Salud el que quiere juntarse. Nosotros estamos abiertos a que ellos participen, pero la ley dice que es una responsabilidad nuestra y vamos a empezar a ejercer ese derecho.

También ha habido un mayor esfuerzo a nivel de SILAIS, estrategia local que tiene grandes posibilidades, pero depende del consenso el tratar de incorporar estos aspectos en los programas de salud, en las carteras y en el resto del personal. Todavía hay limitaciones, pero estamos tratando de trabajar con ellos.

Otra cosa positiva es que hemos encontrado interés en el representante de la OPS en Nicaragua, el Dr. Linger, por llegar a la costa. Estamos viendo de que manera la OPS puede participar en este esfuerzo regional. A nivel de la universidad están también muy interesados en apoyarnos.

Hasta el momento las limitaciones locales y regionales, son el poco esfuerzo y falta de interés nacional por parte del Ministerio a nivel central, ya que prácticamente hay un divorcio total. Por ejemplo, el Ministerio de Salud no ha nombrado un punto focal.

Otro problema de la autonomía es ejercer el autogobierno; la autodeterminación no es fácil. Para los países no es fácil, mucho menos para los pueblos indígenas. La autonomía es muy compleja, pero no imposible; se puede ir haciendo sobre la marcha y en el campo de la salud el haber llegado a definir un plan regional de salud dentro del marco de la autonomía ya es un paso adelante. Nos llevó algún tiempo con la medicina tradicional; entre curanderos hay muchos problemas, hemos tenido una epidemia de envenenamiento por razones políticas. Los curanderos envenenan a otros por diferentes razones; tratar de trabajar con los curanderos no es tan fácil, precisamente porque la gente le tiene miedo a los envenenamientos por razones políticas. Todo eso es parte del proceso de pacificación, si nosotros logramos empujar un programa sobre educación para la paz en la región, en la subregión, podremos ir superando los problemas.

Hay seguridad con el programa de un determinado gobierno, pero luego viene otro gobierno al que no le interesa. Creo que debemos pensar seriamente como pasar esa oportunidad, esa coyuntura, a sus propias finalidades, a sus propias organizaciones. Tomar en cuenta que hay programas muy lindos pero que se terminan a los 4 ó 6 años.

En relación a la primera pregunta que pide ejemplificar las fortalezas, oportunidades y debilidades sin limitarse en explicación, por consejo determinamos lo siguiente: en relación a las fortalezas es importante reconocer que actualmente existe ya una apertura gubernamental, un aval político para el fortalecimiento de los primeros lineamientos de coordinación.

Sólo para ejemplificar algo, se trata de fortalecer un complemento por parte del gobierno a través de proyectos y el fondo de inversión social. Sin ir más lejos el apoyo internacional que se tiene a este nivel es para nosotros muy importante. Dentro de las oportunidades que se podrían generar, vemos las acciones intersectoriales a nivel de todos los sectores, tanto estatales, como organizaciones no gubernamentales, el sector privado e incluso los mismos organismos internacionales.

Vemos también oportunidad para que exista una participación directa de las comunidades indígenas, esto podría permitir la transformación del sistema tradicional que hasta el momento se ha llevado, y que por el momento no ha logrado hasta cierto punto responder a estas necesidades que la comunidad manifiesta.

Dentro de las debilidades se contempla el desconocimiento de la medicina tradicional, que, en cierta medida, obstaculiza que las instituciones estatales permitan o puedan comprender lo que podría tener la comunidad. También se menciona la falta de formación de recursos humanos, en esto podíamos hablar de la existencia de un divorcio entre las instituciones formadoras de recursos humanos y las instituciones que hacen uso de este recurso. La universidad y la escuela de enfermería debieran iniciar acciones conjuntas desde aquí, en este campo, porque son estos elementos los que van a participar directamente en las acciones con las comunidades. Entre otras tenemos también: la falta de conocimiento de la culturas existentes de nuestro país y el desconocimiento de las necesidades de las bases.

La siguiente pregunta era analizar por país las prioridades en torno a la salud de los pueblos indígenas, quiero aclarar que en esto puede haber un poco más de discusión. En realidad, no conocemos las prioridades en relación a la salud de la población indígena según la clasificación de la movilidad existente en las comunidades. Quiero aclarar que este desconocimiento va relacionado directamente con la movilidad que la misma comunidad cataloga y es la misma que la medicina occidental ya tiene estructurada. En las comunidades, muy frecuentemente, se menciona que un niño falleció, sin embargo no se ha relacionado que esta causa se le adjudica a una diarrea, la misma comunidad le da otro enfoque.

Además se tomó como una especie de recomendación el enfoque de la aplicación de la iniciativa SAPIA, no debe considerarse como una separación de la población indígena para una atención de segunda clase, sino contextualizar la forma en que debe aplicarse, no se debe tomar como una iniciativa totalmente aislada. No debe estar concentrada en los problemas de salud sino tomar en cuenta las causas que generan esos problemas, existen algunos factores incluso determinantes que pueden generar la situación de movilidad en una comunidad, el factor social, económico, político, etc.

La tercera pregunta pide analizar las posibilidades de coordinación y grado de avance en la relación de trabajo entre el Estado, las organizaciones no gubernamentales, organizaciones indígenas y cooperación internacional.

En realidad, éste es un problema que es muy similar en todos los países de la subregión: no existe una coordinación nacional entre los sectores estatales, organizaciones no gubernamentales, sector privado, organizaciones indígenas y cooperación internacional. Actualmente se está iniciando en algunas áreas de salud, pero en nuestro país realmente no se ha generalizado.

Esto trae como consecuencia un individualismo en la toma de decisiones concretas y, en éstas, es importantísimo al determinar, fortalecer las experiencias de coordinación existentes en las bases de la población a través de la sistematización e intercambio entre las mismas organizaciones que ejercen dentro de la comunidad. Estamos conscientes que hay comunidades en las que existe esa coordinación, sin embargo existe un divorcio a nivel del sector estatal que, hasta cierto punto, es determinante para la toma de decisiones a nivel nacional.

**RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MODULO II**  
**CONDICIONANTES DE LA IMPLEMENTACION**  
**DE LA INICIATIVA SAPIA EN CADA PAIS**  
**ACTORES INVOLUCRADOS Y ENFOQUES DE LA COOPERACION**

**Duración:** 5 horas.

**Temas desarrollados:** Informes de los representantes de cuatro países; los avances logrados en la implementación de la iniciativa SAPIA; el marco interinstitucional con el cual están operando y los contratos establecidos con organizaciones y/o comunidades indígenas; prioridades de atención a pueblos indígenas, según zonas geográfica; situación crítica, etc. por países, y posibilidades de coordinación con ONGs, organizaciones indígenas y otros sectores.

**Modalidad de trabajo**

Cuatro exposiciones de representantes de países participantes; discusión, comentarios e intercambio de ideas en torno a las exposiciones. Análisis estratégico. Trabajo en grupos por país. Guía No 1.

**Bibliografía de referencia**

Adams, Richard N.  
1957

**Background and methods: Part one. p.1-26**  
In: Adams, Richard N. **Cultural surveys of Panamá, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Honduras.** Washington, D.C. Pan American Health Organization, (Scientific Publication; no. 33)

Banco Mundial  
1993

**Situación de Salud de los Pueblos Indígenas.**

1993

**Pueblos Indígenas y Desarrollo en América Latina: memorias del segundo taller inter-institucional sobre Pueblos Indígenas y Desarrollo en América Latina.** Washington, D.C. Banco Mundial, 121

Consejo Asesor Hondureño para el Desarrollo de las Etnias Autóctonas.  
**Pueblos Etnicos de Honduras.** Resumen informativo sobre los Pueblos Etnicos de Honduras. Tegucigalpa, 27 p.

Secretaría de Salud; Instituto Nacional Indigenista  
1993

**La Salud de los Pueblos Indígenas en México.**  
Ciudad de México, 38 p.

Terán P, Carlos  
1994

**Los Pueblos Indios y el Derecho a la Salud.**



## **MODULO III**

### **ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LOS PUEBLOS INDIGENAS**

**Cosmovisión de los pueblos indígenas y salud**

**Miguel Chan**

**Responsable de Educación en Salud y Medicina Tradicional**

**Centro de Estudios Mayas y Asistencia Maya-CCAM**

**Chichicastenango, Quiche, Guatemala.**

**El sacerdote maya y su relación con la estructura medica tradicional**

**Presentación de experiencia**

**Sr. Constantino Zapeta.**

**Sacerdote maya,**

**Grupo Transcultural, Totonicapán.**



# **COSMOVISION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD**

**Miguel Chan**

**Responsable de Educación en Salud y  
Medicina Tradicional  
Centro de Estudios Mayas y  
Asistencia Maya**

La fundación Centro Cultural y Asistencia Maya-CCAM ha tenido una buena experiencia; hasta el momento, los proyectos que hemos implementado nos han impulsado en la tarea de investigar y conocer nuestras propias raíces, las cuales aún nos mantienen en un buen equilibrio con la naturaleza, a pesar de todas las inclemencias del mundo maya y las enfermedades que la invasión trajo consigo. Sin esas raíces, a estas alturas no se encontraría vida alguna.

Para el mundo maya la vida tiene relación con todo lo que rodea al individuo e influye positiva o negativamente sobre él. Cuando el creador y formador hizo el mundo, invocó a cada uno de los elementos y energías existentes como el Reishaj, Miul y Zup.

Cada cosa fue creada para cumplir un propósito, al respetar y entender el objetivo del creador y formador se logrará el equilibrio normal de toda vida y, por ende, de toda salud. Cada cultura tiene su forma de ver la vida, la naturaleza y la salud desde sus propios ángulos.

El mundo maya en atención a sus raíces cosmopolitas, también ha velado por su salud, aún cuando ha vivido fases que quebrantan no sólo esto, sino hasta la destrucción de su mística. Por ello, las personas que nos preocupamos por la salud de nuestros semejantes, nos vemos obligados a conocer un poco de la cosmovisión y salud de las personas que la necesitan para poder reforzarla mejor.

Actualmente, la fundación CCAM ha identificado en la salud distintos elementos cosmopolitas practicados desde hace miles de años por la comadrona maya en relación a su conocimiento y manejo de terminología geotétrica. Ella, al igual que el sacerdote maya, ha sido valuarte de la salud comunitaria desde la época precolombina hasta la actualidad. Dentro de los elementos que ellos utilizan, y consideramos importante compartirlo, está la utilidad de las plantas medicinales, práctica utilizada por el ancestro maya de las poblaciones mesoamericanas. Brinda efecto para sus curas nativas con el aprovechamiento de recursos conocidos y elementales que tienen esencia para alimentar y fortalecer tratamientos y males que afectan la salud. También es utilizado por las comadronas en las comunidades en donde realizan su trabajo en forma ritual: en la orientación de las embarazadas, atención del parto, cuidado de los niños y otros tratamientos.

Tenemos otra experiencia, vemos que en la vida diaria nuestros mayores transmiten la vida real. El maya siente algunas energías que tal vez no se puedan ver, pero sí sentir. El encuentro con un sacerdote maya es algo de mucho respeto porque son personas de conocimientos en nuestras comunidades.

Hay otras energías que nosotros le llamamos tratamientos místicos, no se pueden tocar pero sí existen otros medios, que a simple vista parecieran creencias, pero para el mundo maya tienen una gran importancia y se toman como parte esencial para la prevención de muchos males. Por ejemplo: cuando una mujer en su momento de parto no ha usado su tejido o su piedra de moler, o no ha desatado su cabello etc., esto contribuye a prolongar su parto, las comadronas dicen cuando realizan un trabajo de parto que le piden a la paciente que deje guardado su tejido o piedra de moler, para que no le influya al prolongar su parto.

Hay personas que cuando miran que su perro está defecando enfrente de su casa o patio, le piden a otra persona que le preste el dedo meñique, y se ponen a la par del dedo de la otra persona y con eso logran que el perro no pueda defecar y vaya a buscar otro lugar, esto es cierto.

Tenemos un consejo maya que nos dice también que una mujer embarazada no debe pasar encima de un lazo, porque esto puede hacer que el bebé nazca con el cordón umbilical enrollado o puede tener otros problemas, hay otros ejemplos de consejos que nos dan en relación a nuestra salud. El maya, cuando llega el tecolote a cantar cerca de la casa, empieza a decir que puede haber un problema de salud en la familia o que puede haber una muerte. Si el maya va caminando y de repente le sale una culebra, le indica también un problema de salud, en ese momento se salva y pide perdón.

Se dan muchas cosas que tienen relación con el ambiente, la naturaleza y el ser humano; la cultura maya las encierra en un todo. Nosotros nos sentimos parte de la naturaleza, parte de las plantas, nuestros mayores nos dicen que no debemos quemar las plantas de hojas verdes porque nos puede dar dolor de oídos. Estas son algunas de las experiencias que hemos visto a través de la realización de nuestro trabajo. La cosmovisión maya está en la forma de pensar en la concepción y creación del universo, de la humanidad y la forma de manifestación del creador sobre la madre naturaleza.

Sugerimos que al tomar cualquier proyecto, no solamente de salud, se trate de respetar los valores y conocimientos culturales, haciendo énfasis en conocimientos y valores útiles de la vida.

## **PREGUNTAS**

**¿Siente usted que ellos están abandonando sus creencias y costumbres? ¿Hay mucho cambio? ¿Ha habido mucho implante de ideas nuevas?**

Sí, hay influencia y se están perdiendo un poco esos valores, pero todavía se vive, uno lo lleva en la sangre, a veces uno no lo cree hasta cuando le sucede algo y se arrepiente por no creer el consejo.

**¿Hay influencia de la religión, sea católica o protestante en relación a las mismas tradiciones?**

Actualmente, a nivel de Guatemala, el catolicismo ha entendido una parte de estas prácticas y ya no las está atacando como en años anteriores. Se cree que son politeístas, brujos, tienen un montón de nombres que no les benefician. Actualmente, la iglesia católica tal

vez no nos esté apoyando, pero tampoco nos está atacando. Las otras organizaciones religiosas van un poco más allá. A los jóvenes se les dan esas experiencias de vida.

**¿En la cultura maya son monoteístas o politeístas? Si fuesen politeístas, ¿cómo se da la relación de varios dioses y la madre naturaleza?**

Para el pueblo maya hay un creador y un formador del universo, a éste le llamamos Uxcucuj Uxuhuleu, el Dios Padre. Existen otras fuerzas, pero son partes que nosotros respetamos, para nosotros el Buen Dios está en todos lados, en las nubes a lo que le llamamos el Neu, el Siub, el Teu. Todos esos elementos son invocados porque son parte de la naturaleza, pero está claro que existe el Creador y Formador del universo.

## **EL SACERDOTE MAYA Y SU RELACION CON LA ESTRUCTURA MEDICA TRADICIONAL**

### **PRESENTACION DE EXPERIENCIA**

**Sr. Constantino Zapeta. Sacerdote maya, Grupo transcultural, Totonicapán.**

Cada uno nace con un signo especial, el aire lo tenemos en el pelo, fuego en el corazón, el agua es la cara, la tierra son los huesos. Nosotros los sacerdotes mayas no tenemos libertad para nuestros pensamientos y valores de nuestros antepasados maya- quichés; los invasores nos han dicho que somos brujos o hechiceros, que estamos atrasados y que no conocemos la ciencia. Estas son mentiras pues sabemos que nuestros antepasados tuvieron un adelanto, conocemos la ciencia y la especialización en matemática, un calendario exacto, la medicina y la agricultura.

Hoy después de 500, años solicitamos que entiendan y que busquen los valores de nuestros antepasados, el color rojo es la sangre, el color blanco son los huesos y la matemática, el color negro es el pelo y el color amarillo es el tiempo, la carne. Los mayas tenemos el color rojo donde sale el sol, el color negro en la casa del sol, el color amarillo del lado de la costa, el color blanco de ésta.

Tenemos 4 abuelos: primero Bakam Quiché que se fue al sur con la salida del sol; segundo Bakam Pac que se fue con la caída del sol; el Matagugueip a la derecha del cielo; y el Xij Bagam se fue del otro lado del cielo. En Paxixique, fueron a traer el maíz blanco y el maíz amarillo, que sirvió para carne del hombre, la llama es el espíritu, es el corazón de la tierra y corazón del cielo.

El año pasado visité Tikal, pero tuve que sacar permiso, pedir permiso para ir a visitar las plazas de nuestros abuelos. Visité Copán en Honduras, también saqué permiso; igual para ir a México a conocer el Cerro de Chutelpayak; y uno tiene que pedir permiso, lo que yo recomiendo a los hermanos castellanos es que nos den el permiso.

Estoy trabajando un poco sobre la medicina maya, hermanos castellanos y hermanos mayas cuando yo era pequeño no cursé ningún grado, no conocía un pizarrón, un cuaderno ni un lápiz, y ahorita hablé como un tartamudo y como un loro.

Lo interesante del calendario es que cada quien tiene un signo, nadie puede ser médico porque tiene dinero o por que le gusta la medicina, si no es un signo del calendario. Mañana según el calendario es la bendición para los que trabajamos en salud, para la curación. Entre más pequeña es la numeración necesita más reforzarse, entre más grande es la numeración, el signo es mucho más fuerte. Digamos que los que están más altos dentro de la jerarquía de salud son los No'j, si estuviéramos del lado occidental estaríamos diciendo que los intelectuales son los No'j. Entre más alta es su relación es mucho más intelectual, el trabajo del sacerdote maya es comprendernos, entre más bajo sea el número.

## **PREGUNTAS Y COMENTARIOS**

**El Estado le prohibía visitar los templos, no sé si le entendí bien. ¿Qué medidas han tomado las organizaciones indígenas acá para que no se les prohíba poner en práctica sus conocimientos? ¿Cuáles son los motivos por los que se le ha prohibido desarrollar su ceremonia normalmente?**

Lo que han prohibido es ir a celebrar ceremonias a los cerros, a los templos de los mayas. Hay ciertos problemas, para llegar a una ruina o templos de los abuelos tenemos que pedir permiso; tenemos que dar algunos centavos para ir a celebrar una ceremonia del santo maíz, para ir a celebrar una ceremonia del año nuevo, ir a celebrar una de los 9 meses, ir a celebrar de los santos óleos, y la luna. Tenemos que pedir permiso y que pagar y como nosotros los mayas de parte económica nos falta dinero para pagar en la entrada y para pagar el pasaje, yo veo que estamos algo rechazados.

**El convenio 169 aunque no lo ratifiquen, es una ley de los países firmantes que probaron ese tratado de las Naciones Unidas. Creo que deben basarse en eso y comenzar a aplicarlo como lo recomendara Rigoberta Menchú. Ese convenio 169 donde se plantea el respeto a las culturas de los pueblos indígenas debe ponerse en práctica y denunciarse el atropello de que son víctimas por que así se va a perder la identidad cultural. Este es mi comentario para que el pueblo maya pueda buscar la forma en que no se les prohíba a ellos que practiquen su religión, a la hora que quieran, donde quieran.**

**En Honduras es diferente, nosotros practicamos la religión garífuna y no tenemos que pedir permiso, nosotros lo hacemos a la hora que queramos y como lo queramos, aquí las cosas son diferentes.**

El año pasado cuando visité Tikal, pedí permiso y no nos dieron; a ustedes hermanos les pedimos que nos ayuden no en lo económico, sino en que nos den la libertad, que nos den permiso. La región maya no está en contra del gobierno, de un alcalde, de un juez.

**Yo quiero saber si alguna vez ustedes han pensado en construir un templo maya para hacer sus ceremonias, porque yo veo aquí que hay templos sinagogas, judíos, evangélicos e inclusive templos mazones legales. ¿Han pensado en construir un templo maya moderno?**

Moderno es más el templo de la luna, el templo de la historia lo tenemos aquí en un lugar de Guatemala que le dicen Sacantej Satababaj , cuando vinieron los hermanos españoles los vinieron a terminar para abajo, lo terminaron todo; hay otro templo que le dicen Sajché, allí fue el último donde fueron a esconder a nuestros abuelos, lo que dijo los Ajcam y los que le agradecen lo que dijo.

**Cual es la relación de ustedes con la religión católica o la religión protestante, hay gente que acepta las 2 cosas, la religión católica y la religión maya o es una cosa y la otra?**

Ahorita en primero estamos algo así, hay unos con la enfermedad, el alcohol, fracaso ellos aceptaron la religión maya pero están en dos cosas, católico y maya; pero en mi persona no estoy en los dos. Donde yo estoy es en maya, porque yo sé que solo uno es el constructor,

dictador, hacedor, porque él hizo todos los seres, entonces un mero maya no acepta varios dioses. Hay varios que nos tratan de brujos, hay otros brujos que mencionan muchos dioses, pero el mero sacerdote maya es un solo creador, es el que vive en el espíritu, del aire, el que rezó en la tierra con la luna, el sol, las estrellas, las plantas, los lagos, los ríos, el mar, las piedras, el agua hasta con los animales.

# **MESA REDONDA**

## **CONSIDERACIONES SOBRE ETNICIDAD Y SALUD Y COMUNICACIÓN INTERCULTURAL**

### **TEMAS Y DISERTANTES**

#### **Consideraciones sobre etnicidad y salud**

Dr. Jorge Solares, Director del Instituto de Estudios Interétnicos,  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

#### **Comunicación intercultural**

Licda. Leonor Hurtado. OPS.

#### **Interpretación y práctica en torno al proceso salud enfermedad en poblaciones indígenas.**

Dr. Juan José Hurtado, Guatemala



## **CONSIDERACIONES SOBRE ETNICIDAD Y SALUD**

**Dr. Jorge Solares  
Director del Instituto de  
Estudios Interétnicos, USAC**

Visiones sobre cosas comunes pueden ser aplicables en Guatemala como a otras regiones étnicamente diferenciadas en América. Etnicidad involucra indígenas, no indígenas, garífunas, no garífunas, etc.

Etnicidad es una relación de contraste entre culturas diferentes. Este es un aspecto del cual se pueden extraer reflexiones y no verdades. Nosotros afrontamos una situación, que por siglos, se ha caracterizado por una centralización extrema, la que implica varias cosas: polarización de opiniones y de políticas; una fragmentación, muchas veces, liberada de la sociedad civil; un grado apreciable de intolerancia hacia lo que no es lo oficial, ni dominante; y esta diferencia nos lleva a determinados grados de violencia.

Guatemala es un contexto de violencia, pero aunque sea cierto tenemos que plantearlo como un punto de partida y desde éste ver lo étnico de Guatemala. ¿Qué es la violencia? ¿Qué es la intolerancia? Es lo que ha regido, de una u otra manera, las determinaciones para las acciones de desarrollo y de salud. Ante esta situación, he visto en mi país y en otros, que parte de los sectores están dedicados a tratar de resolver los problemas sociales. Existe una buena voluntad, pero, lamentablemente, ésta puede a veces confundir ciertas cosas, tales como el desarrollo con paternalismo.

Guatemala es uno de los polos donde comienza Mesoamérica. En términos genéricos, Guatemala está diferenciada por dos grandes segmentos. El primero de éstos (del centro, al occidente del país) es una Guatemala mesoamericana fuertemente indígena, con una profundidad histórica considerable. El segundo (del centro, hacia el oriente) es una Guatemala centroamericana, en la cual los mesoamericanos pierden el relieve, y se convierte en una zona muy semejante a Honduras y El Salvador, incluso si estamos en la capital, hay como una frontera hacia el occidente, en donde encontramos una ciudad fuertemente indígena y hacia el oriente fuertemente clásica.

Ante esta situación y ante la polarización económica, ideológica y cultural, la intolerancia y violencia, uno a veces se pregunta, ¿estamos ante una nación guatemalteca? ¿existe una nación guatemalteca o no?. Al respecto se han dado diversas opiniones. Unas se orientan a que no hay una nación guatemalteca; otras, a que sí hay una nación; y otras a que son varias naciones. Lo que sí podemos asegurar es que, desde que Guatemala fue creada, tenemos un enfrentamiento de dos procesos históricos, Mesoamérica y Centro América.

Cuando hablo de dos procesos históricos en confrontación, me refiero a ellos como el factor mesoamericano fuertemente indígena (en nuestro caso, los indígenas fuertemente mayas). La presencia constante del indígena en Guatemala no es, como muchos pretenden, una sobrevivencia de culturas; es mucho más que una sobrevivencia, es una resistencia consciente y deliberada. Por lo que 470 años de presiones para convertir a los indígenas en no indígenas han sido un fracaso.

Ahora, esa resistencia no es inmune, ni atada a reliquias del pasado. Es una resistencia altamente dinámica y cambiante que toma elementos ideológicos, políticos y otros que le sean convenientes para mantener esa bandera de resistencia. Por lo tanto, en esta Guatemala dicotómica, la identidad étnica no es referida al contenido cultural aún cuando éste es importante. La razón del origen está más fundamentada en el carácter de las interrelaciones. No me defino por un contenido cultural, me identifico con el moradín, garífuna, y así también con los grupos que se me contrastan, quienes tienen que hacer referencias para dar a conocer su identidad.

En Guatemala no sólo tenemos referentes étnicos, de cultura, y de identidad, sino también de clase, y son referentes de contraste y de confrontación. Estas identidades confrontativas tienen dos grandes puntos de referencia: uno es el sector social distinto (los ladinos tenemos de indígenas; y los indígenas tienen de ladino). No, necesariamente, estoy hablando de confrontación armada, es simplemente una contraposición. Además, tenemos una confrontación que es el contraste con el espacio, lo cual nos permite decir que posiblemente tenemos una nación, pero esto no es técnico. Asimismo, decimos que hay un Estado, que por sus relaciones, lo muestra como autoritario y, a la vez, extremadamente débil ante los sectores de poder y el económico. Está claro que el Estado guatemalteco y su aparato gubernamental de turno, poco pueden hacer o intentar mayor cosa contra el sector económico que coordina el sector mexicano.

A través de esta debilidad, podemos darnos cuenta que el Estado es altamente autoritario hacia el factor étnico. Si Guatemala es un país, presuntamente pluriétnico, vemos con sorpresa que el Estado ha sido y es para un país no auténtico, sin diferenciaciones étnicas. Esto puede verse en muchos aspectos, por ejemplo en un país pluriétnico y multilingüístico como el nuestro, en donde supongo que más de la mitad de la población habla uno de veintitantos idiomas mayenses, tenemos, sin embargo, un idioma oficial que es el castellano.

En el aspecto jurídico, tenemos un sistema para un mundo en que la mayoría de la población es mesoamericana con derechos comunales, incluso con rasgos prehispánicos. Pero el Estado no toma en cuenta eso, lo ignora, y por lo tanto ignora su descendencia. La constitución del país, sólo para mencionar la última de 1985, está basada en ocho modelos de constituciones latinoamericanas como la costarricense, colombiana, etc. No se les ocurrió a los padres de la patria tomar en cuenta la fisonomía pluriétnica del país para la elaboración de una constitución adecuada a la multietnicidad. Lo mismo podemos hablar de la religión y de la tierra que es el factor primario.

En lo que respecta a salud, ésta es básicamente estatal, con un fuerte problema de autoritarismo y de intolerancia hacia los criterios de salud.

En este contexto de violencia, los sectores dominantes han visto a los indios como un aspecto para el desarrollo. Aquí entramos a otro aspecto de la violencia "el cinismo", que básicamente lo empiezan a recibir desde la cuna. Un racismo que pretende el desarrollo nacional basado en la clasificación de los indígenas, disipando su desaparición al mestizarse. Cuando este racismo y la violencia dejan pensar en una situación de cierto control desde una tremenda agonización cualitativa y ecocualitativa, entonces esa situación que Guatemala ha vivido los últimos años de terror institucionalizado, violencia armada de altos niveles y con todas las escuelas, nos da el contexto de ingobernabilidad, en la cual Guatemala es un buen ejemplo.

Por supuesto, todos los sectores dominados y vulnerados han tomado formas de resistencia y de organización, las que nos han llevado a esta situación actual, por lo que puedo decir que no tenemos una democracia verdadera.

La verdadera democracia en Guatemala (zanjada por grandes diferencias de identidad y económicas) implicaría un nombramiento económico, erosión del esquema centralista y respeto a las diferencias. Es decir, una tolerancia a la diversidad, reconociendo que ésta es factor de riqueza, nunca de atraso. Por lo tanto, la diversidad étnica existe, tiene derecho a permanecer y es factor de riqueza.

En ese sentido, me preguntaría ¿cómo unir la identidad ladina con la indígena, garífuna, misquito, etc.? La identidad, no es solamente un factor de contenido cultural (tiene que ver, pero no depende de eso), no es necesariamente un factor lingüístico, es algo mucho más dinámico. Por ejemplo, en Guatemala, una persona no es indígena porque luce un traje determinado o viceversa, una persona luce un traje determinado porque es indígena. Esto, como reflejo social, tiene una explicación histórica (que arranca desde la invasión española) pero el factor básico de debilidad es el tipo de relación social.

La identidad indígena se refiere, no sólo a lo que se siente internamente, sino lo que el otro piensa de uno, ¿cómo me trata?, ¿cómo me desprecia?, ¿cuánto valgo yo? y ¿qué mal soy tratado?. Esta es una de las formas de identidad, en este sentido de interrelaciones interétnicas. Conocer que el desprecio o la admiración de muchos sectores económicos ladinos hacia el indígena, no es porque tenga x ó y futuro (eso es indiferente); la admiración se debe, entre otras, a la cultura del grupo dominado o subordinado, la del grupo resistencia. Esta no es un contenido, es un estandarte, una proclama, un decir esto me representa a mí y lo pongo como una bandera de identidad, de presencia y de reto social.

La identidad, dentro de un contexto democrático inexistente, implica justicia interétnica. Estoy seguro que la democracia, necesariamente, tiene que pasar por la justicia interétnica, que no implique homogenización (que no todos seamos idénticos) y que tampoco pase por la exclusión. Por ejemplo, como usted es indígena es excluido de los servicios de la democracia. Debe ser una democracia de contraste, pero no de polarización y de respeto hacia las diferencias. Entonces, en un intersentido pensamos que los políticos, los intelectuales y las instituciones nacionales deben adecuarse a la sociedad multiétnica y no viceversa como ocurre en la mayoría de casos, en que se trata de adecuar la sociedad a las instituciones políticas, educativas, de salud, etc.

Desde este punto de vista, la salud se constituye en un elemento del esquema político nacional. No podemos pensar ni actuar en salud sin tomar en cuenta los demás sectores y los componentes de la vida social, porque la gente no separa su realidad ni establece fronteras rígidas entre salud, región, cosmovisión, fisonomía, historia, etc. La realidad es única y la red es una.

En este compartir de ideas, estamos elaborando un esquema que es correcto y tiene fundamento histórico en nuestros países. Hay una frase muy interesante, "nosotros los Pocomames centrales entendemos el castellano, comprendemos perfectamente lo que nos dicen, no hay problema, pero entendemos el mundo en Pocomam" Esto es muy interesante, porque

el Quiché entiende el mundo en Quiché y el garífuna entiende el mundo en garífuna.

Cuando observamos que en el campo de la salud, se tienen concepciones totalmente alejadas de una forma mesoamericana de ver y entender el mundo (por ejemplo, cómo el anciano Pocomam entiende el mundo) entonces, tenemos que ver un programa de ellos. Hay dos aspectos a considerar: el primero es cómo adecuar el pensamiento a las formas sociales, a las cuales el pensamiento no debe fingir; y segundo, cómo nuestros esquemas de salud tienen que adecuarse a una división histórica y política muy específica.

En Guatemala, nuestro esquema de salud tiene cuadros axionómicos de las enfermedades y aquí es oportuno introducir algunas reflexiones acerca de ¿si será que nuestras grandes instituciones sanitarias, como los hospitales, son realmente identidades de sanción, de curación? ¿No será que al despojar a un enfermo, a un maya, de su ambiente, hay una frialdad absoluta de deshumanización total? Porque ni siquiera se le responde, es manipulado como un objeto, por consiguiente ¿no será que el hospital está causando más problema del que está resolviendo?. Las enfermedades y aflicciones de salud no sólo son lo que el ojo clínico mira, sino que tiene que tomar en cuenta lo que la gente percibe de su enfermedad, ya que la persona es un sujeto histórico y reacciona de acuerdo con eso.

Creo que hay aspectos muy importantes que tenemos que superar y tal vez uno de ellos, puramente ideológico, es dejar de pensar que andamos con la verdad en la mano. No es que todo lo que hagamos sea incorrecto, ni todo lo que la gente hace sea correcto, tampoco que todas las creencias populares son perfectas; no se trata de eso, pero tenemos que ver con bastante cientificismo lo que la gente hace, dice y cómo reacciona a las transacciones de salud.

Tenemos que ser democráticos. No podemos hablar de salud, sin abstraernos en política; no podemos hablar de enfermedad, sin hablar de sociedades nacionales; y tampoco podemos hablar de sistemas de salud, sin hablar de Estado y Nación.

Ahora que se está hablando de la Asamblea de la Sociedad Civil para lograr la paz en Guatemala (convenio 94) es terrible el resentimiento y la resistencia que adoptan los sectores ladinos (algunos hegemónicos y otros no) en relación con este tema.

Existe resistencia a legislar los grupos mayas y las comunidades, ya que éstos tienen sus propias formas legales comunitarias. Asimismo, hay resistencia a que los grupos indígenas obtengan la oficialización de sus idiomas.

El contenido de la constitución es considerado una verdad inamovible y eterna, ya que ésta es la ley oficial. Esto se percibe como un sistema de intolerancia absoluta y por lo tanto centralista, hegemonzadora, única, no democrática. Es necesario empezar a cambiar nuestra mentalidad para que la visión de las instituciones se oriente hacia la fisonomía multiétnica de nuestra sociedad.

La lógica que se maneja en el campo de la salud mesoamericana choca profundamente con la lógica encontrada en los textos de patología hechos en Estados Unidos o Europa occidental. Esto amerita ponerle atención y pensar que la lógica mesoamericana puede tener razón, ya que no tenemos el popularismo y lo que procede, en este caso, es estudiarlo con la mente abierta para entender la lógica de los mayas que están en la lucha política, económica,

de salud y de educación. Puede ser que estos grupos poblacionales entiendan o no nuestros esquemas, pero también puede que nosotros no entendamos los de ellos y lo lógico es que deberíamos esforzarnos por entendernos mutuamente, sin confundir acción y desarrollo con paternalismo, ni actividad con angustia.

## COMUNICACION INTERCULTURAL

**Licda. LEONOR HURTADO**  
**OPS/Guatemala**  
**Consultora**

El tema que me solicitaron exponer es el de la Comunicación Intercultural. Para esto, es necesario ubicar la comunicación como un proceso de interacción social y democrático, basado en el intercambio de símbolos, en el que las personas comparten voluntariamente sus experiencias. Esto se da en condiciones que permiten el acceso, diálogo y participación libre e igualitaria. De lo dicho, se deduce que dentro de este proceso se establece una relación entre dos sujetos.

Para comprender mejor la comunicación, un diagrama puede ayudarnos a ubicar los elementos que participan dentro de la misma. En primer lugar, se encuentra el emisor o codificador que es quien genera el proceso (a partir de una fuente de información) elabora y transmite un mensaje. En segundo lugar, está el receptor, quien decodifica este mensaje, interpretando y analizando los símbolos que le son transmitidos. Se puede apropiarse del mensaje y reaccionar, posteriormente, ante el mismo, cambiando entonces la función de los dos sujetos. Al principio, pudo haber sido la comunidad, la receptora, quien, posteriormente, codifica y da una respuesta.

La Comunicación es, entonces, un proceso muy dinámico en el que la función de cada uno de los elementos no es estática. Para que se desarrolle una comunicación (sobre todo cuando se habla de comunicación intercultural) es importante contar con otro elemento fundamental, como lo es la existencia de una experiencia común.

Si representamos el emisor por un círculo, y el receptor por otro círculo, vemos que entre ambos debe haber un campo de experiencia compartido. En la conferencia anterior, señalaron que como Mam se tiene una forma de ver el mundo y como ladino se tiene otra. Este ejemplo indica que si no tenemos elementos en común, que nos permitan comprender las cosas de forma similar, o al menos identificar qué está pretendiendo decir la otra persona, no lograremos que el mensaje pase de uno hacia otro.

Un aspecto importante a considerar en el proceso de comunicación y que limita la comprensión del proceso de comunicación intercultural, es el concepto que sobre la misma tenemos, el cual generalmente es equivocado. Por ejemplo, se habla de los medios de comunicación masiva (radio, televisión y periódico) y de la persona que elabora mensajes y los manda; pero, que no tienen la capacidad de percibir y divulgar de la misma forma la respuesta del otro sujeto (receptor). Esto evidencia que son realmente procesos de información, donde el sujeto que actúa es quien elabora el mensaje y pretende transmitirlo a un receptor, al cual cataloga como un ser pasivo que lo único que puede hacer es aceptar o rechazar el mensaje.

Para superar esta limitación de comunicación intercultural es indispensable ver el proceso como algo dinámico, con dos direcciones, en el cual el receptor tiene la posibilidad de reaccionar, emitir su opinión, y de influir en la forma de pensar de quien ha originado este proceso de comunicación. En este tipo de comunicación, a quienes cumplimos una función

técnica (ya sea como educadores en salud o como educadores agrícolas) casi se nos ha inducido a asumir el rol de adultos, en tanto que la comunidad debe asumir el de niños. En este sentido, la población debe permanecer callada y aceptar la idea del técnico, y nosotros como poseedores de la verdad, podemos ejercer cualquier tipo de actividad.

Otro aspecto que dificulta la posibilidad de la comunicación intercultural es, probablemente, la inexistencia de ese traslape de experiencias, como se veía en el esquema anterior. De esto resulta que el mensaje enviado se pierda y no llegue a la otra persona, ya que no existe una visión similar del mundo, incluso porque no se tiene un mismo código, idioma y forma de interpretar un lenguaje físico de expresión del movimiento de manos que puede ser interpretado correctamente, sin contrariedades.

Esta situación tan compleja y marcada (por la forma de pensar y de ser de cada grupo) nos permite reconocer que existen barreras de diferente tipo, las que limitan las posibilidades de transmitir mensajes y que sean comprendidos. Asimismo, la de lograr la reacción esperada de las personas, a las que estamos tratando de transmitir una forma diferente de pensar y actuar. Estas barreras son de orden sociológico, psicológico, pedagógico o lingüístico, y que vistas así parecen barreras muy obvias. Sin embargo, en el proceso de comunicación que se da en instituciones integradas, y que tienen una función específica, estas barreras parecen diluirse y se actúa como si no existieran, pretendiéndose que la población acepte los conceptos institucionales y los incorpore en su vida.

En Guatemala, podemos llegar a caracterizar dos grupos de población predominantes: la ladina y la indígena, y como grupos diferentes, de acuerdo con su situación económica, social y cultural. Debido a que la educación formal ha tenido mayor relevancia y que la ubicación de las personas en puestos institucionales ha sido definida, no sólo por su capacidad económica, sino también influida por su origen étnico, podría decirse que, la mayoría de veces, el emisor es ladino y el receptor es indígena. Esto permite evidenciar la contraposición que existe entre ambos grupos.

Esta contraposición podemos observarla, también, como parte de la situación económico-política, en donde los técnicos institucionales son los colonizadores, cuya imagen es la de vencedores satisfechos, en cuanto a sus principales necesidades (acceso a la escuela, hospitales y lugares de recreación) y en donde los indígenas son los colonizados, vencidos, pobres y los de situación en extrema pobreza. Desde el punto de vista social, los profesionales técnicos son los educados y atendidos, mientras que los indígenas constituyen las comunidades marginadas, analfabetas e ignoradas.

Con respecto a la situación cultural, a los ladinos nos invade un cuestionamiento personal cuando vemos nuestra identidad definida en función de negar la identidad de la mayoría de la población guatemalteca. Es en este momento, cuando tratamos de identificarnos con la cultura occidental, con la moda y sus valores, mientras que la población indígena comienza a discernir entre una situación de resistencia, manteniendo su tradición, o una situación de aculturación y discriminación.

Dentro de este marco contextual, la posibilidad real de comunicación se anula, porque son dos grupos que están en una situación totalmente diferente.

En lo referente a la comunicación en el campo de la salud, la experiencia que he tenido ha sido fundamentalmente en educación para la salud. Al respecto de mi trabajo con población indígena, ellos llegan a caracterizar la intervención del sector público, a través de una serie de señalamientos que indican que:

- Se hace muy poco énfasis en la medicina preventiva.
- Las políticas de salud son centralizadas o neutras, es decir, que no reconocen la pluriculturalidad de la población.
- Las estrategias están divorciadas del proceso pluricultural y social.
- Generalmente, no hay comunicación sólo información unidireccional.
- El material educativo que se utiliza es técnico y no considera las características antropológicas de la población comunitaria.

Por otro lado, el personal técnico de salud define a la población indígena comunitaria (con la que le corresponde trabajar), señalando que es muy fácil formar grupos con ella, pero es muy difícil mantenerlos; la participación comunitaria es baja; las comunidades tradicionales son cerradas; la comunidad es apática, resistente y conformista, y no le gusta el cambio.

Podría pensarse que la aceptación de la intervención se logra al conocer mejor a la población y tener una relación más estrecha y directa con ella. Sin embargo, estudios realizados muestran que la población indígena no rechaza la medicina occidental o las intervenciones sugeridas, lo que rechaza es la actitud del personal técnico, el irrespeto y el trato de que es objeto. Por ejemplo, el decirle lo bonito que es su muchachito, pero jamás extenderle los brazos para cargarlo y recibirlo por el temor a ensuciarse. Esa actitud es la que marca la relación e impide que ellos puedan aceptar la intervención ofrecida.

En el trabajo directo con la comunidad, llegamos a identificar la manera de como el personal de salud mira a la comunidad, quienes pretenden introducir innovaciones dentro de las comunidades. Asimismo, la población nos señalaba muy claramente que el personal no permanece en el área, o sea, que son trabajadores que llegan a las 9 ó 10 de la mañana y se están yendo a las 12 (que es cuando se va la camioneta). Es gente que no vive con ellos, que no padecen las limitaciones que ellos tienen, por lo que no pueden involucrarse en la solución de los problemas que les son prioritarios. Abusan de la explicación y no realizan acciones concretas; realizan muchas investigaciones y muy poca acción; investigan y no informan de los resultados. La población comenta que con ellos llega mucha gente, les pregunta, pasa censos, hace encuestas y después se lleva la información, como si no fuera nuestra información.

Como trabajadores técnicos debemos reconocer que esa información es de ellos. Si bien, nosotros hemos tenido el privilegio de poder sistematizarla estadísticamente, es nuestra obligación devolver dicha información a quienes nos la han proporcionado. Dicen conocernos y querernos pero no aprenden nuestra lengua, no se integran a nuestras organizaciones, no utilizan plantas medicinales, no escuchan ni bailan nuestros sones, no comen nuestra comida, no comparten nuestro dolor, ni adornan su casa con nuestras artesanías. Les gusta ser padrinos, pero no nos seleccionan como padrinos a nosotros.

Esta es una visión clara de la discriminación del técnico, que pretende ir a modificar la forma de conducta de la población. Habla con los más listos e ignora al resto. Esto, nos evidencia cómo los técnicos cumplimos solamente con objetivos institucionales y con la responsabilidad de informar cuantitativamente acerca de la cantidad de reuniones que se han hecho y de gentes que están utilizando tal producto. Por esta razón, nos aprovechamos del más listo, del que habla más español, pretendiendo con eso alcanzar el objetivo institucional. Se inclinan por el liderazgo individual, hablan demasiado y se van cuando nos toca hablar. No nos informan ni consultan del trabajo, piden permiso para entrar, pero no para salir. Al iniciar el trabajo en una comunidad, se habla con el alcalde, o el Alcalde auxiliar, con los maestros y con el párroco, para darnos imagen ante el pueblo, pero cuando se terminó nuestro contrato, -ni me acuerdo si los vi-, y me retiré porque se terminó mi contrato con esta institución y, entonces, ya no tengo nada que ver con ellos.

Esto, realmente, llega a lastimar a la comunidad y bloquea las posibilidades reales de comunicación y de intervención. En el trabajo se ha identificado que para lograr una comunicación efectiva, se requiere compartir un campo de experiencia. En este sentido, a los técnicos nos corresponde tener la sensibilidad e inquietud suficiente para investigar cuál es el campo de experiencia de ellos, adaptarnos y transformar nuestro mensaje.

En mi trabajo en Tonicapán, siempre en supervivencia infantil, pude identificar diferencias en la percepción de mensajes contenidos en materiales educativos. Por ejemplo, en algunos carteles elaborados por la junta nacional de educación extraescolar (con respecto al proceso de deshidratación) en los cuales se muestra un cántaro rajado que chorrea agua y platicando ya con las comadronas (con quienes estaba trabajando) me dicen: "eso que usted dice no se mira tanto, tal vez es como una olla de tamales que se está cocinando, y que si uno no está pendiente de echarle agua, se ahuman los tamales y todos se descomponen". Uno se da cuenta cómo el mensaje puede ser más gráfico y claro, si logramos penetrar ese espacio, desde el cual ellos acomodan y ven las cosas. Otras características que deben tener los mensajes son: el ser comprensibles y aceptables, sobre todo desde el punto de vista cultural; de principios y valores; así como ser oportunos y aplicables.

Algunos principios que se lograron definir de este trabajo de comunicación son: convivir con la gente; dar mensajes que sensibilicen (que el mensaje llegue, no sólo a la cabeza, sino, también al corazón); hablar el idioma de la comunidad; aceptar valores; valorizar la existencia cultural; y promover la participación de legitimadores. Esta última palabra, la conocimos de Lucía Ramazzini, una investigadora que trabajó en INCAP (en la década de los cincuenta), la cual valoramos con la comunidad al trabajar con personas que tienen una legitimidad reconocida dentro de la misma.

Nosotros, los técnicos, no debemos pretender ser los voceros, sino tener como apoyo esas personas reconocidas dentro de la comunidad y que sean ellas quienes comprendan el mensaje y lo transmitan al resto (ya que hay muchas cosas válidas de la medicina tradicional, pero hay prácticas que son nocivas, que es indispensable cambiar). Por ejemplo, si trabajamos con una comadrona, sacerdote o un curandero, deben ser ellos quienes se apropien del mensaje, del cambio requerido y lo trasladen a la población. Son muy diferentes los resultados, de esa manera, a que seamos nosotros, quienes tratemos de provocar el cambio.

Otros aspectos que descuidamos en el proceso de la comunicación intercultural, son los referentes a lograr la participación consciente de la comunidad en los procesos de investigación, planificación, ejecución y evaluación; promover que miembros de la comunidad asuman la dirección en la elaboración de mensajes útiles; y utilizar la recreación como vehículo educativo. Además, es necesario ver el lado agradable de la comunicación, involucrar a niños y jóvenes en las actividades, potenciar las redes familiares de comunicación y de las organizaciones autóctonas, promover la conjunción de esfuerzos y recursos interinstitucionales.

Un viejo poema chino fue el que nos animó cuando estuvimos trabajando en Totonicapán, que dice:

"Introdúctete en la gente, vive entre ellos, aprende de ellos ámalos, comienza por lo que saben, construye sobre lo que tienen, para que en el trabajo terminado, la gente toda diga: lo hemos hecho nosotros mismos".

## INTERPRETACION Y PRACTICA EN TORNO AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN POBLACIONES INDIGENAS

*Dr. Juan José Hurtado*  
Médico-Antropólogo Ponencia

Vengo después de muchos años de no hacer trabajo de campo y de estar apartado de este tipo de aspectos en Guatemala. Los datos que voy a utilizar no son contemporáneos, tienen diez o más años, recogidos en algunas áreas de Guatemala, como San Juan Sacatepéquez, recogidos cuando trabajé en la escuela de nutrición de INCAP; además en Patzicía y Patzún (con grupos kakchiqueles); y con algunos grupos kichés en Petén. Obviamente, la cultura va cambiando y no estoy actualizado, pero creo que este tipo de análisis, eventualmente, es valioso.

La primera consideración que quiero hacer es con relación a la antropología, o tal vez a las ciencias sociales, que pueden tener un enfoque biocultural. Lo hago pensando en el trabajador de salud de Guatemala, cuya formación está más orientada hacia la investigación médica, bioquímica y a los factores biológicos.

Por otro lado, el administrador de ciencias sociales se dirige más hacia los factores culturales. Entre estas dos líneas de pensamiento existen áreas de traslape que constituyen el enfoque, que creo se adapta a la medicina que practico, de tipo occidental, o para la medicina indígena que tiene un carácter mucho más biocultural.

Un ejemplo lo constituye la alimentación, en donde la misma no es únicamente el alimento que ingerimos, ya que éste es solamente el aspecto biomédico y las consecuencias de la ingestión del alimento, son puramente bioquímicas. Pero eso no es todo, al lado de estas consecuencias está la naturaleza de la selección de los alimentos: cuándo, cómo, dónde, qué alimentos adquirimos y qué atributos le adjudicamos a esos alimentos. Para ello, existen consideraciones de orden social, político, cultural e inclusive religioso. En este caso, apreciamos la combinación de los factores biológicos y culturales, lo cual ejemplifica la visión que se le quiere dar a las ciencias sociales cuando se aplica al campo de la salud.

Otra aclaración es que no se debe hablar de antropología médica, sino de antropología de la salud, para no circunscribirla a los médicos.

### **Análisis de las prácticas relacionadas con la salud**

Durante mi ejercicio profesional rural, encontré una serie de cosas que no entendía y para las que no estaba preparado. Esta situación me frustraba, desmotivaba, y me hacía darme cuenta que, en la Facultad de Medicina, no me habían enseñado a comprender a otros grupos poblacionales. Por ejemplo, lo que yo había aprendido es que la fiebre es un síntoma; el individuo que la presenta está demacrado (tiene algo) y podía cuantificarla con un termómetro (actualmente, se puede hacer hasta con rayos infrarrojos). Yo lo veía como un fenómeno totalmente englobado, donde el individuo tiene o no fiebre. Sin embargo, no comprendía que

el individuo tuviera "punto de fiebre", ya que no correspondía a las categorías conceptuales que se me enseñó a manejar. Obviamente, los códigos que yo estaba utilizando eran diferentes a los de la comunidad. Esta situación me hizo dudar si la fiebre correspondía a la fuerza del cuerpo, debilidad, conceptos de calor-frío, conceptos de fuerza, etc.

Cuando la gente hablaba de las variaciones en la cantidad de sangre, hacía referencia que el individuo recibía una cantidad determinada de la misma, que va a conservar toda su vida. Si la pierde tendrá una disminución en su cuerpo, ya que la sangre es la que da fuerza. En relación a lo cualitativo, la sangre puede ser débil o fuerte, ya que como decía un compañero hay fuerzas que no se miran pero que se perciben, por lo que hay personas con sangre fuerte o débil. Asimismo, existen personas con una mirada fuerte o débil. Estas variaciones pueden ser temporales o permanentes y tienen grandes implicaciones físicas, fisiológicas, psicológicas y también de resistencia a las enfermedades. Esta ayuda de la sangre, en relación a la resistencia a las enfermedades, constituye un concepto muy claro de prevención dentro de la medicina indígena. En las variaciones permanentes, el individuo hereda, nace con un don de acuerdo al día en que nace y por circunstancias calculadas en su nacimiento tiene una sangre débil o fuerte.

Las incidencias en la vida cotidiana (fases de la luna y otros) influyen sobre el aspecto cualitativo de la sangre, lo cual indica que el individuo es una parte fundamental e íntima de la naturaleza. Si contrastamos todo este conocimiento, en relación a salud y enfermedad, y quisiéramos contrastar de una forma artificiosa lo que hay en el conocimiento popular y en el médico occidental veremos que el contenido es absolutamente diferente. Hasta el momento, he tratado de hablarles sobre categorías que no caben ni existen dentro de la medicina occidental, ya que los contenidos no sólo son diferentes, sino que además existen una gran cantidad de categorías conceptuales.

Las categorías conceptuales de la medicina popular, probablemente, son mucho más limitadas. Con esto no quiero decir que el sistema sea deficiente o inadecuado, ni tampoco emitir juicios valorativos.

Tratar de entender las premisas lógicas que inspiran la construcción de un sistema fue lo que me motivó a adentrarme en este tema. En realidad, en el sistema de cualquier cultura, siempre hay una percepción por ejemplo, todos sabemos cuándo estamos sanos y cuándo comenzamos a enfermarnos, independientemente de la concepción que tengamos sobre la salud y la enfermedad, la cual es de índole cultural. En este ejemplo, la persona primero percibe que tiene debilidad, malestar, vómitos y diarrea; posteriormente, entra en un período de análisis para encontrar la explicación del fenómeno "haber estado en contacto con una persona de sangre o de mirada muy fuerte y por lo tanto, lo ojeó", lo cual implica un comportamiento particular para el tratamiento. Esta hipótesis trata de explicar las premisas que se elaboran antes de llegar a un determinado comportamiento.

En el libro del Dr. Richard Adams, publicado en 1952 durante su estadía en el INCAP, se menciona que en la medicina de los pueblos indígenas del altiplano (estudiados por el autor), se incluyen dos elementos necesarios para que la enfermedad se produzca: causas internas y causas externas. Asimismo, enfatiza en que la suma de ambas hace que la enfermedad exista y que ninguna de ellas puede, por sí sola, producir una tercera enfermedad.

El Dr. Adams ilustra dentro del análisis de la enfermedad el concepto de "haber tomado"; por ejemplo, el haber tomado café caliente más que una condición externa es causa de dolor de estómago. El hecho de tomar café caliente sin la presencia de una condición externa no produce dolor de estómago. El ejemplifica esta situación diciendo que un niño con calentura, al tomar café caliente y entrar en contacto con el aire frío de la noche va a tener consecuentemente dolor de estómago.

Esta concepción de la enfermedad da origen a pautas y reglamentaciones, relacionadas con el comportamiento, como una acción preventiva o profiláctica. Es un esfuerzo, tal vez de tipo occidental, clarificar las categorías conceptuales mayores relacionadas con la enfermedad. Sin embargo, como una hipótesis de trabajo presento las siguientes:

1. Ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo. Al respecto, otros expositores que me precedieron, hablaron de la delicadeza del individuo en armonía con su medio ambiente. Del equilibrio entre individuo, naturaleza y medio ambiente, así como del equilibrio interno del individuo.
2. Ruptura del equilibrio emocional del cuerpo.
3. Ruptura del equilibrio calor-frío.
4. Pérdida del alma e influencia de seres y fenómenos naturales y sobrenaturales.
5. Presencia de parásitos intestinales.

Ejemplos:

1. El niño es débil porque tiene debilidad en la mollera y en otras partes del cuerpo (incluyendo órganos). La debilidad natural de la mollera del niño por sí sola no es causa enfermedad, pero puede enfermar si se agrega una condición externa, tal como manipularlo inadecuadamente, botarlo, cambiarlo de posición bruscamente, ponerlo a caminar antes de la edad adecuada, etc. Por lo tanto, la suma de la debilidad natural del niño (condición interna), más una de las condiciones externas mencionadas pueden causarle una enfermedad.

La interpretación que se da a la mollera caída, frecuentemente, perturba a los trabajadores de salud ya que todo trabajador sabe que el niño gravemente enfermo, con la mollera caída, está pronto a morir. Los síntomas que este niño presenta son fiebre, vómitos, diarrea, decaimiento, debilidad, falta de apetito y sequedad de la piel. Asimismo, cuando ya está para morir sus ojos están turbios y opacos. Esto, por sí solo, ayuda a imaginar la posibilidad que un niño tenga la mollera caída. La comprobación empírica se efectúa mediante la palpación de la mollera (la cual está hundida) y conociendo que el niño es de pocos meses de edad. Asumimos que el niño se cayó o se le cambió de posición bruscamente. Cuando el niño es mayor (por ejemplo, de dos años de edad) y se le pregunta a la gente si el niño tiene la mollera caída, solamente, se ríe porque esta situación no entra dentro de la categoría conceptual que ella tiene. Ese niño, que desde el punto de vista de la medicina occidental, es desnutrido y probablemente está deshidratado. A su vez, para la persona que tiene un concepto diferente de enfermedad

y una estructura distinta del problema patológico, la moniliasis en los genitales de una criatura es una erupción producida por la mollera caída.

Existe un contraste entre los conceptos médico occidental y popular. Dentro del primero, la causa es la disminución de líquidos (ya sea por fiebre, vómitos, diarrea o ingestión inadecuada) y el efecto producido es la deshidratación. Dentro del segundo, la causa fundamental es la caída de la mollera y el efecto lo constituyen la fiebre, diarrea, debilidad, vómitos, etc. En este caso, existe una inversión de la relación causa-efecto.

En lo que respecta al tratamiento, existen muchos ejemplos: niños con lastimaduras en el paladar; haber oído que el niño fue colgado de los pies o que le dieron palmadas en éstos; que lo sacudieron hacia abajo; que le metieron el dedo en la boca; o que lo soplaron. Al principio, este tipo de tratamientos me parecían absurdos; ahora ya no, porque si la causa fundamental es la mollera hundida lo lógico es levantarla a través de un proceso mecánico porque la enfermedad es mecánica.

Cuando trabajé en Belice, encontré el mismo concepto de la mollera caída (*Moll drop*). En esta oportunidad, el Ministerio de Salud iba a imprimir un cartel que decía "Diarrea la gran matadora" y se le propuso poner *Moll drop, big killer* (la mollera caída, la gran matadora). La propuesta no se aceptó por creer que se trataba de avalar una idea errónea. Sin embargo, la idea no es errónea, ya que una mollera caída es un síntoma inequívoco de deshidratación, generalmente severa, y que hay que atender de diversas formas.

No se trata de pelear con la gente por un tratamiento que dentro de su esquema conceptual es absolutamente lógico. Lo que debe dársele es una indicación lógica, comprensible y que esté perfectamente unida dentro de su concepto. Por ejemplo, ante un caso de deshidratación, lo primero que hago es preguntarle a la madre si ya le metió el dedo en la boca y si ya probó soplarlo o colgarlo para levantarle la mollera. Cuando me dice que ya probó todo, entonces, le digo que me deje intentar dándole sales de rehidratación oral o poniéndole un suero.

En el caso de trastornos mecánicos (mollera caída, cachetes caídos, cuajo caído, estómago caído, niños desvarillados, etc.) el tratamiento también es mecánico, por ejemplo, se faja, se soba, se sube, etc. Estos tratamientos son lógicos porque se ha roto el equilibrio mecánico del cuerpo, y son tratamientos que el personal de salud debe conocer.

2. Con respecto a la ruptura del equilibrio emocional del cuerpo, cualquiera diría que (en la medicina occidental) existe una serie de enfermedades incluidas dentro de esta categoría, las cuales son tratadas por un psiquiatra. Por ejemplo, en el caso de que a una señora se le seque la leche porque tiene un problema con la suegra, lo que sucede es que hay una enfermedad de sobreparto, porque la parturienta debe estar muy tranquila. Otro ejemplo es que cuando la madre está embarazada, el niño aunque sea de poca edad, en su condición humana puede tener celos del niño que va a venir y puede hasta enfermarse. Cuando esto ocurre se dice que el niño está "chipe".

De acuerdo con la idea que el Dr. Adams dio de esa ecuación (condiciones externas más

condiciones internas) nos vamos a encontrar que una condición interna es que el niño tiene una debilidad natural y tiene la capacidad para experimentar celos. La condición externa, en este caso, es que la madre resulte embarazada, por lo tanto el niño va a estar chipe y se va a caracterizar por llanto, fiebre, vómitos, diarrea o inapetencia. Esto evidencia que hay toda una armadura absolutamente congruente y absolutamente lógica.

3. **Calor-frío.** Hay un equilibrio muy fino en el cuerpo entre calor y frío. Tenemos que calor y frío se mantiene perfectamente equilibrado, pero con suma facilidad se rompe. Parte del proceso de mantener la salud es estar vigilante para que este equilibrio entre calor y frío no se rompa. Cuando se rompe es como una balanza que se desnivela y que domina uno de los lados de ésta, dando lugar a una gama de enfermedades que está entre lo caliente y lo frío. Esto me apoyó a explicar la concepción de algunas enfermedades como la diarrea caliente, un resfrío, una bronquitis, etc. Pronto me di cuenta que el sistema caliente-frío se infiltra en todos los sistemas de la vida. Prácticamente, la mayoría de actividades y formas de comportamiento van a estar conformadas por la idea de calor y de frío. Además, que existía la idea acerca de condiciones de enfermedades calientes, o frías. Creo que esto nos permite tener una idea anticipada del comportamiento del paciente. Puedo tener expectativas del comportamiento y alimentación de un paciente, con base en la clasificación conceptual que se hace de la enfermedad.

Por ejemplo, un paciente que tiene dolores musculares, concebidos usualmente como dolores fríos, va a requerir medicina caliente. En este país, con toda seguridad, nadie va a meter las manos al agua después de planchar, ya que es una causa fundamental de reumatismo. Para dolores articulares se recomienda la aplicación de sustancias calientes y, generalmente, estas sustancias son emolientes que producen sensación de calor local. El reumatismo, se previene, evitando lavarse las manos con agua fría, especialmente después de que las manos han estado en algo caliente. La persona con reumatismo evita usar agua, prendas y medicamentos fríos, etc.

El conocimiento de estos aspectos permitirá al trabajador de salud predecir el manejo de pacientes, ya sea por él mismo, por la familia, o en algunos casos, por el curandero. Si el paciente tiene diarrea y sus heces están con moco y sangre, usualmente, se habla de una diarrea caliente, lo cual para la medicina occidental constituye una diarrea de tipo infeccioso bacteriano. La concepción de una diarrea caliente va a implicar formas particulares de tratamiento, tal como la aplicación externa de hierbas, consideradas como frías, sobre diferentes partes del abdomen.

El catarro, tos y bronquitis son enfermedades producidas por el frío en las cuales se va recomendar, principalmente, medicinas calientes como el chocolate, manteca de cacao, canela, etc. Asimismo, se harán aplicaciones externas de sustancias calientes en tórax u otras áreas del cuerpo, evitando que el paciente se expone al frío, se bañe y se corte la barba. El paciente deberá consumir comidas calientes, permanecer en cama y arropado para que sude la calentura. Como trabajador de salud, esto me da una pauta para decir cuál es la medicación culturalmente aceptable y adecuada para este paciente.

La prevención es muy importante y la gente va a combinar sus comidas de una manera adecuada para mantener un balance adecuado entre calor y frío. Por ejemplo, a una

comida fría se le van a agregar componentes calientes y viceversa. Siempre pongo el ejemplo que ningún guatemalteco se toma un vaso de agua fría después de comer un tamal. La mayoría de la gente no sabía que existen alimentos calientes y alimentos fríos.

¿Cómo utilizamos esta información en la práctica? Realmente, la información no se obtuvo simplemente por obtenerla, porque estábamos en una clínica de atención primaria trabajando con grupos y promotores indígenas kakchiqueles (metidos totalmente en una clínica con un enfoque cultural y antropológico). A través de un fondo revolvente, tratábamos de introducir el uso de la Incaparina. Hicimos un análisis de cuánto se conocía sobre este producto en ese pueblo, así como de la posibilidad de producirla. Llegamos a la conclusión que teníamos que darle una nueva etiqueta, culturalmente aceptable.

Basados en esta experiencia, llegamos a las siguientes conclusiones:

- a. La Incaparina debe recomendarse, siempre, como alimento y no como comida, ya que dentro de la cultura indígena, el alimento es aquello que se absorbe y va directamente a la sangre para dar fuerza y la comida es aquello que se ingiere para mantener al individuo con vida.
  - b. Es un alimento neutro, ni caliente ni frío. El niño muy chiquitito no debe recibir alimentos fuertes, porque le puede producir enfermedades. Continuamente, la gente pregunta: "¿puedo darle a mi hijo tal cosa porque es muy fuerte?, no le vaya a hacer mal porque el niño es muy débil". Era muy importante que la gente ubicara a la Incaparina como un alimento neutro y no fuerte, ya que podía ser un factor limitante para su uso en niños de corta edad. Además, considerarla como un alimento débil podía ser limitante, porque ¿quién va a querer consumir un alimento débil? Gracias a esta presentación, se le podía decir a la gente, que la Incaparina no era caliente ni fría, sino neutra.
4. Personalmente, tengo la idea judaico-cristiana de la indivisibilidad entre el alma y el cuerpo hasta la muerte. En muchos grupos indígenas esa idea no existe. Ellos creen en la posibilidad de desunión alma-cuerpo durante el sueño, la enfermedad, un desmayo, etc. Asimismo, consideran que la desunión puede ocurrir cuando el individuo experimenta un temor brusco o pánico. Este se asusta y, en ese momento, su alma se separa y puede ser capturada por seres sobrenaturales o por otros espíritus.

Esta separación provoca que el individuo se enferme y presente síntomas de índole psiquiátrico (apatía, ruptura de su interacción con otros individuos, depresión, decaimiento, etc.). Existen estudios que muestran que el médico occidental y el psiquiatra no pueden hacer nada para mejorar la situación, porque chocan culturalmente. Sin embargo, el sacerdote maya y el curandero lo hacen como terapeutas que actúan con la mayor fineza ante la misma. Una causa interna es la desunión alma-cuerpo, la cual en situaciones especiales va a producir la enfermedad. Una enfermedad muy interesante es la del robo del alma por los ángeles, la cual sirve para explicar el problema de desnutrición infantil. Hay todo un ritual y una comida simbólica, que se acompaña de niños vestidos de ángeles, con la intención de recapturar el alma del niño.

Nuestra premisa básica es que la unión del alma con el cuerpo no es indisoluble durante la vida. El niño tiene una unión (alma-cuerpo) débil y que bajo circunstancias especiales los ángeles pueden capturar y robar su espíritu, provocando que el niño enferme. Lo que pudimos ver en esos niños era fundamentalmente su desnutrición. Esta condición fue descrita por el Dr. Adams, pero la misma ha sido totalmente ignorada por el trabajador de salud occidental.

5. Generalmente, se concibe que los parásitos son parte normal del cuerpo, que siempre están y que no hay quien no los tenga; sin embargo, el problema no está en tenerlos. Para mí, dentro del concepto occidental, tener parásitos es totalmente anormal y mi única función es sacarlos del organismo. Dentro del concepto popular, el tener parásitos es tan normal como tener pelo, uñas, dientes.

El problema no radica allí, éste radica cuando el parásito (que está en una bolsa), sale y se alborota. En este caso, ¿Cuál es la terapéutica racional? Volver el parásito a su bolsa. ¿Cuál es la terapéutica occidental? Sacar el parásito y dar una medicina tan buena, que no deje un sólo parásito adentro del organismo, cosa totalmente antinatural. Ven ustedes cómo el contraste entre una y otra circunstancia, es totalmente diferente.

## **PREGUNTAS Y COMENTARIOS A LOS DISERTANTES**

**Pregunta: ¿Podría hacer una pequeña reflexión de la ingobernabilidad, Dr. Solares?**

Primero, voy a definir el término y le pondré, inicialmente, la parte positiva. Hay varias maneras de entender gobernabilidad y, actualmente, este término se está utilizando mucho. Gobernabilidad es el buen manejo administrativo del país. Yo parto de una concepción que está más relacionada con los sectores contestatarios de América Latina, en donde gobernabilidad se concibe como el manejo correcto de un Estado por parte del gobierno, pero atendiendo las demandas populares. Es decir, gobernabilidad implica, necesariamente, la atención a las demandas populares, económicas y de otro tipo.

Guatemala es para mí un ejemplo clarísimo de ingobernabilidad. Durante 470 años ha sido la cultura del látigo, del silencio, de la cárcel y todo es imperativo: mande usted; ordene usted; diga mi general; todo es así. Alguien decía en forma chusca, que hasta el país tiene forma de cachucha (por la configuración que tiene Petén). Si analizamos esta situación y recordamos los presidentes civiles que han gobernado, la situación se torna más clara, ya que la seguridad (excepto uno de los gobiernos) demuestra que lo que realmente manda aquí es el orden militar. Somos una sociedad militar o militarizada, pero no por la presencia de soldados en la calle, sino porque tenemos una mentalidad entrenada en ordene usted, mande usted. Ante eso hay reacciones y una de éstas, tal vez la más longeva, es la resistencia indígena. Pero esa resistencia no es una supervivencia de las costumbres, es una acción deliberada, consciente por mantener una identidad determinada.

Esto es en una forma de resistencia pacífica de orden civil. Hay otras formas ya no tan civiles, tales como protestas, motines y bochinches que ponen a prueba el sistema y que son aceptados de acuerdo a los valores, cultura y visión de mundo.

Con respecto a las acciones deliberadas por mantener una identidad determinada, una investigación señalaba cómo personas que ya habían entendido la importancia de la rehidratación con sales orales, en el momento en que había diarrea, se resistían a usar las sales orales envasadas en un sobrecito plateado. Debido a la concepción de la enfermedad y a que el envase del medicamento era del mismo tipo que el de los cigarrillos y de otras cosas, no podía ser compatible con algo bueno, ya que su envase lo identificaba como un medicamento frío, y la enfermedad lo que necesitaba era un medicamento caliente. Existen elementos culturales que hacen que el mensaje, aunque sea comprendido no es aceptado. Es necesario conocer más acerca de la forma de pensar y de concebir la enfermedad que tiene la gente, con el propósito de transformar las conductas negativas por positivas, en relación a esa enfermedad.

Les voy a dar un ejemplo. En Panamá se ha hecho una comunicación masiva sobre cómo prevenir el dengue. A pesar de esto y de que se ha llegado a emplear a agentes de las instituciones, los resultados de eliminación de criaderos, prácticamente, son nulos. Cuando se le pregunta a las personas encuestadas, todos me dicen que ellos saben muy bien lo que tienen que hacer y lo que deben realizar para prevenir este problema, sin embargo, no actúan.

Parte de la experiencia que tuvimos en Tonicapán fue que nuestro mensaje, sobre el lavado de manos, era muy pequeño, sin fundamentación teórica suficiente y con la certeza de que la gente no iba a comprender la existencia de microorganismos. No existe una información, lo suficientemente clara, para entender que el lavarse las manos puede ser una diferencia vital, entre contaminarse y no contaminarse. Incluso, conseguimos un microscopio y la gente pudo observar el agua contaminada y el movimiento de los microorganismos. Esto fue como una revelación que permitió ir cambiando conductas y entender que hay muchas cosas que no son visibles, ni comprensibles a simple vista, pero que existen y se pueden ver con el desarrollo tecnológico.

Pienso que muchas veces el problema está en que, nosotros los técnicos, subestimamos la capacidad de comprensión y entonces damos un razonamiento muy sencillo; "sólo, hay que lavarse las manos, hervir el agua", pero jamás se menciona la causa real del problema y, por lo mismo, no se puede cambiar una conducta, si no se ha comprendido a profundidad.

Por otro lado, lo que representa hervir el agua y lavarse las manos en las comunidades donde no hay agua entubada y tener que caminar 3 kilómetros para conseguirla. Esto los hace dudar, si deberían usar el agua recolectada, para beber o cocinar, o usarla para lavarse las manos (y si además se utiliza jabón, consume mucho más agua). Por lo tanto, lo principal es conocer más acerca de las condiciones de la comunidad para tomar en cuenta los aspectos que los motivan a mantener esa conducta.

**Pregunta:** El factor básico de identidad, no es la cultura, sino la relación que se construye entre diferentes grupos de individuos. ¿No es eso reducir demasiado las posibilidades de fortalecimiento, desarrollo, reconocimiento de las culturas y de los sistemas culturales que están conformando, por ejemplo en este caso, la cultura Maya?, es decir, plantear otra vez de una manera desatinada qué es lo básico y lo menos básico. Por

una parte ¿no afecta eso, nuevamente, las posibilidades de comunicación y de interpelación entre diversas culturas?. Por otra parte ¿no sería importante ir descartando en el tema que toca a la diversidad y a las diferencias, el concepto de la tolerancia?. Me parece que, cuando hablamos de diferencias y diversidad, hay que borrar del diccionario el concepto tolerancia. Yo considero que hay que recuperar y revitalizar el concepto de respeto. Yo tolero la presencia y existencia de una persona, pero eso no me lleva a respetar esa cultura, ni entenderla, comprenderla, ni a ver las posibilidades y el potencial que esa cultura tiene para mi propio desarrollo, independientemente que yo sea de una cultura diferente. Son dos reflexiones que me gustaría que ampliara.

Empezaré por la segunda. Creo que el respeto es algo fundamental. En cuanto a lo otro, parte de una concepción teórica cuando digo que la relación es básica y que la cultura no lo es. Lo que pienso, es que hay un montón de definiciones de cultura y esta es un aspecto muy visible, pero no primario. Es decir, 122 años de una cultura no existe por si sola, es un hecho consecuente, una respuesta y no una génesis. ¿Qué es lo que genera la cultura, desde que el hombre existe? es una expresión que nace de la encarnación y de la convivencia. Por ejemplo, una de las definiciones de cultura dice, más o menos, que las culturas son como mapas mentales que norman las relaciones de las personas. Es para mí la interpelación la que genera entre otras cosas, formas culturales.

La cultura no es un hecho que explique, tampoco es un hecho genético, es una consecuencia de él. Con lo importante que es la cultura, sobre todo con su función de heraldo o bandera, es mi distintivo y es un hecho que proviene de una interpelación. Por ejemplo, en Chiapas, para la rebelión de los mayas (hace 200 años) ellos trataron de destruir el español, y casi lo logran en la localidad, utilizando emblemas, y ¿cuáles usaron? ¿la Virgen del Rosario?. Es decir, la resistencia más tremenda de los chiapanecos fue usar los símbolos del conquistador, del vencedor, y lanzárselos en contra. En cambio ahora, los mayas de Guatemala usan la cosmogonía. La cultura en ese sentido es muy drástica y elástica, ya que toma lo que le es conveniente y desecha lo que no le es. Hay un oportunismo en el sentido positivo. Yo, definitivamente, uso lo que me va a servir para determinada cosa. Por ejemplo, yo sufrí discriminación, obviamente, no en Guatemala porque no pertenezco al grupo discriminado pero si, fuera de mi país y sentí cómo eran tratados mis hijos; y cómo la rebelión, que crece dentro de uno, viene y estalla en una forma muy cáustica. Decir, este soy yo y estos son mis emblemas, haciéndolo de una manera muy emotiva. Estos aspectos culturales son el resultado de una organización y es el sentido que he tratado de dar en la conferencia.

Me he preguntado, si muchas de las causas de este fracaso en la comunicación entre técnicos, como tú les llamas, y las comunidades, será resultado de que nosotros nos situamos como emisores y consideramos a la población como la receptora. Creo que hay un problema conceptual relacionado con la forma en que nos situamos frente a la comunidad. Por ejemplo, si llego a la comunidad a hablar de un programa de prevención del dengue y soy yo la que emito el mensaje y espero que la comunidad lo reciba (aunque diga que voy a democratizar la forma en que lo voy a hacer y que voy a propiciar la participación de las personas en el programa), estoy partiendo de una conceptualización en que yo emito y el otro recibe y no de una relación de pares. Se ve la influencia que se ejerce, ya que nosotros somos ajenos a esa comunidad y estamos llegando de afuera con el objetivo de lograr que las personas se apropien de ese mensaje. Desde ese momento, actuamos como los emisores y no estamos observando que, tal vez, no es ese el problema prioritario, aunque el dengue esté afectando a la población.

Para ellos no es lo prioritario, sino puede ser la falta de abastecimiento de agua. Es real lo que tú dices, pero está marcado por nuestra concepción, socialmente y por la forma como se visualiza la atención de la salud.

Cuando habla el compañero acerca de que las campañas masivas no producen cambios, muchas veces es porque las instituciones llevan una comunicación vertical y privilegiada. Uno de los problemas es que no se toma en cuenta a los comunitarios en la elaboración del mensaje. Es decir, no hay una comunicación plena, democrática ni participativa, desde la elaboración del contenido. Una experiencia que realizamos con nuestra gente y que ha dado resultado es que los tomamos en cuenta sus sugerencias en la elaboración del mensaje, así como sus conocimientos para solucionar un problema.

Si estamos hablando de la comunicación, las instituciones grandes no deberían elaborar los planes desde una oficina en Guatemala o en sus sedes, sino también ir a las comunidades y conocer cuáles son sus deseos, inquietudes y conocimientos.

Considero que lo planteado por Leonor se utiliza para el mercadeo comercial y es una adaptación del mercadeo social para plantear productos de salud. ¿Hasta dónde significa esto respeto a la cultura? y ¿cuál es la responsabilidad de los servicios de salud?. Si hay un problema de diarreas, ¿hasta dónde llega la responsabilidad del personal de salud para plantear, desde su perspectiva occidental, las posibilidades de cortar una epidemia, cuando la etiología de esa misma manifestación patológica puede estar en otras cosas que no son microbios, sino en manifestaciones de carácter religioso?.

El mercadeo social, como forma de trabajo, no me satisface por la manera de abordar la problemática y se ha pretendido en Guatemala dar vigencia, sobre todo, a programas financiados por AID. Conocer la población y adecuar los mensajes a su concepción de vida no me parece mercadeo, ya que, primero, tendría como base el respeto a esa cultura y a prácticas que no tienen efecto negativo. Si para la gente es positivo que se le diga, "no salga con luna creciente", aunque desde nuestra concepción no afecta, debemos recomendarla porque en ella refuerza un mensaje. Debemos tratar de intervenir, sólo en aquellas conductas que resultan negativas para la salud.

Desde la perspectiva física, no se puede decir que un niño deshidratado se va a recuperar si no se le hidrata. Otro aspecto que mencionabas, es que ha habido un desarrollo de la humanidad e incluso a través del desarrollo tecnológico se ha podido identificar microorganismos, crear vacunas y medicamentos. No obstante, a los pueblos indígenas (por su situación de opresión, explotación y marginación) se les ha negado la posibilidad de apropiarse de estos descubrimientos. No sé si llego a explicarme, pero esto no significa que si la población tuviera acceso a ese conocimiento y al desarrollo científico y tecnológico, persista en aferrarse a concepciones tradicionales. La cultura cambia, es muy manejable y ante un descubrimiento, se adaptan las creencias y se incorporan nuevos elementos.

Si a estas poblaciones se les niega aprender a leer y escribir y el español, que es un idioma que nos permite comunicarnos, entonces se mantienen aferrados a explicaciones propias para racionalizar lo que ocurre a su alrededor e incluso en su vida. Ha sido esa discriminación que los ha mantenido privados de conocer el desarrollo científico.

## **Comentario sobre el tema de la comunicación**

Pienso que la comunicación nunca va a mejorar, mientras hablemos de ellos y nosotros, lo cual es un problema que siempre hemos tenido en la región. Cuando alguien entra y dice ellos y nosotros, no hay comunicación desde el principio. Va a haber comunicación cuando los que transmitan la información, seamos nosotros mismos y lo podamos hacer en nuestra propia lengua, con nuestros propios valores. Creo que aquí hay que conocer cuál debe ser el papel de un experto en comunicación, por ejemplo de OPS, o sea, su papel con los comunicadores que deben ser de esa comunidad.

## **PRESENTACION DE EXPERIENCIAS EN LOS CAMPOS DE SALUD MENTAL, SALUD REPRODUCTIVA Y RECURSOS TERAPEUTICOS**

**Lucrecia Sunum  
Trabajadora Social PIES**

Esta institución surgió por iniciativa de población civil, médicos y trabajadores sociales. Actualmente, está conformada por un grupo multidisciplinario que tiene a su cargo la ejecución paralela de tres programas: formación de promotores de salud rural (la capacitación incluye contenidos sobre medicina occidental y medicina tradicional); programa de salud mental (referido a aspectos espirituales de la persona) y la formación de comadronas. El objetivo principal es ampliar el enfoque del proceso salud-enfermedad en las organizaciones no gubernamentales de las comunidades rurales. La metodología para el desarrollo de las actividades está basada en las necesidades locales.

Para nosotros, esta experiencia ha sido bastante enriquecedora ya que, al tomar en cuenta la filosofía y cosmovisión de la comunidad, las actividades de capacitación han adquirido características locales y con mayor proyección hacia la misma.

Con respecto al programa de salud mental, nos hemos dado cuenta que en el proceso de investigación existen factores que son desconocidos a nivel internacional y que tienen repercusión en la salud mental. Asimismo, hemos identificado varios de ellos, tales como la existencia de democracias débiles y el proceso histórico de los indígenas (que no ha sido totalmente abierto sino se les ha reducido). La explotación surgida en los años 80, acompañada de múltiples conflictos de violencia, es la base que sustenta nuestro enfoque de trabajo y el compromiso para trabajar la salud mental.

Los expositores anteriores hablaban sobre la medicina, desde el punto de vista biológico, sin embargo, no hicieron referencia a lo que es la salud mental de las comunidades. Decían que existen situaciones subjetivas (cosmovisión), pero esa parte de la salud no se toma en cuenta, siempre se quiere excluir, y debido a esto hemos enfocado nuestro programa a una perspectiva donde le demos el lugar a la persona, como un individuo que siente y razona, que es capaz de reflexionar y que ha podido, por sí solo, luchar durante muchos años.

Con respecto a las comadronas se han mencionado aspectos, en los cuales nos hemos dado cuenta que no se adecua a su enfoque. Ellas tienen una cosmovisión, que les permite tratar antes del parto y después de éste. Nos hemos enfrascado en hacer documentos, capacitaciones con contenidos occidentales, sin tomar en cuenta lo que ellas sienten y necesitan.

Nuestra institución ha querido trabajar de esta manera y lo estamos logrando, a través de un proceso local que nos proyecta, ya que nos hemos basado en aspectos psicológicos y transculturales de la sociedad.

## **SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**Tomas Chumil**  
**Promotor de Salud Mental Comunitaria**  
**PIES**

Básicamente, el trabajo está dirigido a la salud mental de las comunidades en las áreas rurales. Actualmente, estamos trabajando en los departamentos de Quiché, Sololá y Chimaltenango. Hasta el momento, no se ha recogido el problema de las comunidades atendidas. Existen comunidades que, prácticamente, están desunidas y no comparten los problemas dentro de ellos mismos. La gente ha vivido y sufrido el conflicto armado y no ha tenido una visión para vivir en conjunto. En el año y medio de trabajo con las comunidades hemos formado microcomunidades, las cuales han establecido su propio enlace.

Entre los obstáculos que hemos encontrado están el militarismo y las PAC, que no permiten realizar este tipo de trabajo. Considero que de nada sirve organizar las comunidades y que ellas mismas expliquen los problemas, ya que no es la solución, por lo que es necesario buscar una solución más adecuada y tomar acciones. Hemos vivido oprimidos por 500 años y la gente no se promueve ni exige lo que les corresponde. En este momento, hay comunidades que están promoviendo actividades orientadas a restaurar el daño mental que han sufrido familiares, viudas y huérfanos.

Otro problema es el reclutamiento militar forzoso. Ante estos problemas nadie dice hagamos esto o el otro. El problema se queda dentro de la familia, afectando el hogar y de acuerdo con las necesidades se comparte entre ellos mismos. Allí es donde ellos se encaminan.

Uno de los logros es la unión entre ellos mismos. En esto entraría el rescate de la cultura. Aquí, en Guatemala, estamos los ladinos y los indígenas, y en 500 años no hemos podido enfrentar los problemas y exigir en su momento. Aunque no es la solución, habría que buscar alternativas y nuevos mecanismos para enfrentar los problemas. Algo que ha ayudado en las familias, es que ellos comparten estos problemas; por ejemplo, el trauma que se ha vivido durante estos años, ellos llegan y pueden decir cuál es su problema. Eso ya es una acción.

Como resultado de las persecuciones, represión, explotación, miseria, etc., hay comunidades en las que no dejan entrar a las instituciones y no pueden decir lo que no les gusta.

Para nosotros como promotores, como comunidades, esto es un trabajo de mucha importancia para ayudar a las demás comunidades. Creemos que no hay otra solución, sobre todo, para eso que ha pasado. Por ejemplo, durante varios años han quedado muchos niños huérfanos, pero no hay quien llegue a la comunidad a platicar con las madres acerca de lo que les ha pasado y han vivido. Este es un problema que han enfrentado las comunidades. Esta es la solución para vivir mejor, para encontrar una solución mejor, pero también es parte de los indígenas.

**Pregunta: Hablar de salud mental, me trae a colación que hay una enfermedad mental y, posiblemente, la comunidad percibe eso. La pregunta está orientada a: ¿cómo la comunidad, que ustedes visitan, percibe la presencia de ustedes con ese tema? y ¿cómo colaboran ellos para abordar ese tema?**

Esto es muy importante. Los comunitarios viven en sus propios lugares. La mejor forma en que podemos ir entrando a las comunidades es a través del diálogo, por ejemplo, platicar con padres de familia, madres o con el comité pro-mejoramiento de la comunidad y explicar lo que es la realidad. Con base en esto, hemos podido trabajar y la gente se siente bien. Como les expliqué anteriormente, detrás de esto hay muchos problemas, ya que nosotros no podemos entrar a las comunidades ofreciendo medicinas, ni decirles que les podemos ayudar económicamente, lo cual no es la solución de sus problemas. Hablamos de la realidad, y ellos nos empiezan a contar y, además, ayudan a encontrar una solución. Por ejemplo: en tal comunidad hay tantas amenazas. ¿Cómo vamos a salir de esta situación? lo que tenemos que hacer es unirnos y ayudarles a explicar quiénes son las personas que podrían estar amenazándolo. No se quedan solos, sino dentro del conjunto de la misma comunidad. "Dentro de las comunidades hay sectas", pero nosotros trabajamos con eso y no estamos a favor de unos o de otros, trabajamos ampliamente con todos.

En México, se tenía la experiencia de que no existe una organización que fortalezca este recurso de las comunidades. No existe una organización rural ni nacional que fortalezca y oriente a sus terapeutas tradicionales para que mejoren sus servicios. La medicina tradicional es un recurso de cada comunidad, un patrimonio y una riqueza, pero no existe un documento que ampare esto para su estudio y su proclamación en los congresos de cada nación. Sin embargo, en Guatemala estamos muy agradecidos que nos ampare un artículo, donde la medicina natural tiene licencia por el gobierno y esto nos da la libertad de ejercerla.

Para poder organizar el problema, tenemos mayor ventaja que México, pero deseamos que en él y en todos los lugares que representamos aquí, la lucha sea permanente para que reconozcan que la medicina tradicional es un recurso que está vigente. Desde tiempos atrás, estaba presente en todas las comunidades y actualmente, lo ejercen todos los médicos y las diferentes comunidades. En este momento, ante cualquier problema de salud (sea de parto, o cualquier cosa) rápido piensan quién es el arregla huesos. Este tiene que diagnosticar y si dice que no es capaz de resolver ese problema, se van al hospital a que los atiendan y curen. Sin embargo, tenemos el eterno problema de ver si nos atienden... y si lo hacen es un problema complicado. Si el arregla huesos dice que si es posible, él tiene sus medicinas naturales ya preparadas, nos atiende y se resuelve allí el problema de salud.

Concordamos con el Dr. Escalante (porque hemos trabajado en las mismas áreas) que el médico tradicional, en sus distintos aspectos, atiende más problemas de salud que el sistema de salud. Esto está comprobado, se siente y se ve en las propias comunidades y podrá tener muchas ventajas o deficiencias, pero ha servido para mantener la salud de la comunidad. Lo único que necesitamos es que utilicen nuestros servicios y que nos tomen en cuenta. Estamos convencidos de que nadie nos va a organizar, si nosotros no nos organizamos. Esta organización está planteada y es un sistema de salud local de cada comunidad, que entiende su cultura, lengua, tradición y cosmovisión.

Al tomar en cuenta esto, se pueden aprovechar mejor los conocimientos, recursos y técnicas actuales para plasmar en un documento, las características de un sistema local de salud, entendido, ejercido y llevado a cabo por los mismos médicos tradicionales. Entonces, tenemos un sistema de salud compuesto por lo que nosotros hemos encontrado y entendido; lo que hemos iniciado; y lo que ellos han creado y solicitado. El proyecto piloto se ejecuta en 28 comunidades, estando integrado por comadronas y personal multidisciplinario existente en

la comunidad, así como por otras personas que influyen positivamente en la salud de la población. Este recurso humano se ha organizado localmente y constituye la primera célula de un sistema alternativo de salud.

Existe una organización constituida por el sistema general de salud de Medicina Tradicional, la cual tiene sus delegados (doctores, curanderos o comadronas) ante la Asamblea General del sistema local de salud de la comunidad. Dicho sistema posee un diagnóstico y especificaciones de medicina tradicional que le permiten sistematizar los conocimientos de las personas que no pueden expresarse en español, que nadie ha oído y que muchas veces son ignoradas, a pesar de haber atendido cientos de partos, tan sólo porque no tienen un carnet o un reconocimiento. La mayoría de veces se encaprichan, y con razón, porque nunca les hablan en kiché (que es el idioma de las comunidades). Cuando les hablan en español permanecen calladas hasta que termina el expositor, lo cual es una barrera muy fuerte. En la mayor parte de las comunidades se habla sólo kiché, por ejemplo se dice el nombre de las plantas y se realiza la medicina tradicional. Tenemos un documento que se llama "La Salud de la Comunidad", el cual está en kiché y en español.

En el curso, estamos enseñando a nuestra gente a escribir y entender el kiché, inclusive, el nombre con que se conocen en kiché las plantas utilizadas en la medicina tradicional. Nos apoyamos en las investigaciones (utilizando técnicas actualizadas) y los resultados de las mismas, se trasladan a las personas que ejercen la medicina tradicional para que confirmen su experiencia y corrijan sus errores. Las técnicas y conocimientos actualizados se utilizan para concientizarlos sobre los errores relacionados con la falta de higiene, cuidado del enfermo, manejo de algunas enfermedades poco comunes, etc. Se les hace énfasis en el traslado de enfermos, cuando existen limitaciones para su atención, y se les hace comprender hasta donde llega su capacidad sin perjuicio para el enfermo. Asimismo, se les indica qué personas, en la comunidad, se aprovechan de la enfermedad para enriquecerse y cuáles son los límites para cobrarle a la gente. La atención del enfermo es un servicio no gratuito, pero tampoco puede ser utilizado para aprovecharse y explotar a la gente.

Es nuestro deseo plantear este curso a nivel nacional como una alternativa de salud para las comunidades, ya que los centros de salud se aprovechan no como único recurso sino como un medio. Nosotros inculcamos la colaboración y apoyamos a los centros de salud en las acciones de promoción a través de sus comités de salud y los promotores ayudan a organizar la comunidad con este fin.

Hay muchas cosas dentro del sistema nacional de salud que también son buenas; sin embargo, éstas no llegan a las comunidades ni tenemos esperanzas de que lleguen algún día, si nosotros no las llevamos. Es necesario capacitar a las personas que promueven la salud a nivel local para que ellos traigan esto, lo absorban, presenten inquietudes y planteen proyectos piloto.

Queremos tener un sistema de medicina tradicional más definido, claro y sintetizado para poder presentarlo, aunque sea, como proyecto regional, ya que todavía no puede hacerse a nivel nacional. En la región de occidente lo vemos factible porque tenemos extensiones en las dos asociaciones de cuatro departamentos y consideramos que para 1995 podremos plantearlo para toda la región.

**Pregunta: ¿La medicina indígena tradicional, está alternando también con el sistema?**

Sí, van paralelas. No podemos olvidarlo, porque a los enfermos hay que relacionarlos con el sistema a que pertenecen y así entenderlos y llevarnos de la mano. Si cada quien sigue su camino sólo estaremos creando más barreras.

En nuestro medio existe el comité de salud integral que incorpora a todos los que hacen salud en la comunidad; por ejemplo, todos los grupos de mujeres a quienes se les orienta sobre atención primaria de salud tienen asistencia fuera del programa. Nuestro objetivo es aprovechar todos los recursos humanos para que ellos, con la organización que hemos logrado, manejen y administren sus propios programas. De esta forma, se aprovechan los medicamentos para todas las enfermedades.

El médico tradicional no va a competir con el médico académico porque cada uno tiene sus propios conocimientos, los cuales son muy diferentes. Para el desarrollo de la medicina tradicional no vamos a alternar con nada de academia; vamos a ir a una farmacia, pero no a la que expende penicilina, pastillas, o algún antibiótico, sino a una donde nos proporcionen nuestros propios preparados. Lo que queremos es que la medicina tradicional vaya a la par y que tenga igual reconocimiento. Asimismo, deseamos la coordinación en la atención del enfermo que nosotros, como médicos tradicionales, llevamos al hospital o a la clínica, porque lo consideramos necesario. Lo que deseamos es la coordinación de esfuerzos y la igualdad de derechos. Por ejemplo, si hablamos de la atención del parto y del reposo de las parturientas, entonces, necesitamos instalaciones adecuadas para que pueda prestarse el servicio. en vez de una choza donde no se cuenta con los aparatos para su observación.

Hemos tenido casos desafortunados de personas que mueren como consecuencia de la falta de clínicas equipadas con médicos y medicamentos especializados; por ejemplo, una persona mordida por víbora se muere porque no se cuenta con el medicamento. A veces, no hay ni en Quetzaltenango y mientras vamos y venimos de la capital el paciente se muere. Es por esta razón que deseamos fundar en otras comunidades los centros locales de medicina tradicional, ya que éstos van a funcionar como clínicas rurales, semejantes a las del Ministerio de Salud. Con respecto a los centros regionales se tiene proyectado que funcionen con médicos tradicionales especializados, al igual que los profesionales de la medicina occidental.

## **SALUD REPRODUCTIVA**

**Amalia Vásquez  
Comadrona, PIES**

Las personas dicen que "por naturaleza, una tiene que sufrir o que Dios la castiga, porque no le da de comer a su marido". Sin embargo, eso no es así. Algunas parturientas sufren porque como no se han alimentado adecuadamente, no tienen energía para dar a luz. Tenemos que ser sabias para dirigir a las personas. A veces se presentan problemas en el parto y una tiene que decirle al esposo que tiene la responsabilidad de salvarla y que debe apresurarse a hacer algo. Si la mujer dice: "Yo no sé si tenés pisto" y la comadrona dice: "pues, ¿qué vas a hacer para salvarla?", no cumple uno con su responsabilidad. Pero, si la comadrona dice: "tenés que hacer esto", entonces sí la van a respetar. Esta es la situación, porque a veces no quieren conseguir carro, ya sea porque no tienen dinero o por capricho; sin embargo, uno tiene que salvar la vida de esas personas.

A la comadrona también la buscan personas que tienen más confianza en ella que en un hospital. Quiero contarles lo que me sucedió con una muchacha: me llegaron a traer como a las dos de la mañana, ella "se estaba desvaciando", tenía mucha hemorragia debida a un aborto. Lastimosamente, el carro se quedó en la esquina y le dije que ella se fuera con otro señor. Cuando llegó al hospital, el doctor me dijo que tenía mucho sueño. Me hace favor de ver a la paciente, le dije. Mire, me dijo, lo siento mucho, pero no hay camas; la voy a remitir para Totonicapán. Ese es su problema doctor le dije, yo ya cumplí con traerla aquí, si usted no hace nada por ella es su problema y entonces me dijo que iba a ver qué hacían. Vi a la muchacha que estaba tirada, me enojé y le dije al doctor que si iba a esperar a que se muriera esa persona. ¿Por qué?, me dijo. Ella se desmayó y... entonces, él se levantó rápidamente y la llevó a sala de operaciones.

Todo eso, es lo que una tiene que hacer para salvar a las personas y es por eso que buscan a la comadrona. Hay también otros motivos, por ejemplo, en San Martín se habla muy poco el español, la mayoría habla sólo el dialecto y por eso no pueden comunicarse con los doctores. Cuando ellos preguntan ¿qué le pasó a su paciente?, la respuesta es "a saber, no sé" y por eso no las curan rápido. A veces, quedan restos de placenta y las mujeres dicen que tienen dolor de estómago. Pero, cuando yo llego al hospital y les digo que se les quedó un pedazo de placenta, entonces ellos ya saben qué hacer. Mientras se busca la explicación se pasa el tiempo. Por ejemplo, una muchacha, a quien le había quedado un pedazo de placenta, se murió por no poder explicar que hacía quince días había tenido un hijo y que desde entonces tenía fiebre.

## **EL CURANDERO Y SU RELACION CON LA ESTRUCTURA MEDICO TRADICIONAL**

**Sebastián Luna**  
**Curandero de Chiapas, México**

Les voy a contar un poco sobre las experiencias que se han tenido en Chiapas, México, con respecto a la situación y características de la medicina tradicional. Voy a dividir el tema en dos partes: Las características de la medicina tradicional; y lo que hemos venido trabajando en este campo (1978-1979) para iniciar su rescate. No avanzamos mucho en las características de la medicina tradicional y de los médicos indígenas. No sólo se trata de rescatar la medicina tradicional, de simplificar las plantas medicinales, ni las comadronas o parteras.

Dentro de la organización comunitaria, la preferencia por las personas que practican la medicina está establecida como sigue: Primero, el médico indígena; segundo, las parteras; tercero, el hierbatero; cuarto, el huesero; y quinto, el que da protección a la vida.

En 1979, empezamos a organizar a 40 curanderos en Chiapas y al consultarle a los médicos indígenas sobre la utilización de los curanderos, muchos de ellos no los quisieron utilizar, porque han sido engañados, les han robado su experiencia y han duplicado sus plantas medicinales.

En 1982, se hizo un programa de medicina tradicional y de atención primaria en salud. Como producto se logró que los promotores de salud, conjuntamente con la comunidad, nos acercáramos a los médicos indígenas para compartir sus conocimientos.

Las medicinas son caras, en las clínicas no hay y los centros de salud, a veces, nos da medicinas vencidas. Los antepasados no utilizaban este tipo de medicinas y vivieron mucho tiempo, gozaron sus vidas y lucharon. Entonces ¿por qué luchar por conservar la medicina tradicional? Para preservarla. No sabían leer ni escribir, por lo que tuvieron que transmitirla de abuelo-padre-hijos.

¿Cómo vamos a amparar a nuestros pueblos indígenas, si nosotros mismos los traicionamos?. Yo he vivido casi quince años en la ciudad, todavía conservo mi lengua y hablo otras dos, no puedo creer que soy mestizo solamente porque viví ese tiempo en la ciudad. Nunca podría cambiar, ya que no coincido con los güeros (rubios) se me nota que soy indio. ¿Qué quiere decir esto?, que toda mi vida me ha gustado luchar por nuestros pueblos indios de mi país, especialmente Chiapas y me he sentido orgulloso de compartir con ellos el rescatar la medicina tradicional y de conservar todo lo que es cultura.

Al hablar de rescatar la cultura se engloba la cultura indígena y no sólo la medicina tradicional. Al hablar de medicina tradicional, no nos referimos, solamente, a combatir las enfermedades. Existen problemas más atrás y hay que resolverlos.

En Chiapas, hemos trabajado quince años con medicina tradicional y aún no se han podido combatir las enfermedades. Por ejemplo, siguen apareciendo brotes de cólera y, como dicen en Nicaragua, no podemos combatirlos. ¿Por qué? porque, su desaparición no se puede garantizar solamente con la aplicación de plantas, ya que no sólo hay que ver y resolver el

problema de salud, sino asociarlo con otros problemas del sector indígena, como la desnutrición, servicios y comunicación, entre otros. Si no resolvemos esto en las zonas indígenas, no podemos combatir las enfermedades. Aunque luchamos con medicina tradicional, no podemos acabar con las enfermedades, porque sufrimos mucha desnutrición. No estamos en contra de la medicina moderna, hay que trabajar y conservar las dos medicinas. Tenemos que crecer sabiendo que es nuestra.

¿Por qué nos ha costado organizarnos en Chiapas? porque el mismo gobierno nos manda a asesinar. Al mismo pueblo lo asesinan sus propios médicos. Nos mandan a asesinar, porque los médicos indígenas somos rápidos al hacer las curaciones y porque utilizamos varios de sus materiales. Utilizamos animales, incienso y plantas medicinales. Por eso, personas de algunas instituciones están a favor de la medicina tradicional y de los métodos indígenas. Por ejemplo, el Presidente Salinas ha manifestado su apoyo a la medicina tradicional, pero hacemos papeles, programas, proyectos, y finalmente queda como basura. Los gobernantes anteriores a él, solamente se han quedado en preguntar dónde quedó su programa de medicina tradicional. Desde el punto de vista de la religión, especialmente la católica (que es la que domina en el país), siempre se nos ha catalogado como grupo de hechiceros, lema que profetizan en cada templo o iglesia.

No tenemos ninguna relación con instituciones que nos puedan amparar, ni compañeros indígenas que defiendan nuestra cultura. Los médicos indígenas viejos están compartiendo con nosotros sus conocimientos. Ellos dan clases a los jóvenes en la escuela primaria y secundaria de las zonas indígenas, pero no podemos aprender completamente, ya que nuestro destino es que nos ridiculicen. Nunca digo que soy médico indígena, porque no lo ejerzo y no puedo traicionar a mis abuelos y padres que son médicos indígenas. Un arte que ellos me han enseñado es protegerlos, gozar mi vida compartiendo con ellos y negociar juntos.

La gente indígena ha permanecido igual durante estos 502 años y no hay cambio. Según el lema de los gobernantes, ya hay modernización en las zonas indígenas, pero, ¿en dónde está? No hay nada; hay modernización educativa... ¿en dónde?; los pueblos indígenas tienen mayor aceptación... ¿en dónde?

Yo tengo una clínica y hay otras pequeñas clínicas, pero no hay medicamentos. Entonces, ¿qué hace el médico?, sólo recetarnos y mandarnos a la farmacia. Podemos consultar a expertos de varias organizaciones y defender nuestra medicina. Nos preparamos para hacer jarabes, cápsulas, etc. Con nuestras propias plantas curamos a los niños de las amebas, lombrices, diarrea y enfermedades respiratorias, todo remedio lo encontramos en las plantas. Entonces, ¿qué necesitamos?, si todo lo tenemos en la mano, todo lo cultivamos.

Desgraciadamente, los españoles nos enseñaron a tomar otro camino para hacer su negocio y en este momento, han tomado a la fuerza los 110 municipios del Estado de Chiapas. Hay municipios que en su totalidad resuelven sus problemas de salud con medicina tradicional. A las personas que estamos entrevistando, se les ha preguntado qué significa para ellos su pueblo.

La organización indígena no constituye un partido, sino es una organización propia que no se comparte. Los médicos indígenas tampoco somos dirigentes de partidos, ya que no tenemos cabida en esta política mientras que ellos mantengan su propia conciencia. Todos los

güeros y los ricos proponen sus diputados para el congreso y la cámara. Entonces, ¿quién nos va a amparar en la cámara? si no tenemos gente propia y vamos siempre a la par, ya que no podemos hacer nada para escapar del poder legislativo. Sin embargo, tarde o temprano se va a producir el cambio, porque el pueblo va a luchar por sus derechos, además del rescate de la medicina tradicional.

Tenemos que hacer un proyecto de salud integral, que no sólo sea de medicina tradicional, y presentarlo ante las autoridades estatales y federales. Esto ya lo estamos haciendo en Chiapas y, con los 9 municipios trabajados, tenemos alrededor de 700 médicos indígenas y 800 miembros. Esto constituye una fuerza y un avance para mejorar la salud. Si alguien quiere facultar la institución, estatal y federal, estamos dispuestos a recibirlos, sin condiciones. Si nos quieren apoyar, elaboramos un convenio, pero sin la obligación de rendir informes a las instituciones.

Después de 13 años de trabajo, llegamos a formar el consenso nacional -CONAMIT-, que abarca a 57 organizaciones. Los estados que tienen una mayor organización son Yucatán, Chiapas y Oaxaca, y una parte de Michoacán. Chiapas es pionero en medicina tradicional y siempre ha tenido problemas con las autoridades federales y judiciales. Varios médicos indígenas han ido a la cárcel por practicar la medicina tradicional y es el Ministerio Público quien los acusa por practicar la medicina tradicional, ya que ésta no está reconocida legalmente y por lo tanto no deberíamos curar.

En Chiapas, los médicos indígenas que ya han curado a algún miembro de la familia, reciben cinco o diez mazorcas de maíz por una nueva curación. Con esto se puede sostener el médico indígena y también, las comadronas. Cuando no se tiene mazorca, les dan diez o quince tortillas. Esto es un cambio que le hace a Chiapas.

Gracias a algunos médicos profesionistas, hemos logrado abrirnos camino, ya que no todos ellos son malos. Hay algunos que les gusta apoyar y convivir con los indios (indios mugrosos, que les dicen). Eso ya es cosa del pasado, ahora estamos empatados, ya que también los ricos mueren por cáncer, diabetes y que se curen con su propio médico.

Esto es un empate, no una revancha. Mejor vayamos equilibrando ya la relación entre güeros y negros. Aunque nos digan que somos apestosos, acuden a nuestro consultorio. Se han dado cuenta que los indios hemos vuelto a retomar nuestra cultura, tradiciones y creencias. Llegó el momento para que la gente que sí puede rescatarnos, pueda fortalecernos, aunque nos lleve mucho tiempo y nos cueste. Con los 700 médicos indígenas no nos alcanza, tenemos que compartir. A Chiapas, han llegado compañeros de Centroamérica para intercambiar experiencias, sobre las maneras de curar y las clases de plantas que conocen.

Nuestro curandero o médico indígena conoce 500 plantas medicinales, así como las enfermedades que puede curar con ellas. Ellos salen de la escuela a enseñar, les dan clases a los jóvenes para que sigan esa carrera y, que cuando cursen la primaria, secundaria y la preparatoria, lleguen a tener una conciencia clara con respecto a esto. Este es un procedimiento que seguimos.

Tenemos que presentar nuestro plan ya que actualmente en México, y especialmente en Chiapas, estamos realizando esfuerzos importantes para nuestra medicina tradicional. Aunque

está claro que es nuestro derecho, no hay consenso entre las partes indígenas y el gobierno. Si el gobierno ha dicho que apoya, entonces ¿por qué no cumple?. Es triste, por eso en el pueblo siempre hay marchas y plantones, porque nadie escucha las solicitudes de la gente. Nos dicen que lleguemos en una fecha determinada y no hay nada y siempre hay obstáculos, aunque queramos luchar por nuestra propia medicina, nunca vamos a poder combatir las enfermedades. Ahora lo que nos preocupa es poder avanzar, organizarnos y seguir adelante.

Estamos bajo la ley del propio mexicano, ya que estamos constituidos legalmente y ante cualquier cosa nos amparamos inmediatamente. Si hay "brincas" con los médicos indígenas, primero nosotros y atrás van ellos. Somos del mismo hueso y carne y de la santa madre tierra. En estos días ya no hay miedo.

Las comadronas están haciendo su propuesta, ya que siempre son explotadas, marginadas y hasta nosotros las maltratamos. Dicen que las mujeres indígenas no saben trabajar, pero no es cierto, son muy trabajadoras. Las mujeres se levantan a la una o dos de la mañana a preparar alimentos; y el macho, roncando hasta las seis y todavía la golpea. El derecho de la mujer está totalmente privado, hasta en su misma casa. No tenemos conciencia.

En las zonas indígenas, cuando la mujer termina de tortear se va a trabajar junto con el hombre. El hombre se va contento y la mujer va cargando con su hijo. Siempre es una explotación. En Chiapas, se empiezan a reconocer sus derechos, iguales a los del hombre. No sólo en la ciudad hay explotación también, en nuestro hogar la hay. Para lograr avanzar en esta situación, tenemos que compartir y seguir adelante.

Qué bueno que OPS nos está invitando a compartir con ellos y quisiéramos que los representantes de las organizaciones participantes nos contaran sus experiencias. ¿A qué se compromete la OPS para rescatar a la medicina tradicional? No basta con rescatar solamente la medicina tradicional, tenemos que rescatar también a los médicos indígenas para seguir desarrollándonos. A mí siempre me han dicho que nunca me harán caso, porque no tenemos representación.

Los indígenas marginados no podemos llegar hasta México a entregar un proyecto, hay que pensar cómo y qué hacer. Basta ya de mentiras a los médicos indígenas y a las instituciones, ya que estamos cansados. Sin recursos no podemos trabajar ni seguirnos desarrollando en este campo.

Ahora ya nos dan pláticas sobre salud ambiental y se dedican a hablar sobre planificación familiar. Los comunitarios necesitan que el trabajador de salud aprenda a dar consulta a la comunidad y que tenga medicamentos. Llegamos a pedirles favor y los trabajadores de salud están de "manos cruzadas" y nos dicen "si compraste tu medicina, te voy a inyectar".

**Pregunta: ¿Cuánto nos puede apoyar un trabajador social?**

En nada, pasa lo mismo.

**Pregunta: ¿Por qué cree que no tenemos relación los trabajadores de salud, con los médicos indígenas?**

Porque al trabajador de salud, no lo quiere aceptar el médico indígena, ya que tiene otro ideal. Lo que enseñan es complicado y, al mismo tiempo, se burlan y nos dicen que tenemos que lavarnos las manos; bañarnos, por lo menos tres veces a la semana; y tenemos que cambiarnos a diario la ropa. En las zonas indígenas, la gente vive solamente con dos mudadas de ropa y con dos pantalones, si los tienen, si no, los manda a lavar al mediodía, se seca la ropa y se lo pone.

Para hacer preguntas es necesario conocer a los indígenas, compartir con ellos y tener conocimiento sobre lo que sucede, ya que no es igual que vivir en la ciudad. Ustedes nos pueden apoyar como asesores o como intermediarios para buscar y lograr el apoyo necesario para la medicina tradicional. Es necesario sentar a las bases en las comunidades.

Reconocemos nuestros errores hacia la comunidad. Entiendo, porque yo también tengo errores y ustedes también. En esta vida, nadie está libre de cometer errores. Para lograr lo que queremos, tenemos que saber, conocer, trabajar y buscar el espacio.

## MEDICINA TRADICIONAL

**Dr. Juan José Escalante** Asociación  
de Terapeutas Tradicionales,  
Totonicapán, Guatemala.

Represento a 96 curanderos del departamento de Totonicapán, a 5 curanderos de apoyo y a la Asociación de Terapeutas Tradicionales. Empezaré por hacer una rápida reflexión acerca de la cosmovisión y la salud, utilizando el esquema de una pirámide. En ésta, se encuentra la cruz Maya; en su base está el oriente, el sur, etc. y también la tierra; en la cúspide está el creador (quien es perfecto) y, en medio de esto, la persona.

La interpelación de la tierra hacia el cielo y viceversa se da en cualquier momento, ser y materia. Está en movimiento constante, porque todas las personas poseemos ideas y conciencia.

La curación es un hecho crucial y el punto de vista de la medicina tradicional, con respecto a ésta, dista mucho del que tiene la medicina occidental. Constantemente, decimos que la medicina tradicional se encuentra donde el atraso tecnológico está presente. Esta concepción es el arma que utilizamos los médicos occidentales, quienes identificamos la medicina tradicional con la pobreza, la falta de recursos, especialmente económicos, y como una barrera para el desarrollo. Decimos que la medicina tradicional nos está sirviendo de barrera porque no podemos avanzar. La consideramos como un recurso inferior, típico de una situación de subdesarrollo, que solamente se acepta porque no tenemos otro. No tenemos recursos sofisticados, por lo tanto, la tenemos que utilizar.

El 30% de las personas de la región occidental (incluye el departamento de Totonicapán) hace uso de la medicina occidental, entre ellos médicos particulares, servicios de salud institucionales, servicios particulares y seguro social; el 70% restante usa la medicina tradicional.

El concepto que promueve la OMS abarca todos los aspectos de la medicina tradicional, pero le hace falta lo referente a población y salud, características que nosotros agregamos antes de iniciar el trabajo en Totonicapán.

En el campo de la medicina tradicional existen varias formas de actuar y diferentes recursos (humanos y materiales) con los que se trabaja. En Totonicapán se cuenta con el grupo de sacerdotes mayas, los que curan huesos, comadronas, comadronas que curan niños y los curanderos. Con respecto a su formación y ante la pregunta ¿cómo nació?, en la mayoría de los casos la respuesta es: "como resultado de una visión o un sueño". El trabajo se está realizando en las comunidades más lejanas de Totonicapán, debido a los problemas de violencia que sufrieron en la década de los 80. Las personas con quienes trabajamos poseen características, conocimientos y buena disposición para brindar atención ante cualquier tipo de problemas, ya sean físicos, mentales, sociales, morales, espirituales y especialmente en lo que respecta a recibir la muerte como un designio. La persona con quien se trabaja puede ser hombre o mujer, porque en la comunidad existen curanderos mujeres y curanderos hombres, comadrones y comadronas, etc.

Las características de estas personas también dependen del signo que les corresponde en el calendario. El signo Batz es el que rige a la mayor parte de sacerdotes mayas y en torno a él gira todo. Los sacerdotes son personas de edad madura, realizan su trabajo con mucha seriedad (tal como lo pudieron notar hoy en la mañana), comparten con las comunidades su idioma y, sobre todo, su cultura. La vocación que manifiestan, los hace acreedores de mucha confianza, respeto y estimación. Prestan sus servicios a cualquier persona, sin importar la hora. Su remuneración puede hacerse en especie o en dinero. Esto evidencia que además de su trabajo, como sacerdotes mayas, tienen una profesión.

Generalmente, podemos decir que el proceso de salud está en armonía y muy vinculado con la naturaleza. La comunidad que participa, tanto de su tradición como de su historia, concibe al mundo ordenado, pero en movimiento y regido por leyes. Asimismo, reconoce que la pérdida de este equilibrio trae sus consecuencias.

En Tonicapán, en la práctica con los curanderos, clasificamos la causa de las enfermedades, en natural y sobrenatural. El primero, sustenta el complejo de factores opuestos que se complementan "frío-calor". Al respecto, determinamos que esta relación no expresa estados serios; pero lo frío y caliente significa algo más que eso. El frío intenso y el frío del alma hacen mucho más daño que el calor fuerte que se pueda sentir.

El segundo (sobrenatural) comprende todo lo relacionado con el espíritu (el alma) es el Nahual que todos tenemos. La detección y atención de estas enfermedades (en el campo de la medicina tradicional), al igual que en el hospital, se basan en un modelo de organización social, ya que todo está determinado por la historia. Si se enferma un niño en la familia, todos los miembros de la misma se ven involucrados en la resolución de la enfermedad. Si la abuelita decide que tienen que llevarlo con un curandero de niños, entonces lo llevan. Si la abuelita o la familia, por consenso, decide que lo lleven con el curandero, entonces lo llevan con él o con el sacerdote maya, etc. Este comportamiento obedece a un modelo de organización social. En algunos aspectos, los "ritos curanderos" tienen relación entre sí. Cuando el problema lo amerita o un curandero no puede resolverlo se lo lleva a su maestro. El tratamiento que sigue al diagnóstico se hace también con base en el entorno social.

Dentro de la cosmovisión, es importante señalar la concepción del espacio-tiempo. Con relación al espacio, si nos vamos a morir mañana, pues nos morimos y si vamos a vivir más tiempo, pues vivimos. Es de suma importancia ver y guardar ese espacio.

En lo que respecta al tiempo, si éste es infinito entonces nadie está apurado por querer vivir, nadie corre y todo se hace con mucha tranquilidad. En este sentido, el tratamiento utiliza todos los recursos, tales como rezos, oraciones y sobre todo plantas medicinales. Decimos que la atención es simétrica, ya que en la medicina tradicional el enfermo actúa y es quién indica su mejoría, entonces le disminuimos los tés o lo que se le esté dando. En cambio en la medicina occidental, es en forma asimétrica, en donde el enfermo, es el enfermo, y él me tiene que obedecer.

Con respecto a la atención de las otras enfermedades y del embarazo, es evidente el compromiso y la responsabilidad de los curanderos, así como por parte de la comunidad, ya que siguen las explicaciones que se les da. Por ejemplo, si sale alguien de la comunidad dice que no hay que salir porque hay mucho frío, y alguna persona de la comunidad está enferma y salió,

es comentario de todos. Cuando la curación es total, también hay manifestaciones de agradecimiento.

Lo que a continuación vamos a ver está relacionado con la distribución y manifestaciones de la enfermedad, especialmente enfermedades tradicionales. Dentro del contexto de la medicina, como ciencia social, la intervención es frecuente, decisiva, permanente y social; y se conocen con mucha anticipación los factores que puede provocar el desequilibrio. Asimismo, los curanderos actúan y clasifican las enfermedades desde el punto de vista frío-caliente asignándoles dos espacios. Los criterios etiológicos, las formas de transmisión, las concepciones anatómicas y la fisiología son consideradas dentro de un contexto socio-cultural.

Hemos visto que riesgo o factor de riesgo se identifica como la probabilidad que tiene un miembro de la comunidad de desarrollar una enfermedad en un período de tiempo. A partir de esta concepción, puede verse cómo convergen las tres dimensiones: la ocurrencia de la enfermedad, la existencia de un ser humano dentro de su comunidad y sobre todo, la cosmovisión. En muchas oportunidades se agrega la percepción del riesgo. Por ejemplo, a una comadrona se le prohíbe ingerir comidas que le podrían causar daño, así como caminar cuando lava o cuece el maíz y pasarse sobre el nixtamal. Esta última prohibición también se le hace a la embarazada.

Algo interesante que dicen todos los terapeutas es "no se metan con nosotros, dejen que hagamos las cosas como las hacemos". Hace uno o dos años se hizo una investigación que exigía la medicina tradicional y se puntualizó de esa forma. Después, el grupo de trabajo, el curandero y el arregla-huesos estuvieron visitando las comunidades, especialmente las más lejanas y durante varios meses estuvieron llegando e insistiendo.

En diciembre del año pasado, después de 16 meses de trabajo, en una reunión comunitaria, alguien se para y nos dice: "yo soy curandero, tengo 22 años de serlo y ahora sí les voy a creer que ustedes están viniendo". Este trabajo no es fácil; alguien nos decía por ahí que la confianza uno se la gana. El trabajo que hemos hecho los de salud es malo y no hemos dado lo que se debía. Programamos vacunación y no llegamos, decimos que llegaremos a las 9 y llegamos a las 10 ó a las 11. Por eso no tenemos credibilidad.

¿Cómo ayudar a las comunidades? Por ejemplo, yo con mi medicina occidental, totalmente investido como todos los médicos y metido en la comunidad ¿qué podía hacer?, yo veía algunas situaciones en las que deseaba intervenir.

Una comadrona que tiene 38 años de ejercer atiende, como mínimo, un promedio de 4 partos en el mes. Una de ellas dice que ha atendido hasta 30 en el mes y que en promedio ha atendido más de 3,000 partos. Entonces, ¿cómo es posible que yo le vaya a enseñar a ella? Es ella la que me tiene que enseñarme. Con dicha comadrona, logramos determinar cómo se puede detectar, antes del nacimiento, a un niño con circular en el cuello. Una comadrona recién ingresada al grupo y que tiene 4 ó 5 años de trabajo, nos dice un día: "tengo que atender a una persona que tiene el niño sentado". Entonces, preguntamos si había alguien que hubiera atendido un caso similar para que estuviera junto a ella en el momento del parto. No podemos decir que vamos a capacitar a las comadronas, ya que es innecesario; lo que ellas necesitan es acompañamiento y, sobre todo, que les dejen espacio.

¿Qué hemos hecho para buscar puntos de unión con la medicina institucional? Solamente se planeó con el apoyo de la OMS un congreso internacional de medicina tradicional, al que se invitó a 26 médicos hospitalarios. Al principio, se contó con la participación de 12, pero su presencia fue disminuyendo paulatinamente hasta que terminamos la sesión sólo nosotros, lo cual dejó entrever su falta de interés. Para resolver esta situación, realizamos una sesión clínica en la que participaron obstetras del hospital de Totonicapán y algunas comadronas y dentro de la misma, cada quien presentó su trabajo. Con el propósito de evitar choques, un día antes, se solicitó a los médicos el uso de terminología accesible al nivel de las comadronas y a ellas dejar por un lado esa especie de rencor hacia el hospital. Las primeras dos sesiones resultaron muy interesantes; sin embargo, después ya no se pudieron hacer. Tampoco se pudo concretar una reunión con el traumatólogo del hospital.

La única felicitación que obtuvimos fue la del doctor Echeverría, en Quetzaltenango, cuando tratamos de comprobar la efectividad en la curación de una fractura. El nos dijo "que estaba bien y que felicitáramos a quien la hubiera hecho".

En Totonicapán, una experiencia reciente y muy interesante es la relacionada con el cólera (tasa de letalidad más alta a nivel nacional), ya que entre los grupos indígenas se enferman pocos, pero se mueren muchos y, como médico, tengo la responsabilidad de hacer algo, ya que de lo contrario será peor. Comenzamos a platicar con el grupo comunitario que apoya al personal de la oficina, acerca del concepto que tenían del cólera, y como respuesta se obtuvo que "con la invasión también nos invadieron los microbios". Tuvimos que estar con ellos y observamos su contexto, ya que no podíamos entrar con una enfermedad desconocida que lucha contra el espacio y el tiempo, ya que deshidrata rápidamente. Tuvimos que hacer un recorrido para conocer su opinión al respecto y llegamos a concluir que sí la comprendían.

Posteriormente, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Qué podemos hacer? y ¿cómo podemos ayudar? Empezamos a trabajar lo relacionado con el uso de sueros. Se visitaron las comunidades y, a pesar de las dificultades, se obtuvo el uso del suero y las sales de rehidratación oral. Al inicio, se trabajó en cuatro comunidades en donde aún no había cólera, informando y convenciendo a la población acerca de la enfermedad.

En una población cercana, el puesto de salud reportó un caso de cólera, entonces, tanto las personas sanas, como los enfermos y sus familiares fueron inmediatamente a la otra comunidad cercana para alertar a los curanderos. Ellos llegaron, vieron casos de cólera y ayudaron a hidratarlos; también, tuvimos que llegar nosotros.

Nuestro propósito no es cambiar a los curanderos, sino mejorar las situaciones en las que es posible hacerlo. Logramos identificar lo que la curandera de niños hace para que éstos no vuelvan a tener lombrices. Ellas tienen sus remedios adecuados y, la mayoría de veces, son similares a los de la medicina occidental.

Después de la invasión nos cortaron el pensamiento y ahora tenemos que volver a desarrollarlo. Nos basamos en el Popol Vuh, libro sagrado Kiché, que habla de las 7 cosas que causan vergüenza al maya: ser orgulloso, ambicioso, envidioso, mentiroso, criminal, sucio e ignorante, lo cual fue escrito antes de la conquista. Lo que esperamos desarrollar es el tipo de ciencia que está oculta, algunas enfermedades que hemos visto y que hemos querido clasificar: el susto, la mollera y el mal de ojo, y para lo cual tenemos una terminología propia.

Nuestro reto es lograr más salud con menos desastres. Tenemos que aceptar que existe una medicina occidental y una tradicional o medicina maya. En esta última, los recursos son la oración, el rezo y las plantas medicinales. El verdadero curandero o terapeuta, antes de cortar una planta pide permiso al Ajau. Asimismo, considera la hora y el estilo para cortarla, porque su intención no incluye la depredación de los bosques ni el daño, ya que considera que el que hace daño desequilibra.

Hemos visto como algunos utilizan la medicina tradicional para comercialización y creo que primero tenemos que rescatarla y utilizarla. Entre los recursos que se han utilizado para extraer la medicina, se encuentran la trementina, la hoja de plátano y la hoja de tabaco. Hagamos medicina tradicional, pero no destruyamos la parte ecológica. Quizá algún día tengamos que comercializar también las plantas medicinales, pero por el momento considero que no es conveniente.

¿Qué tenemos que hacer nosotros como médicos de medicina tradicional? Por el momento, acompañémonos y abramos el camino.

En este mundo, todo lo que tiene vida tiene mucha relación entre sí. En primer lugar, la persona reconoce que está enferma, siente que hay un desequilibrio y tiene que notificarlo a su familia para que ellos también lo sientan. Si se enferma un hijo, el papá y la mamá también se sienten enfermos. Si la persona no tiene la ayuda, por ejemplo de un hospital, entonces se le traslada con otro curandero, a través de la comunidad. Mientras más grande sea el desequilibrio, el sentir de la comunidad también lo será.

## **INSTITUCIONES OFICIALES DE SALUD Y LA PRESTACION DE SERVICIOS A LA POBLACION INDIGENA**

**Dr. José Luis Hernández  
Secretaría de Salud Pública  
México.**

Antes de iniciar, quiero manifestarles que Sebastián Luna y Filiberto Hernández, en este momento, representan tanto a la medicina tradicional como a los pueblos indígenas de México.

Empezaré mi exposición con la presentación de un problema de salud muy serio que tenemos en México, que por la variedad de matices que posee se le da esa categoría. El hecho de tener 80 millones de personas en un país no es fácil, y tampoco lo es el tener 12 millones de indígenas ubicados en zonas muy inaccesibles, con alta dispersión y en localidades con menos de cien habitantes. En estas comunidades es muy complejo realizar acciones de salud, tanto por la inaccesibilidad geográfica como por la insuficiencia de recursos.

Del 4.5% del producto interno bruto que recomienda la OMS, en México se destina únicamente el 1.7% para gastos en salud, lo cual es insuficiente para cubrir las necesidades. De este último, la mayor parte está destinada a medicina del segundo y tercer nivel de atención, dejando lo preventivo sin presupuesto, lo cual representa un problema muy serio para nosotros. Ahora que estamos festejando 50 años de trabajo en la Secretaría de Salud y en la Seguridad Social y después de un análisis de lo ocurrido en este tiempo, nos damos cuenta que la situación de salud en México es bastante delicada. Al analizar la morbilidad y mortalidad de los pueblos indígenas, nos damos cuenta que tenemos tasas que son el doble de cualquier otra zona de México, lo cual nos preocupa. Esto no significa que en México no hemos trabajado, al contrario, creo que hemos trabajado mucho, por eso es que nos preocupa esta situación.

Algo está sucediendo y lo que sea es serio. Hemos ideado múltiples mecanismos, pero por lo visto han sido insuficientes para resolver nuestros problemas. Por ejemplo, tenemos programas de educación indígena, de radio indígena, materno infantil, de cólera, etc. y, sin embargo, nuestra situación sigue siendo la misma que hace 50 años. Las tasas de morbilidad por enfermedades respiratorias y digestivas siguen ocupando el primero y segundo lugar, respectivamente. Asimismo, estamos convencidos que no es el recurso de salud lo único que necesitamos para eliminar el problema, ya que hay una serie de factores que lo determinan.

En estos últimos seis años de trabajo hemos tratado de abordar la problemática en dos sentidos, uno de los cuales constituye el soporte jurídico y documental. México fue el primer país suscrito al convenio de la OIT, y su ratificación produjo una modificación al Artículo 4o. de la Constitución. Esto evidencia que tenemos el suficiente respaldo jurídico para proteger la medicina tradicional y a los pueblos indígenas. En este momento se efectúa la revisión de algunos artículos complementarios de la Constitución para proteger a los pueblos indígenas. Actualmente, tenemos un programa de salud en el que se incluye la medicina tradicional y la estrategia de sistemas locales de salud. Asimismo, se tiene proyectada la firma de un convenio entre la Secretaría de Salud (Ministerio de Salud) y el Programa de Medicina Tradicional.

Hemos tratado de abordar la parte operativa desde otro punto de vista y, si bien, hemos avanzado, tenemos que decir que muchos de los pasos dados han sido equivocados. Al principio, nos apoyamos en una propuesta del Instituto Nacional Indigenista, dirigida a fortalecer los hospitales mixtos. En Puebla tenemos un hospital de este tipo, en cuyo espacio se desempeñan médicos alópatas y médicos tradicionales. Al respecto, debo decirles que existe opresión hacia la medicina tradicional. Los médicos tradicionales están totalmente anulados, a pesar de que funcionan oficialmente dentro del hospital. Ante esta situación, la Secretaría propuso trabajar centros de salud mixtos, en vez de hospitales. La experiencia es reciente y, por lo mismo, todavía no puede hablarse de una evaluación.

Últimamente, hemos avanzado en lo referente a Sistemas Locales de Salud, lo cual no significa que el médico tradicional y el alópata están en el mismo espacio físico. Existe un nivel de coordinación a través de consejos de administración, en los que el médico alópata y el tradicional tienen la misma jerarquía, permitiéndoseles tomar decisiones de salud en sus comunidades. Tal vez, el paso más importante que hemos dado en México es el de escuchar a los médicos tradicionales y por ello, en este momento, la propuesta de la Secretaría de Salud no es otra que la del mismo consejo de médicos tradicionales. Nosotros ya no estamos haciendo propuestas como Secretaría de Salud, sino estamos aceptando y fortaleciendo las que ellos hagan.

Creo que esto es importante, hay que dejar de pensar por los médicos tradicionales y dejar que ellos nos enriquezcan con su forma de pensar. A grandes rasgos, ésta es la historia de la medicina tradicional en México. Sin embargo, por la forma como la situación se ha venido presentando, en estos días de trabajo, más que hacer un análisis de la salud de México, quiero hacer referencia a varias situaciones encontradas, que serán la base de mis propuestas.

Nuestro principal problema es la marginación de la medicina tradicional, la que se ha venido dando en gran magnitud, desde hace mucho tiempo. Consideramos que un factor importante para solucionar este problema lo constituye la estructuración de una organización formal. En México, esto nos ha dado buenos resultados, porque la propuesta de organización no ha surgido de las instituciones sino de los propios médicos tradicionales, quienes a través de un Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales han obligado a las instituciones de salud a hacer escuchar su voz y a reconocer su voto. En este momento, nosotros ya no queremos tomar decisiones, sino adoptar y fortalecer las decisiones que el consejo emita.

Es mi opinión que el Estado, de cualquier país, no puede seguir decidiendo por la población. Tenemos que promover que la población se organice en consejo, comité u otro grupo, a través del cual den a conocer su problema y las alternativas de solución para el mismo.

De acuerdo con la guía de referencia que nos dieron ayer, un segundo problema es la expansión de salud en los pueblos indígenas. Este es un sesgo muy importante y me pregunto por qué tenemos que seguir viendo la salud como prioridad del sector salud nada más, si sabemos que la salud es el resultado de la intervención sobre múltiples factores que no competen solamente a este sector. Por ejemplo, a mí de nada me sirve dotar a Chiapas o a otra localidad de mil médicos, diez mil medicamentos, diez mil vacunas, etc., si eso no va a solucionar nuestro problema. Me preocupa mucho que este grupo siga enfocando el problema desde el punto de vista de ¿cuáles son las prioridades de salud?, si la falta de salud es consecuencia de

muchos problemas tales como, falta de agua, infraestructura sanitaria, vivienda, fuentes de trabajo, etc.

Hace dos años formamos un grupo de trabajo para que a través de un sistema de salud para todos en el año 2000, hiciera propuestas concretas de la comunidad Tzotzil de Oaxaca. Por ejemplo, ¿a qué se compromete el área educativa de México?, ¿cuántas personas tendrá que alfabetizar?; ¿a qué se compromete el área de vivienda?, ¿a cuántas familias les dará vivienda?; ¿a qué se compromete agua y saneamiento?, ¿a cuántas comunidades indígenas les dará agua potable? y ¿en cuánto tiempo lo harán?. Desafortunadamente, por situaciones políticas similares a las de otros países de América, este programa no prosperó y es probable que muera, pues sólo nos quedan cuatro meses de trabajo.

Ojalá que en algunos gobiernos se retome esta situación, porque de nada sirve que nos propongamos tener diez o más centros de salud si la raíz del problema no la atacamos. Creo que nuestro compromiso debe orientarse a dejar el discurso por un lado y empezar a definir intervenciones concretas. Si dotamos de agua, drenajes y otras cosas necesarias, a lo mejor no tendremos que preocuparnos de médicos y enfermeras.

Me preocupé mucho cuando el Dr. Hurtado llamó la atención a OPS y le dijo: " ¡Atención!, si OPS piensa en un modelo de salud o en un modelo de atención, CEDRO es el número uno". Creo, que CEDRO es el número uno para CEDRO; CONAMIT es el número uno para México y cada localidad sabrá cual le conviene. Por favor, no pretendamos crear un modelo para la problemática de América. Tenemos que crear pautas generales para adecuar los modelos a la problemática, necesidades, recursos, etc. del nivel local. Si queremos avanzar creando modelos únicos estamos equivocados. En México, hace 6 años cometimos un gran error al crear una sala de espera en un centro de salud para que la compartieran los médicos tradicionales y los médicos alópatas. Creamos un espacio físico, el cual se dotó de una camilla para la atención del parto, con el propósito que allí se atendiera a las mujeres indígenas, quienes acostumbran atender sus partos de rodillas.

Cuando nosotros llegamos con nuestro mapa y dijimos aquí está la sala de expulsión, me sorprendió mucho cuando nos preguntaron en dónde está la hamaca, ya que la gente está acostumbrada a parir en ella. A nosotros, los grandes técnicos de los hospitales de salud, jamás se nos había ocurrido eso. Por lo tanto, crear modelos únicos es un grave error que frecuentemente cometemos los técnicos y sobre todo, porque los creamos sin considerar el contexto local, el cual es totalmente diferente al nuestro. Tenemos que avanzar en este campo y comprender que los modelos no los tenemos que determinar las instituciones de salud, sino los grupos poblacionales que los utilizan, en este caso, los médicos tradicionales.

Si bien OPS, tiene que considerar muchos aspectos para la creación de un modelo, creo que nunca debe crearse un modelo como tal, sino difundir todos los modelos que tenemos, a efecto que cada quien seleccione lo que le convenga. Por ejemplo, si a Venezuela le gusta el modelo existente en Haití que lo tome, etc. OPS, por ser una organización de tipo internacional, tiene la posibilidad de crear un mecanismo de difusión para que los pueblos indígenas los conozcan y puedan tomar decisiones al respecto. Me ha sorprendido ver como, en la mañana, se genera una discusión sobre las sales de hidratación oral y cuando Miguel les dice a los compañeros que se está occidentalizando su modelo al presentar planos. Es cierto, eso es lo

que hemos hecho, occidentalizarlos. Ese es el error y creo que, de alguna manera, en este evento también se ha dado.

OPS tiene que avanzar en aspectos muy importantes, promoviendo un verdadero encuentro de médicos tradicionales; en donde los que no somos médicos tradicionales estemos como observadores y facilitemos las acciones, pero no debemos seguir reproduciendo el esquema occidental, algo que, tal vez, en esta reunión lo hemos hecho inconscientemente. Me alegraría mucho asistir a un encuentro de médicos tradicionales, donde ellos decidieran lo que quieren discutir y hacer.

¿A qué se compromete OPS? y ¿a qué se compromete la Secretaría de Salud de México?. La primera responsabilidad es nuestra y no de OPS. En este momento, estamos tratando de dar una respuesta, a través de la firma de un convenio, en donde se explicita la modificación del curriculum de los trabajadores de salud; el financiamiento para la medicina tradicional; y el reconocimiento a nivel jurídico, entre otros. Los suscritos al convenio serán la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Médicos Tradicionales. Esta es una propuesta de CONAMIT y no de la Secretaría.

¿Qué pasa con los que nos vamos y con los que llegan? ¿Qué pasa con los acuerdos firmados hasta este momento? Desafortunadamente, no se les da continuidad. Sin embargo, si queda un documento firmado y, además, con el aval de un organismo internacional, podrá contribuir a solucionar la problemática de la medicina tradicional.

En este momento, la Secretaría de Salud de México se adhiere a la propuesta de la medicina tradicional, que promueve centros de desarrollo de la medicina tradicional. Por consiguiente, hacemos una solicitud formal a OPS para que incluya el apoyo a esta propuesta en su presupuesto 1995, a reserva de que se presente por escrito al Dr. Juan Manuel Sotelo, representante de OPS en México. Si OPS asigna lo solicitado, recomendamos que se haga a través de un convenio, en donde se establezca que los representantes de la medicina tradicional son los responsables directos de la ejecución de los fondos y que la Secretaría de Salud sea únicamente testigo de honor.

En México, decimos que los papeles son los que hablan, ya que las palabras se las lleva el viento. Queremos cosas por escrito y, por lo tanto, hago una petición formal a OPS para que cualquier tipo de coordinación la hagamos en forma escrita y puntual. Además, con la claridad de que los resultados se adjudiquen a la medicina tradicional y no para la Secretaría de Salud.

**INSTITUCIONES OFICIALES DE SALUD Y  
LA PRESTACION DE SERVICIOS A LA POBLACION INDIGENA;  
EXPERIENCIAS DE COORDINACION ENTRE  
MEDICINA TRADICIONAL Y OCCIDENTAL**

**Licenciada Leyla Garro  
Punto focal de la iniciativa SAPIA,  
Ministerio de Salud de Costa Rica**

Voy a narrar una experiencia que se ha llevado a cabo en Costa Rica. Primero, como una iniciativa particular y que se ha ido concretando con otras actividades " Coordinación entre la Medicina Tradicional y la Occidental". Una de las razones por las que se llevó esta actividad, fue por el poco impacto obtenido (persistencia de altas tasas de mortalidad infantil) por los servicios de salud oficiales, en las comunidades indígenas.

Estudios realizados evidencian un comportamiento diferente de la morbilidad entre la población indígena y la no indígena, en un mismo cantón. En lo que respecta a la mortalidad infantil por causas prevenibles, es la población indígena la más afectada. En uno de los estudios, se reporta que el 70% de los niños que murieron en ese cantón no fueron llevados a un centro de atención.

En relación a la existencia de médicos tradicionales indígenas (Ahuá), están agrupados en un consejo de médicos tradicionales. Desde niño es escogida la persona que va a ser médico indígena. Ellos tienen un período de formación de, por lo menos, 15 años y en ese período no pueden casarse, hasta que no es un Ahuá. Culturalmente no hay un rechazo a que la mujer sea un Ahuá. Cuando esta actividad se hizo, era todo un reto para mí, porque el ser mujer, no indígena y llevar a cabo con ellos una capacitación diferente a la que estaban acostumbrados, tanto en tiempo como en metodología. Se hizo únicamente a través de la palabra y la observación, siendo muy pretenciosa en pensar que en pocos días, semanas o meses lo iba a lograr.

Lo primero que hice fue establecer coordinación con la Asociación Indígena Nacional, ya que todos sabemos que el Ministerio de Salud y la Seguridad Social están muy desprestigiados dentro de las comunidades. No podía negar que era del Ministerio de Salud, pero no llegué como tal, sino aproveché mi relación, de muchos años, con los pueblos indígenas. Fue una situación más particular y de acompañamiento. Posteriormente, establecí una relación informal de acompañamiento con las organizaciones indígenas locales. El análisis de la situación de salud con ellos se estaba desarrollando en esa población. Lo único que podíamos hacer, era la búsqueda de una solución conjunta, para evitar la imposición de actividades.

La capacitación se realizó a nivel local y fue muy interesante. Yo repetía que estaba quebrando muchos esquemas y toda la actividad se desarrolló verbalmente sin dejar ningún documento. Cuando yo tenía que regresar a la ciudad, ellos me preguntaban qué hacer para no olvidar algunas de las cosas que les había dicho. De todos, solamente uno había ido a la escuela, los demás no sabían leer ni escribir. En las familias había niños que sabían leer. Se me ocurrió entonces, hacer un documento práctico, principalmente con dibujos. Después me

sorprendí, ya que lo que había elaborado no lo comprendieron y por lo tanto no nos estábamos comunicando.

Los símbolos que estaba usando, pertenecían a nuestra cultura. Cuando estábamos enseñando partes del cuerpo, me decían: ¿Por qué no está el cuerpo entero? Así fui aprendiendo, y con esta experiencia aprendí más de lo que enseñé. Para mí fue muy valioso y se generó un documento sobre la forma de validar y desarrollar un diálogo con población indígena.

Para el desarrollo de la práctica, resultó más fácil hacerla en un hospital de la capital, ya que había menos resistencia que en un hospital cercano a los pueblos. Tuvieron que hacer su observación en el Hospital Nacional de Niños (Hospital modelo), a donde llegan muchos de los pediatras de toda América. Asimismo, hubo reconocimiento por parte de los médicos del hospital nacional. Los médicos se sorprendieron, ya que ellos nunca habían estado en contacto con médicos indígenas, así como del trato que tenían con el paciente. También fue sorprendente la rapidez (horas) con que aprendían los procedimientos, que a un estudiante le llevaba una semana aprender. Ellos tenían ya el conocimiento, lo cual motivó a un grupo de médicos a devolverles la visita y hacer consultas médicas conjuntas.

Posteriormente, se hicieron algunos encuentros para el análisis e intercambio de experiencias, en donde participó personal de salud tanto del nivel local, como del nacional. Lo más sorprendente fue que los indígenas conocían el sistema de salud occidental y los funcionarios de salud desconocían por completo el sistema de medicina tradicional de las comunidades. Incluso, ignoraban la existencia de los médicos indígenas y nunca llegaron a pensar que fueran tantos. Esto se constituyó en un verdadero aprendizaje.

Varias asociaciones y grupos se ha involucrado en esta actividad, por ejemplo, la asociación de salud pública ha apoyado con publicaciones al respecto. Un aspecto interesante de resaltar es que el Ministerio, inicialmente prestó tolerancia y posteriormente lo adoptó como un verdadero compromiso. No obstante lo obtenido con esta experiencia, aún quedan muchas dudas por resolver. Estamos institucionalizando este tipo de actividad y enseñando cosas que otro sistema considera que son buenas. Estamos conduciendo, aún sin querer, a que nos den cierta respuesta. Son preguntas que nos quedan.

Al comparar el modelo tradicional indígena con el modelo oficial o académico se evidencia que el médico indígena es del pueblo y el médico académico, la mayoría de veces, no pertenece al pueblo, sino que llega. Es un funcionario de salud que, en muchos casos, ni siquiera es un costarricense, porque generalmente, los que van a prestar sus servicios a estas áreas, son los extranjeros. El médico tradicional indígena está disponible las 24 horas del día y todos los días del año; habla la lengua de sus pacientes; y tiene la misma cosmovisión. En cambio el médico oficial, en el mejor de los casos, atiende cuarenta horas a la semana; desconoce la lengua, la mayoría de veces; y tiene una cosmovisión lógicamente diferente.

En el caso de Costa Rica, y posiblemente en otros lugares, el médico indígena, además, es un sacerdote y una autoridad. El médico oficial, desempeña únicamente su papel oficial y de liderazgo en salud. En cuanto a la formación, el médico indígena tarda 15 años y se inicia desde la infancia, mientras que la del médico oficial dura 7 años.

La selección del médico indígena responde a características especiales detectadas por su familia y la comunidad, y su labor la determina su pueblo. En contraposición con el otro médico, en donde la selección responde a niveles académicos establecidos por la facultad de medicina, y su labor la determina la institución con que trabaja. El primero fija su atención en el hogar del enfermo y permanece en éste el tiempo que se requiera. Esto depende de la enfermedad y, muchas veces, pasa hasta tres días y tres noches sin dormir y sin comer; está rezando; está con la familia; y está pendiente del enfermo. Por lo tanto, atiende al enfermo en forma integral, enfocando aspectos físicos, emocionales, culturales y religiosos. El segundo fija su atención en la enfermedad, necesita de tecnología para atender al enfermo, lo atiende en forma individual y con una fuerte tendencia a la especialización; y se limita a hacer el diagnóstico y la prescripción de medicamentos sin asegurarse de los resultados.

El médico indígena cuenta con la credibilidad de la población, especialmente, la tradicional; sus prácticas sanitarias son aceptadas cultural y socialmente; sin embargo, a veces son consideradas como atención cultural y no tienen apoyo ni reconocimiento institucional. El médico académico cuenta con la credibilidad de la población menos tradicional; su costo es caro, la atención es baja y supera las posibilidades de los usuarios; y tiene el apoyo y reconocimiento institucional.

Generalmente, los médicos indígenas tienen que trabajar, y sembrar para poder comer, ya que no viven de atender enfermos. Mientras que a los otros, la práctica de la medicina les provee su sustento económico. En el caso de los médicos indígenas, sus agrupaciones son incipientes o no hay organización. En cambio, los médicos académicos están organizados en asociaciones, colegios, federaciones y otro tipo de organización que los fortalece social y profesionalmente.

Con respecto a la capacitación y especialización, el médico indígena casi no tiene posibilidades, la realiza con esfuerzo propio, a través del ensayo y error o por transmisión oral de sus mayores. En el médico académico, éstas son promovidas y facilitadas por instituciones u organizaciones a las que pertenece; cuenta con un sinnúmero de investigaciones y tratados de actualidad; y tiene una serie de métodos de diagnóstico que lo ayudan.

Los medicamentos naturales, tales como las hierbas y minerales, son cada vez más escasos debido a la introducción de nuevos cultivos, deforestación y despojo de sus tierras. En cambio los otros medicamentos y recursos terapéuticos aumentan cada vez más.

El médico indígena realiza el diagnóstico utilizando, principalmente, sus sentidos. El médico occidental cuenta con abundantes medios diagnósticos. En ambos hay coincidencias, y una de ellas es buscar alivio y bienestar para el enfermo. También se ha visto que cuando la población indígena tiene acceso (no sólo geográfico) utiliza la medicina. Va a buscar al médico y cuando tiene su medicina, pasa con el Ahual para que la autorice y bendiga y así pueda tomarla. En este punto se articulan las dos. Ambas prácticas tienen fortalezas y debilidades para resolver los diferentes tipos de morbilidad, por lo que si se usan las dos el beneficio sería mayor.

Considero que es obligación nuestra poner a disposición de las poblaciones ambas medicinas. Asimismo, promover ante OPS, ministerios y otras organizaciones la realización de

intercambios de experiencias y conocimientos entre médicos indígenas, jóvenes y adultos, sin olvidar que tienen que sembrar la tierra para vivir.

En Costa Rica no se da ningún subsidio para que ellos se puedan especializar, hagan intercambios y ayuden a otros. ¿Qué pasa con la medicina tradicional? Está en grave riesgo porque los indígenas están perdiendo las tierras que les sirven para sus cultivos y producción de medicamentos. Es importante reflexionar sobre cuál debe ser nuestra posición ante esta situación. Nuestros esfuerzos deben encaminarse a la búsqueda de fuentes que los apoyen y no que los colonicen ni opriman.

La OMS siempre ha recomendado a todos los países que se asigne un determinado porcentaje al campo de la salud. A Guatemala se le ha recomendado el 5% del PIB. Sin embargo, observamos que lo asignado oscila entre 1.42% y 0.88%, lo cual está totalmente alejado de dicha recomendación. Además, del gasto que se realiza, el 70% va directamente a salarios y sueldos. En relación al gasto para la atención de salud está más enfocado al tercer nivel en un 60% y de éste el nivel central ocupa el 40%, lo cual quiere decir que los recursos destinados para la prevención son menores y peor aún para la medicina tradicional.

## COMENTARIO

En el cuadro de Costa Rica está faltando una cosa. En ambas medicinas hay charlatanes. La diferencia es que, en la una, ventajosamente los charlatanes están controlados por la comunidad, mientras que en la otra, están protegidos por los colegios de médicos.

Yo quería retomar algunos de los desafíos que nos dejaron para OPS los compañeros de México. Ojalá que podamos hacer un encuentro de médicos tradicionales donde la agenda se elabore conjuntamente con ellos. Respecto a la programación del año 95, voy a transmitir esa inquietud al Dr. Sotelo y estoy segura que se podrá prever algo para el próximo año, obviamente, con la carta que ustedes tienen que poner. Lo que sí no puedo comprometer es lo referente a la triangulación que mencionaba el Dr. Hernández, ya que esto va en contra de la modalidad de trabajo de OPS en todos los países, porque nuestra institución tiene acuerdos específicos con los Ministerios de Salud.

Todo lo que es cooperación técnica y, especialmente, financiera de fondos regulares tiene que pasar a través de la Secretaría de Salud y con el conocimiento de la oficina de Asuntos Internacionales. Con los fondos extra-presupuestarios, particularmente, para proyectos específicos sí se pueden hacer convenios con algunas otras instituciones, pero eso es la excepción, no así con fondos regulares. Pienso que con una buena coordinación, que se ha tenido con las entidades de salud, los fondos pueden llegar rápidamente a los grupos objetivo. Particularmente trabajamos con la Secretaría de Salud, pero también con las instituciones universitarias o con el Instituto Indigenista, en el caso de algunas investigaciones. Siempre tiene que ser una institución reconocida oficialmente y los grupos, por el momento, serían considerados como ONGs. En la actualidad OPS no tiene la posibilidad de asignar fondos directamente, pero a través de la secretaría, como ha sido hasta ahora, esperamos agilizar los trámites.



**RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MODULO III**  
**ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LOS PUEBLOS INDIGENAS**

**Duración:** 8 horas (4 sesiones)

**Temas desarrollados:** Aspectos socioculturales y políticos de los pueblos indígenas de los países de la Subregión; cosmovisión, sistemas tradicionales de salud y relación con el sistema institucional; consideraciones sobre la comunicación y barreras en la relación intercultural. Posibles niveles de coordinación entre ambas.

**Modalidad de trabajo**

Cuatro exposiciones generales, cada una con contenidos teóricos y metodológicos. Preguntas, discusión, comentarios e intercambio de ideas y experiencias. Presentación de 5 casos por representantes indígenas de los diferentes países asistentes. Análisis en grupos de trabajo sobre relación entre ambos sistemas de salud, Guía No.3.

**Bibliografía de referencia**

- Collado, Rolando, García, José. E.  
1975 "La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos". **Salud Pública de México**, época V. Vol. XVII. Número 4. Jul-Ago 1975
- Cueva V., Adan  
1985 **Medicina Tradicional en Copán.** En: Memorias del I Seminario de Medicina Tradicional de Honduras. 1984. Universidad Nacional de Honduras.
- Dávila Bolaños Alejandro  
1993 **Centro Nacional de la Medicina Popular Tradicional.** La Medicina Indígena Pre-Colombina de Nicaragua. Estelí; Consejo Editorial CNMPT; May 1993. 158 p.
- 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.
- Hoff Wilbur, Maseko Nhlavana  
1986 **Medicina Tradicional: Enfermeras y curanderos se dan la mano.** Foro Mundial de la Salud, 1986; 7: 444-449
- Hurtado. Juan José  
1973 **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.
- López Austin, Alfredo  
1976 **Cosmovisión y Medicina Nahuatl.** En: Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica. Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, A.C. México.

- Naranjo, Plutarco  
1979 **Influencia de la Medicina Aborigen y la Popular Actual.** En: Simposio Internazionale. Sulla. Medicina Indigena e Popolare dell' America Latina. Roma 12-16, I.I.L.A. 1979.
- Neuenschwander, Helen L. y Dean E. Arnald  
1977 **El Síndrome Caliente-Frío, 2 Húmedo-Seco entre los Quichés de Joyabaj: Dos Modelos Cognitivos.** Estudios Cognitivos del sur de Mesoamerica. Publicación Museo de Antropología. Dallas, Texas.
- Organo de Divulgación del Instituto Hondureño de Antropología e Historia.  
1988 **Los Sumus Tawahkas = Un delicado equilibrio dentro de la Mosquitia.** Tegucigalpa; Departamento de Investigaciones Históricas; 1988. XI. 12 P.
- PAHO/WHO  
1985 **Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe.** Washington. D.C; OPS.
- Pedersen, Duncan.  
1989 **Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos: curanderos, divinidades, santos y doctores.** Enfoques en Atención Primaria 4(1); 1989: 6-24.
- Rivera Domínguez, Rafael. (Coordinador)  
1987 **La Medicina Popular en Panamá.** Col. El Hombre y la Cultura No. 5, Instituto Nacional de Cultura. Dirección Nacional de Patrimonio Histórico. Panamá.
- Ryesky, Diana  
1974 **Conceptos 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.
- Villatoro, Elba Marina  
1990 **Concepción y Simbolismo de la Medicina Tradicional de Guatemala.** En: Tradiciones de Guatemala No. 34. Centro de Estudios Folclóricos. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Villatoro, Elba Marina y Oscar Iván Maldonado  
1991 **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.
- Young Garro Linda, Young James C.  
1983 **Atención de Salud en Minorías Etnicas Rurales. Algunas Nuevas Observaciones Antropológicas.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1983; 95(4): 333-343.

## **MODULO IV**

### **ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS Y ECONOMICOS Y RELACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES INDIGENAS CON EL ESTADO**

**Aspectos sociopolíticos, económicos y relación de las organizaciones indígenas con el estado**

Sr. Francisco Pirir, Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ).

Horacio Martínez  
Presidente de Asociación Fraternal Negra  
Honduras

**Marco jurídico de los países de la subregión, referentes a la población indígena y sus implicaciones en el area de salud**

Lic. Dario Wright  
Vicepresidente de la Asociación de Población Indígena Panameña-ASIPA

Sra. Lorena López Mejía. Servicios Jurídicos y Sociales S.C.-SERJUS.

**Mobilización de recursos para programas de salud: sectores estatal e indígenas**

Dra. Barbara Shieber  
INCAP

Lic. Manuel Salazar Presidente del Fondo de Desarrollo Indígena,  
Guatemala-Organizaciones Indígenas.



## ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS Y ECONÓMICOS Y RELACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS CON EL ESTADO

Francisco Pirir  
Responsable de Pueblos  
Indígenas en Fondo  
Nacional Para la Paz.

En Guatemala, a nivel de pueblos, estamos viviendo una situación que afecta especialmente a dos grupos poblacionales. El pueblo maya, que es mayoritario sufre desde todo punto de vista, incluso el jurídico y de la Constitución, una situación de discriminación, pues aún se le considera un grupo étnico que debe ser sujeto de protección. Así también los garífunas que no están incluidos en la Constitución guatemalteca.

Nuestro país se encuentra inmerso en una crisis general, donde prevalece una fase de posguerra en la que al tratar de incrustar un proceso de democracia, desarrollo y paz se presentan grandes contingencias representadas por actores políticos, responsables del comportamiento de las organizaciones. La organización revolucionaria se sustenta por una cúpula no maya; sin embargo, en los últimos 12 años ha tratado de fundamentar su lucha utilizando al maya con su política de integracionismo, según una visión ortodoxa que se limita fundamentalmente al análisis de clases.

En nuestro país, el método utilizado para solucionar la problemática de 33 años ha sido la guerra popular revolucionaria, utilizando la violencia, la confrontación armada y el sabotaje. En los últimos tiempos, se ha incluido el terrorismo.

A este sector le hemos denominado revolucionario; sin embargo, no creemos que en Guatemala exista un verdadero movimiento revolucionario maya. A nivel de progresistas, estamos buscando el cambio, sin ser un movimiento revolucionario. En la misma dirección está trabajando el movimiento indígena denominado Instancia y Unidad de Consenso Maya formado por organizaciones populares (campesinas indígenas) que utilizan como medios la confrontación, denuncia, participación inducida, polarización de relaciones y organizaciones del Estado. Dicho movimiento tiene como características la masificación del movimiento, una dirección vertical, la expulsión de otros sectores, el manejo del concepto "estás conmigo o estás contra mí, todo o nada, nosotros somos todo". Asimismo, se promueve la figura y la imagen personal. En los últimos años, ha surgido la idea del oportunismo político.

En el sector revolucionario, a los consejos de organizaciones mayas de Guatemala se les caracteriza como un movimiento anticolonialista, que se ha limitado a hacer denuncias. El documento más conocido es el de los Derechos específicos del pueblo maya, similar en algunos aspectos al de los movimientos sudamericanos, los cuales, hace algunos años, planteaban "nada con la iglesia, nada con el Estado, todo por nosotros mismos". Esto es lo que nosotros denominamos movimiento reformista. Es decir, el movimiento que, en este momento, está en una encrucijada pensando que por 33 años se intentó por la vía violenta y que por 500 años por la de sobrevivencia.

Podríamos decir que en esta dirección va la Asamblea Permanente Maya, cuyos métodos se basan fundamentalmente en la consulta a la paz y en un proceso de negociación con el gobierno. Además, tiene la característica de que hay participación de las bases en todos los niveles, buscando un protagonismo real sustentado en una representación no manipulada. Últimamente, dicha asamblea ha planteado el diálogo y la concentración como mecanismos para minimizar riesgos futuros. En este proceso existe un movimiento completo, pero lo interesante será conocer los resultados.

En el caso de la URNG, su lucha de 33 años ha llegado al final y ha planteado la necesidad de iniciar un proceso de negociación con el gobierno. Desde la mesa de negociaciones se está librando una lucha de oposiciones con el propósito de instaurar medidas que incidan positivamente en la sociedad guatemalteca. Esta lucha, ha costado miles de vidas, desplazados y refugiados, así como un deterioro en la situación económica, social y cultural del pueblo maya.

La Instancia del Consenso Maya ha tenido que negociar, dialogar y recurrir a la ley (a pesar de su oposición polarizante) para evitar el servicio militar social forzoso. Un aspecto relevante de este movimiento lo constituye la delegación de la Premio Nóbel Rigoberta Menchú, quien está tratando de establecer 3 oficinas para que se hagan cargo de las necesidades, denuncias, derechos indígenas y de las posibilidades de desarrollo, a partir de la institucionalización. En la Asamblea de Sectores Civiles, su participación se ha dado en el proceso de diálogo, tratando de incidir en las negociaciones. Asimismo, logró que Naciones Unidas declarara a 1993 como el Año Internacional de los Pueblos Indígenas.

A nivel del consejo y organizaciones mayas, el resultado más relevante es su participación en la Asamblea de Sectores Civiles de Guatemala, como representante del sector maya; así como su participación en la Unidad del Consenso Maya y en la Asamblea Permanente Maya.

Otro resultado obtenido fue la integración del Consejo de Educación Maya que ha logrado su participación en el replanteamiento del anteproyecto del reglamento de la Ley de Educación Nacional. Asimismo, se ha logrado que en el consejo y los diferentes consejos que trabajan en este órgano de educación nacional se incluya a nueve representantes mayas y a dos suplentes. Además, se está organizando el Congreso de Educación Maya, el cual busca crear un sistema de educación alternativa que combine o coordine con el Sistema Regional de Educación.

El Fondo de Desarrollo Indígena busca unificar los esfuerzos, sin que el movimiento se vincule al gobierno. En todos estos procesos existen resultados, pero hay un comportamiento que se mantiene vivo, hay un punto importante en todo el proceso de los 33 años de lucha del movimiento social guatemalteco. Desde el surgimiento del movimiento guerrillero se introdujo una teoría, manuales y métodos de análisis extraños. Después de 33 años, se logró descubrir que las ciencias sociales del extranjero no son adaptables a la realidad pluricultural guatemalteca. Esto hizo que los manuales y los métodos no funcionaran y que la Instancia de Consenso Maya fuera descartando a la URNG como base social. Dentro del movimiento revolucionario ha desertado mucha gente, ya que los 33 años han servido para crear la duda en algunos y en otros para reafirmar su participación. En el Consejo Maya todavía se está dando la depresión.

Hay un movimiento que tiene los bloques revolucionario, progresista y reformistas que en los últimos 10 años han penetrado en la cultura maya y viceversa. La ciencia social del

extranjero no ha logrado unificar el pueblo maya ni operativizar la teoría en un proyecto. Ante la carencia de una teoría con relación a la tierra y al movimiento maya, en su conjunto, cada gente se ha visto obligada a retornar a las raíces mayas, unos con más y otros con menos necesidad. Con respecto a esto, sólo podemos decir que hay una semilla constituida por las cofradías, las auxiliaturas, los señores ancianos y por la propia religión maya, a través de los sacerdotes mayas.

En este momento, el riesgo puede ser la interpretación sesgada o manipulada de los hechos que se están dando en algunos países de Europa, donde lo étnico aparece como el elemento de confrontación. Si antes, el Estado guatemalteco se preparaba para enfrentar el comunismo, ahora debe prepararse para la etnorebelión.

La etnorebelión puede ser real si el Estado no cambia y no establece comunicación. Sin embargo, también existe la posibilidad que el Estado mismo induzca a la etnorebelión.

Espero que esto ilustre un poco el planteamiento. Las vías y métodos que se están usando en Guatemala no son producto de la casualidad, sino de un proceso histórico que se ha venido dando. Existen experiencias con la iglesia, partidos políticos y con el movimiento revolucionario popular y sindical, las cuales dan la razón al movimiento maya para que indique el camino a seguir.

¿Cuál sería la explicación inicial? Considero que la carencia de teoría, ya que no podemos pensar que ésta, a la que me refiero, tenga que ver con esa filosofía. El pueblo maya y los sectores que han sustentado esos valores tienen una filosofía. La teoría tiene que ver con la forma cómo los mayas deben plantear una propuesta de solución orientada a resolver el problema de Estado y nación. Es necesario cambiar el concepto de nación, pensando que ésta es plural. Hasta el momento, eso no se ha logrado establecer, a pesar de que la Asamblea Permanente Maya ha estado planteando la necesidad de construir un sistema democrático y pluralista. Entendiéndose la pluralidad desde la base de la posición política y cultural.

En Guatemala, no existe un proyecto de nación, aunque en el discurso se exprese que nuestro país mantiene la unidad dentro de la sociedad y que respeta la diversidad cultural. Ese es el problema, lo demás no tiene discusión. Nosotros no podemos sustentar la solución del país solamente en la filosofía maya porque caeríamos en la exclusión de otros pueblos, y eso es lo que hemos hecho.

Otro problema es el método, el que se plantea, históricamente, a partir de dos situaciones: primera, en relación a la participación del pueblo y plantea que ésta ha sido pasiva. Sin embargo, para nosotros el pueblo maya se ha despertado, desde el momento en que se lanza a las calles. Lo que nosotros hacemos es comparar el método con el costo que implica la práctica de cada método.

La segunda, se refiere a la inexistencia de un proyecto nacional por parte del Estado e inclusive dentro del movimiento guerrillero, lo cual significa un reto para todos. En este sentido, solamente se puede plantear la unificación y el respeto a las oposiciones, como medios para construir esa teoría que conduciría a la unidad de la nación en el marco de la pluralidad del pueblo.

Un elemento fundamental lo constituye la gente que está con el Estado; hay cerca de un millón de patrulleros civiles, ya sea que estén de manera forzada o voluntaria, constituyen un problema para la dinámica, respeto y armonía en las localidades. Esto representa un problema, porque a la par está el ejército que es ampliamente conocido.

Con respecto al proceso de diálogo en las negociaciones gobierno-guerrilla está COJMAGUA (consejo que se integra a través de la instancia y la unidad de consenso maya), y la Asamblea Permanente Maya que ha logrado una posición para los desarraigados. Eso no incide, ni es vinculante en la mesa de negociaciones. Actualmente, están tratando de plantear una posición maya, así como el papel que deben desempeñar. El único problema por resolver es si se participa o no, ya que se sabe con certeza que son las cúpulas las que están en la negociación. Por lo tanto, en la sociedad civil guatemalteca todavía no hay repercusiones, ni tienen preeminencia respecto a los militares. En este sentido, prevalece la idea de participar, pero a manera de ensayo, lo cual significa que hay que iniciar un proceso de participación en el que no hay esperanzas de cumplir lo que se diga. Es por esta razón, que cada movimiento trata de dar soluciones en la mesa de negociaciones, pero es otro el trabajo que desarrolla en el seno de su organización.

El problema de exclusión y discriminación, de todo tipo, que ha tenido que afrontar el pueblo maya hace pensar en algunas cuestiones relacionadas con limitaciones teóricas y con el recurso humano que podría asumir las responsabilidades a cualquier nivel. Asimismo, existen grandes problemas para proponer profesionales que asuman con eficiencia, y que den respuesta a las demandas mayas, con respecto a propuestas de dirigentes que pueden asumir cargos públicos.

La falta de propuestas viables constituye también un problema serio. Como bien se ha dicho, nuestro pueblo está dividido a causa de una serie de contradicciones que el Estado ha propiciado. Por un lado, hace pensar que la causa del deterioro es la URNG, yo diría que lo que ha fracasado es la estrategia, es decir, se ha tratado de implementar una guerra popular revolucionaria, sin estar preparado para ello. Esto ha obligado a plantearse una definición estratégica de la guerra, la cual debió hacerse hace 10 años, y no ahora en que el diálogo ha superado la necesidad de la redefinición estratégica de la guerra.

Con respecto a la etnorebelión, el Estado mantiene su posición. Existe un libro que habla de la tesis de estabilidad nacional, el cual es producto de lo que se ha denominado la guerra de baja intensidad (tesis planteada a raíz de la experiencia de la guerra de Vietnam por parte de los Estados Unidos). En ese sentido, los grupos étnicos son objeto de observación con el propósito de evitar la etnorebelión, pero la realidad es que tanto la guerrilla como el ejército no pueden permitir que las causas de la guerra desaparezcan, porque es su modus vivendi. Esta situación se da en todos los países y es una lógica de la guerra. En ese sentido, podríamos decir que mientras en la Constitución de la República se plantea la protección de los grupos étnicos, el artículo 70 dice: "hay una ley que debe regular estos artículos que hablan de protección de los grupos étnicos". Esto, no ha sido trabajado en los 2 gobiernos anteriores ni en el actual.

Con base a los hechos históricos, la falta de legitimidad del ejército, del gobierno y de la guerrilla (que vive fuera del país) se convierte en expectativas para el indígena. Con respecto a la cúpula de la guerrilla, ésta ha perdido su base social y para que se formen una idea, nos han dicho en los últimos días que el representante del gobierno Sr. Rosada, le preguntó a uno

de los dirigentes guerrilleros Gaspar Ilom: ¿Cómo se explica que si la URNG plantea los derechos indígenas, no haya ningún indígena en la dirigencia de la guerrilla?, e Ilom le respondió: "Como quiere usted que los indígenas estén en la dirigencia cuando está probado que ningún esclavo salva a otro esclavo." Pueden imaginarse lo que circula allí. Por otro lado, lo que ha costado para que las 3 organizaciones se pongan de acuerdo para proponer un planteamiento concreto y diferente a la de las dos posiciones. Lo que importa, en este caso, es que se libra una lucha de oposiciones a costa de la sociedad civil y fundamentalmente de la bandera maya.

**Horacio Martínez**  
**Presidente de Asociación Fraternal Negra**  
**Honduras**

La Asociación Fraternal Negra es la organización política de los garífunas. No tiene como fin fundamental agrupar y representar la totalidad de la etnia garífuna en Honduras o a cualquier otro miembro negro para mejorar sus razones económicas, políticas, sociales y culturales. En Honduras somos en total 52 comunidades garífunas, de las cuales 42 están a lo largo y ancho de la costa norte y el resto están ubicadas como asentamientos en las principales ciudades de nuestro país.

Los garífunas somos una mezcla de indio y cimarrones que se asentaron en la isla de San Vicente, después de una lucha contra los ingleses, franceses y españoles. Posteriormente, llevamos 9,797 garífunas más. En la lucha de San Vicente se destacaron muchos líderes garífunas, entre ellos Sapuye y Varauta que combatieron contra los opresores.

Garífuna es un término que se deriva de las raíces Gari que significa dolor y Fona significa maduro, "dolor profundo, dolor maduro". Tenemos nuestra propia identidad, una religión que es el Vudú. Dentro de ésta hay otros contextos menos sagrados, como es el Chuju, que es una ofrenda en comida, que cada persona hace a los antepasados. Tenemos al sacerdote Garífuna "Cuye" que también hace curaciones; están los Hiyujas que son las personas que representan los espíritus intermediarios entre los sacerdotes y el enfermo. Los Tahajis que son los espíritus, encargados de dar castigo cuando no se da cumplimiento a las peticiones. Estos castigos ni los médicos pueden curarlos y para ello se tiene que hacer una ceremonia. Además de Honduras, hay garífunas en Belice y Guatemala (ubicados en Livingston).

Nuestro país es pluricultural y étnico. En el cuarto punto del acta de independencia de Centro América, se describe que los garífunas en Honduras y Centro América tienen derecho de gozar de todo lo que existe en estos países, porque estas comunidades han luchado y han contribuido al desarrollo económico, social y político. En cuanto a lo político, los garífunas estuvieron con Morazán defendiendo Centro América, entre ellos el cacique garífuna llamado Oqualun, quien recorrió Centro América, a quien en El Salvador le llamaron Guarun.

Hemos sido víctimas de una educación que nos ha enseñado a ser racistas. Asimismo, al indígena, que es la persona más sana en nuestros países, se le ha enseñado a que sea también racista y odie a la gente afroamericana, aún cuando ésta representa el 90% de la población de América Latina.

Nosotros somos un mestizaje y los negros no vienen de ahorita, sino desde hace miles de años. Es importante que se comparta la idea de que Guatemala es de los garífunas, de los indígenas y de los ladinos.

En Honduras tenemos 7 etnias, culturalmente diferenciadas. Somos pueblos autóctonos y entre estos tenemos el pueblo Lenca, que está dentro de la organización indígena; Los Lencas están ubicados en el Suroeste de Honduras, en el departamento de Ivocal El Paraíso. El pueblo Pérez (actualmente Payas) prefieren que se le llame Pej (según su idioma). Nosotros tenemos mucha relación con los caribes, que son pueblos indígenas diferenciados con el indio y con el

cimarrón; el término Caribe es equivocado cuando se nos denomina así ya que es otro pueblo que está integrado en la federación de tribus y ubicado en el centro del país, en la parte de Yong. El pueblo Misquito que está ubicado en la Mosquitia colindante con Nicaragua. La etnia Taguaca está organizada en una federación indígena y se ubica a orillas del río Patuca, tiene su propia identidad y su propio idioma. El pueblo Chortí está en un proceso de organización y hay un plan en ese sentido para este año.

Todos estos pueblos están aglutinados en la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (COMPAC). Esta tiene su equipo técnico denominado CAREA (Consejo Asesor Hondureño para el Desarrollo de las Etnias Autóctonas) y es el encargado de traer a los técnicos que asesoran a los distintos pueblos. COMPAC es la organización política que habla en nombre de todos nosotros y que hace los convenios, para que las cosas se hagan correctamente.

Uno de los problemas más fuertes de nuestras comunidades, y no sólo de los garífunas, es la pertenencia de la tierra, ya que los terratenientes políticos y militares permanecen usurpando nuestras tierras. Nosotros, como pueblos garífunas, tenemos un sistema para el mejor uso de la tierra, trabajamos una parte de la tierra y luego dejamos que descansa para que vuelva a tomar sus nutrientes. Posteriormente, nos pasamos a un lugar más fértil, sin que esto significa que la hemos abandonado, ya que tenemos una armonía con la madre tierra.

Los terratenientes y políticos se aprovechan de esta situación, apoderándose de nuestras tierras, lo cual ha traído como consecuencia violencia en nuestras comunidades, ya que tenemos que defendernos. Somos pacíficos, pero eso no quiere decir que nos vamos a dejar.

Han habido asesinatos de indígenas por la lucha de la tierra. Hay más de 20 indígenas asesinados por los terratenientes y por la represión estatal, "hoy están entregando el título de la propiedad y mañana están asesinando al dirigente indígena". No obstante que vivimos en una democracia no participativa, burguesa y para los que están arriba, existen algunos avances de los pueblos que se organizan.

Creo que no se puede hablar del tema de salud sin antes hablar de la tenencia de la tierra, porque sin la tierra no se puede vivir. En el caso de los garífunas, no podemos hablar de salud sin incluir a la tierra que es nuestro patrimonio. Se han inventado leyes contra nuestra ley de modernización y desarrollo del sector agrícola, a pesar que está basado en la modernización del Estado, condición de los países de América Latina. Sin embargo, en la se favorece más a los terratenientes y a los empresarios, que a nosotros como étnicos.

La Constitución de la República, en el artículo 346, favorece a nuestras etnias al especificar que el Estado debe reconocer a las culturas nativas. También, hay una ley de reforma agraria. Como producto de la presión del movimiento popular, en este gobierno se han logrado la rectificación del convenio 169 de OIM y la abolición del servicio militar obligatorio por uno voluntario y educativo, ya que éste es muy alienante y en contra de nuestra cultura. Nosotros tenemos nuestro propio sistema de defensa y de justicia.

Nuestro problema de salud lo vemos como parte de un todo, como tierra, fuente de agua, nutrición, ecosistema y medicina tradicional. Todo pueblo autóctono practica la medicina tradicional, tiene su comadrona o partera y su sacerdote, que en el caso de los Mencas practican

la compostura, rito religioso relacionado con la tierra. Así también, cada pueblo posee su propia danza y algunos han avanzado en el teatro, como los garífunas que tenemos dos teatros.

La música garífuna no es alegre, ya que los pueblos no cantan las alegrías sino las tristezas. Si ustedes me preguntan como se dice: Te Felicito, no encontramos palabras, pero sí podemos decir gracias. Si nos preguntan como se dice: amar en garífuna es difícil debido a que ha sido un pueblo víctima y por eso, probablemente, no existe ese término en nuestra cultura. Nuestras canciones le cantan a la tristeza, al sufrimiento y a la discriminación racial.

En Honduras, como en todos los países de América Latina, el racismo está bien marcado y en otros está bien disimulado. Nosotros hemos incursionado en todos los campos del saber, además que tenemos un sacerdote autóctono, también tenemos un sacerdote católico garífuna y están por ordenarse 4 más. Tenemos un biólogo, el Dr. Cirilo Nelson. Sin embargo, en el camino las cosas son diferentes así como también en la práctica.

Tenemos la educación bilingüe intercultural y el año pasado la confederación de pueblos autóctonos firmó un convenio con el Ministerio de Educación Pública para implementar la educación bilingüe intercultural en los pueblos autóctonos de Honduras (Garífunas, Pes, Misquitos, Tagualpas, etc.). Nosotros estamos defendiendo no una educación bilingüe de transición, sino una educación bilingüe intercultural de mantenimiento. Esto no significa que vamos a dejar de aprender el español, sino mantener nuestra idiosincrasia, historia, cultura, tradiciones, religión y sobre todo que se nos respete. Nosotros no estamos demandando a los ladinos ni al país que nos tengan lastima, estamos exigiendo que se nos respete como pueblo.

Desde varios puntos de vista, sufrimos también la discriminación racial. Se nos acusa de brujos, hechiceros, nos vinculan con el fútbol y creen que todos los afroamericanos saben bailar. A pesar que hay indígenas intelectuales no los quieren ver como tales. No los quieren ver como médicos, sino como simples curanderos y los diferencian. De alguna manera tenemos que cambiar esta actitud, procurando respeto a los demás.

La salud en Honduras tiene que ver con la falta de medios de comunicación, difícil acceso, presupuesto de salud y educación limitados y la no incorporación en el plan nacional de desarrollo del país. La gente nos quiere meter en un mismo saco, diciendo que todos somos iguales y eso no es cierto, la práctica ha sido siempre igual, somos pocos culturalmente diferenciados y los planes y programas de los gobiernos deben estar orientados en base a esa diferenciación cultural existente.

Nuestra recomendación es que estos seminarios no se queden en reuniones, sino hay que lleguen a la práctica. Es necesario dialogar con las etnias y preguntarles que piensan. Sugiero que se incluya el respeto a la iniciativa local y el apoyo a las iniciativas locales, de acuerdo con la visión que nuestros pueblos tienen del mundo.

**MARCO JURIDICO DE LOS PAISES DE LA SUBREGION,  
REFERENTES A LA POBLACION INDIGENA  
Y SUS IMPLICACION EN EL AREA DE SALUD**

**Lic. Dario Wright  
ASIPA, Vicepresidente de la  
Asociación de Población Indígena  
Panameña**

Desde el punto de vista Jurídico, la legislación panameña establece una relación de convivencia entre el pueblo indígena y el gobierno. La Constitución de nuestro país expresa que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos, privilegios y libertad, sin discriminación de raza ni sexo.

En términos educativos, no hay discriminación de ninguna clase, ya que en los colegios se encuentra un 80% de población estudiantil compuesto por indígenas. Asimismo, no existen restricciones para que la población indígena asuma cargos de representantes y legisladores.

En Panamá, la mayor parte de la población es latina y si yo quiero ser legislador, por el Distrito de Panamá, o ser presidente yo puedo serlo sin que nadie me obligue; el problema es si van a votar por mí. En cuanto a la aplicación de leyes en salud, se aplica el término de derecho igualitario. No hay distinción de grupos.

En nuestro país hay población descendiente de esclavos que llegaron a Panamá y se radicaron en Colón, Boca del Toro y en Chiriquí. También, encontramos morenos que son descendientes de africanos, pero las leyes nacionales no ven distinciones geográficas.

De 1978 a 1989, se construyeron centros de salud y hospitales para que los indígenas tuvieran la oportunidad de ser atendidos, sin embargo no planificaron ni tomaron en cuenta el pensamiento del indígena, hasta el extremo que hay centros de salud que ni siquiera los ocuparon y la madera de las puertas, ventanas y mesas las han agarrado para leña.

En cuanto a la propiedad, en Darien hay un pedazo de tierra que se va a donar, según el gobierno, pero lo que nosotros estamos pensando y buscando es que se reconozca como nuestro, lo que se nos está donando.

En Panamá estamos haciendo esfuerzos para convocar al Congreso General y a los congresos regionales para discutir con las autoridades tradicionales sobre el tema de la medicina. Esto, realmente, es una exigencia de la población indígena, pero cuenta con la anuencia del gobierno. Hablar en cada nación, lo que es la tradición indígena nos llevaría una semana más y estaríamos repitiendo casi lo mismo.

No podemos hablar de salud si no se toma en cuenta la situación en que viven las familias indígenas, así como la pertenencia de la tierra, ya que si no hay tierra no podemos sembrar y si no podemos sembrar no nos podemos alimentar, y si no podemos alimentar lógicamente no podemos mantener una agilidad para hacer las cosas. Asimismo, no podemos

hablar de medicina tradicional si no hay tierra para sembrar plantas medicinales, ya que las mismas son utilizadas para la ganadería.

La aplicación de la medicina nuestra es un tabú. Existen muchos escritos pero no son ciertos; un libro de medicina tradicional que hizo una profesora; y medicinas que las utilizan mal.

Siempre me he cuestionado, si esta persona tiene poder de curar y poder de matar y sabe que el gobierno está reprimiendo a su pueblo, ¿por qué no lo mata? y la respuesta que he encontrado es que el poder que se le da a un Subya es para curar, no para matar.

En pláticas con un Subya, me comentaba: "Mi abuelo fue Subya y le pedí que me enseñara la medicina que aplicaba para las distintas enfermedades. El me dijo que se nace para eso, Dios le da ese don, si yo nací para curar nunca lo iba a aprender y enseñarme era perder tiempo, ya que todas las hojas son iguales". Y eso es cierto. Yo había nacido para otras cosas no para ser médico. Sin embargo, él tenía estudiantes y no a todos los aceptaba, porque él tomaba en cuenta el nacimiento de la persona y su signo.

Hay muchas cosas que si nosotros logramos respetar y valorar, podríamos hacer un trabajo preventivo para que no desaparezca toda una nación. En ese sentido, las organizaciones nuestras, los grupos indígenas de Panamá han sido mucho más flexibles que los gobiernos nacionales. Como decía un doctor, en una de las presentaciones anteriores: "No es el sistema ni el Estado, es el funcionario que está, en ese momento, de turno."

**Sra. Lorena López Mejía**  
**SERVICIOS JURÍDICOS Y SOCIALES-**  
**SERJUS, Quetz., Guatemala**

Agradezco este espacio de reflexión, en esta época que estamos viviendo en Centro América, como una posibilidad de revisar nuestra historia, de sentar bases para un verdadero cambio. No se puede desconocer que estamos ante un gran reto, que va a depender de la paz, la acción activa, la participación libre, la conciencia de las poblaciones, de los pueblos, y las culturas que forman las naciones centroamericanas. No podemos pasar desapercibidos de los procesos de paz ni hablar un poquito de esos caminos que tienden a enmarcar esta posibilidad de reformas reales a nuestros estados.

El camino de la paz empezó allá con el Acuerdo Esquipulas II para Centro América, y con otros esfuerzos anteriores que no podemos desconocer y que nos han dado la posibilidad precisamente de reflexionar y de avanzar. Vemos en El Salvador un ejemplo digno de como se manejaron las cosas, pero a pesar de eso no hay un cambio sustancial. Sin embargo, hay grandes progresos en cambios estructurales fundamentales, no podemos dejar de reconocer el gran paso que dio el ejército salvadoreño para ceder espacio a la sociedad civil. Dentro de todo ese proceso que vino elaborando la sociedad civil no se puede calificar un guerra de injusta o justa; y no se puede descalificar ese camino de progreso, progreso hacia esa democracia real.

La resistencia de la mujer que para unos es un obstáculo, pensamos, desde un análisis de nuestra creencia, que debe ser vista como el motor de una forma de desarrollo más viable, que sirve de punto de partida y refuerzo a la identidad de los pueblos indígenas. Al hablar del aspecto jurídico legal de la salud, muchas veces surgen preguntas con respecto a la mujer; analizamos los segmentos y situación de salud y vemos que la historia de las mujeres indígenas está trazada a grandes rasgos. Nacen desnutridas, atraviesan privaciones desde la infancia, las enfrentan toda su vida en el hogar, en el trabajo. Sufre durante el embarazo y en todas sus circunstancias de vida.

En general, en la situación de la mujer, y particularmente de la mujer indígena, vemos en todo el continente una carencia tremenda en salud; presentan desnutrición y su esperanza de vida no supera los 45 años. Como causa de la explosión demográfica y de las condiciones de pobreza nacional, son las destinatarias principales de las campañas de control natal en lo que dirigentes indígenas consideran como plan de exterminio de su pueblo.

Las indígenas han sido las principales víctimas de los usos de los anticonceptivos en América Latina y del Caribe, haciendo una práctica actual de la década de los 60, la esterilización sin ninguna consulta en países como Guatemala y Bolivia, mediante campañas financiadas por finalidades extranjeras.

Frente ante toda esta situación, también nos preguntamos cuál ha sido el papel de la mujer, cuál ha sido el papel de los organismos internacionales, el de las entidades de salud y el de los gobiernos, el de toda la situación jurídica, el de todos los acuerdos, el del proceso de paz y el del consenso como hechos fundamentales que se están dando. También hay cuestionamiento en el fondo sobre cuál ha sido o cuál será la respuesta que se le va dar a lo cotidiano, a lo que se ve en nuestras localidades, en nuestras viviendas y en nuestras comunidades y, sobre todo, en lo que está afectando a la mujer.

Entonces vemos un marco jurídico ya establecido y definido, hay derechos en varios artículos de la Constitución de la República; sin embargo, hay una confrontación en la teoría y los discursos, los análisis y la realidad en que vive el pueblo indígena y la mujer. Dichos artículos, no son suficientes para evitar la marginación, sobre todo en Guatemala donde se le margina por ser mujer, por ser pobre y por ser indígena.

Frente a todo esto también nos preguntamos, si la mujer ha sido uno de los objetos principales que ha contribuido al mantenimiento y reconstrucción del tejido social; y a la construcción de la identidad y el mantenimiento de este hecho constitucionario, ¿cuál ha sido el papel de todos los dirigentes indígenas en Guatemala?. Casi todos ellos son hombres, desde la cosmovisión maya se habla de una integridad de hombre y mujer. Se afirma que son complementarios, pero en la práctica y en la realidad podemos realizar diversos planteamientos de toda la situación indígena.

Si uno viene a la práctica, al trabajo concreto, a lo cotidiano va a encontrar con que se habla de una teoría muy buena, una filosofía que realmente podría dar bases para el desarrollo, pero cuando se confronta con la realidad que la mujer viva, todo se vuelve un poco contradictorio. Las organizaciones dentro del movimiento indígena hablan de respeto, de ayuda mutua. Al final, el número de mujeres indígenas es muy limitado. Todo está predominado y dominado por el hombre; y la mujer sigue con su papel callado.

Creo importante que analicemos todos los problemas de salud que se mencionan en los acuerdos. Todos se relacionan con problemas estructurales. Partamos del papel importante que tiene la mujer, de lo que ella es y será, de lo que hace y seguirá haciendo; su papel de resistencia y de lucha. Lo digo desde la experiencia de la violencia con la gente, y como nosotros mismos trabajamos en las comunidades para enfrentar eso. Es importante que la mujer y el hombre retomen y descubran desde la cosmovisión maya que hay mujeres dirigentes que asumen y postulan al mismo nivel de los compañeros. Comprendemos que puede haber confrontación y quizás lo que ha vivido y ha sufrido que Guatemala establezca un proyecto político nacional, porque, en primer lugar, las bases que somos los indígenas estamos divididos; segundo, porque el indígena está subdividido por clase y por género. Ante esto que se espera, cuál es la iniciativa a buscar? Hay muchas soluciones, no nos vamos a quedar en lamentaciones y pensar que todo está perdido.

En este momento importante, en este proceso que se ha venido construyendo, tanto hombres como mujeres debemos hacer posible ese proyecto nacional, pero fortaleciendo lo local y lo regional porque uno de los problemas que todas las políticas y las leyes se plantean a nivel macro, a nivel general. Nunca se ha llegado a comprender a los pequeños grupos, a las comunidades.

Nos preguntamos un poco de la salud y la medicina natural es más que tradicional. Le podíamos denominar medicina natural y analizar a nivel general cómo se ha mantenido. No se ha analizado a nivel general, el papel de la mujer en el uso de todos estos recursos. Ella es la que los mantiene y los conserva; si alguna persona se enferma en la familia, la mamá va a buscar los recursos más cercanos, e incluso los más efectivos. Es allí donde vemos a la mujer que realiza de verdad el trabajo invencible de la salud, cada día adquiere conocimientos de medicina natural y los comparte con otras como ella: parteras, curanderas, enfermeras graduadas de la comunidad.

Este papel de la mujer debe recibir los mayores esfuerzos para ver hacia adelante. De lo contrario, se va hablar de un proyecto nacional de programas de salud alternativos, de integración y de otros aspectos; pero, de hecho, si la mujer no participa activa y conscientemente, no se va a poder realizar nada. No sólo se trata de que participe, sino de que se valore su participación.

Hay condiciones para llegar a consenso, en ese momento centroamericano, espero que de acá que salga ese compromiso de conciencia para crear las condiciones requeridas para el consenso. Recomendamos preparar un centro de documentación y un banco de datos sobre los derechos de los pueblos indígenas a nivel centroamericano. Ese esfuerzo debe ser de OPS, OIT y de Naciones Unidas, globalmente, pero también de instancias nacionales: la Biblioteca Nacional tiene que tener un centro de documentación; las ONGs un centro de bancos de datos; las universidades, podrían proponer su propio banco de datos.

Para terminar quisiera referirme al Premio Nóbel, éste no sólo es un símbolo, es una esperanza. Sin embargo, en Guatemala no hubo ningún apoyo para Rigoberta Menchú en forma indirecta y directa. No se le permitió una estancia directa dentro de la misma nación, se la dio dentro de nuestra misma comunidad. Ese premio rescató el orgullo, la identidad y una serie de situaciones que la mujer ha tratado de obtener hasta el momento. También permitió darle una estancia a las mujeres que realmente no habían sido tomadas en cuenta por cuestiones de tipo social.

Antes muchas mujeres no decían, no expresaban el orgullo de ser indígenas, pero después el Premio Nóbel les levantó el ánimo a todas las mujeres.

## **MOVILIZACION DE RECURSOS PARA PROGRAMAS DE SALUD**

### **SECTORES ESTATALES E INDIGENAS**

**Dra. Barbara Shieber  
INCAP**

Como una alternativa de solución a la problemática de alimentación y de nutrición de los pueblos, concretamente a lo que es trabajo con comunidades, hay varios proyectos. En la actualidad, se trabajo uno de ellos aquí en Quetzaltenango y la forma de trabajo ha sido detectar los problemas en la atención de las mujeres y los recién nacidos del área. Ver qué necesidades había y ver cómo resolvían esa problemática, por ejemplo: el hecho que la atención de los partos se dé mayormente por las parteras tradicionales.

Se consiguieron fondos para poder trabajar en la capacitación de las parteras tradicionales; y establecer un sistema de referencia para mandar los casos más complicados a donde tienen que llegar. Otras áreas donde se ha trabajado, es en la formación de grupos productivos en las comunidades. Actualmente, el FIS ha retomado algunos grupos que se formaron a nivel de las comunidades para seguir financiando lo que son proyectos productivos, comunitarios, así mismo la idea es seguir dando un facilitador para conseguir recursos para otras identidades que trabajan a nivel local, en el Quiché, Huehuetenango y otras áreas de Guatemala.

Como ustedes saben el punto fuerte de la institución es mejorar la salud, la nutrición y la alimentación de los grupos de riesgo, y en ellos se ha tratado de ver los escasos recursos que existen en alimentación y nutrición, y de procurar que lleguen a las áreas más necesitadas, a través de los análisis de los indicadores nutricionales y de los indicadores de salud del área de Centro América, específicamente en Guatemala.

El rol del instituto en el futuro se visualiza, ya no como una identidad famosa que hizo muchos estudios científicos, etc.; sino como una que trata de brindar soluciones más prácticas a los problemas inmediatos que sufre la población. El esfuerzo está ahora dirigido a lo que son sistemas locales de producción y de salud. Lo que se intenta hacer es transferir tecnología para la producción y almacenamiento de alimentos a lugares necesitados; ver como las mismas comunidades pueden resolver mejor sus problemas nutricionales, y que sea de forma sostenible, que no dependa tanto de financiamiento extranjero. El mecanismo es a través de una directa participación comunitaria, área donde se tiene que aprender mucho, no se ha llegado a un punto donde se puede decir que se maneja a la perfección.

Hay muchas variables que el instituto tiene que aprender a manejar. De ahora en adelante, el Instituto de Nutrición va ha contribuir en la transferencia de las nuevas tecnologías que se han generado: incaparina, galleta nutricional y otros. Realmente la idea puede tener respuesta a los problemas que existen a través de los recursos propios de las comunidades, pero que tenga existencia es un reto muy grande porque no hemos sido preparados para ello en el pasado, pero esto es, definitivamente, una prioridad.

**Lic. Manuel Salazar**  
**Presidente del Fondo de Desarrollo Indígena,**  
**Viceministro del Ministerio de Educación,**  
**Guatemala**

Para la movilización de recursos del Estado, se encuentran dos entidades importantes, el Fondo de Inversión Social (FIS) y el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ). En lo que respecta al FIS, éste apoya programas y proyectos indígenas relacionados con la educación y salud comunitaria. FONAPAZ atiende las necesidades más urgentes de las comunidades más afectadas por la violencia, la mayor parte de ellas conformadas por indígenas, tales como Quiché, Huehuetenango, San Marcos e Ixcán.

A principios de este año, al hacer un análisis de la inversión del Ministerio de Educación se encontró que el 3.7% de su presupuesto corresponde a la educación bilingüe intercultural. Este porcentaje aumenta en un 5%, si se le suma lo que se invierte en la galleta nutritiva y útiles escolares para los niños indígenas. Este monto tan bajo motivó a revisar el proceso que se lleva a cabo en el campo de la educación indígena.

Asimismo, el ministerio está orientando sus esfuerzos para adecuar el proceso educativo a las características culturales locales, con el propósito de lograr tanto una ampliación bilingüe como una generalización de la franja y cultura maya, en la educación elemental para indígenas y no indígenas.

Dentro del mismo presupuesto, también, se incorporan fondos para la revisión, reformulación, adecuación curricular e incrementos más acordes con las necesidades comunitarias. Esto se consolida en el plan denominado Sistema de Adecuación Curricular, en el cual están interesados tanto los profesores, como la población indígena.

Existe una comisión bipartita entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública, la cual plantea puntos de cooperación entre ambos ministerios, con el fin de mejorar la salud y por ende el bienestar de todas las comunidades. También, se está incrementando el apoyo para programas de educación para la salud para comunidades indígenas, los cuales incluyen salud preventiva y medicina curativa, desde el punto de vista de la medicina natural y otros aspectos propios de la cultura indígena.

El Fondo Indígena, en proceso de conformación, incluye el soporte a programas productivos, dentro de los que se incluye un componente de alimentación, dirigido a recuperar la nutrición y dieta, desde el punto de vista de la cultura maya. Para ser financiados, dichos programas deben tener su base en una organización comunitaria, ya sea como cooperativa u otro tipo de organización. Asimismo, este fondo ha considerado apoyar los proyectos de recuperación de la medicina natural y la generalización de su uso; así como el apoyo legal requerido para que sean reconocidos los que practican la medicina natural en las comunidades.

Hay una serie de alimentos que fueron desplazados y ahora es necesario recuperarlos porque con ellos existe la posibilidad de lograr mayores defensas para nuestro organismo y nuestra salud. El cimiento de esto es una organización comunitaria tan sólida que ha resistido más de 500 años, a pesar de tener muchos elementos en su contra. Esta organización debe ser

aprovechada para lograr la recuperación de los elementos culturales perdidos, con énfasis en aquellos que apoyen la salud.

El Fondo Indígena iniciará con un presupuesto de Q 20 millones de quetzales que el gobierno dará, pero estamos seguros que se incrementará con el apoyo de otras entidades donantes.

## **PREGUNTAS**

**¿Hay o han habido cosas concretas para la educación y para el programa del fondo indígena?. Primero, ¿cómo se ha resuelto el problema de las contrapartes indígenas?, ¿qué establece el programa y cuánto dinero ha llegado?**

**¿Cuáles han sido los problemas del convenio 169?**

**¿Cuáles son los métodos que se empiezan a enseñar para poder exhibir la finalización, la recuperación y cuál es el conocimiento para medir el aporte que le han dado al indígena?**

Estamos en proceso de diagnósticos comunitarios, todavía falta la parte de negociar y diseñar diversas formas de entrega por actividad o bajo alguna programación, esa sería la parte que aún tenemos que discutir.

**¿ En qué está apoyando UNICEF a las comunidades indígenas?**

Lo que yo he observado, es que apoya a comunidades pequeñas, capacitando y dotando de materiales a maestros. Asimismo apoya la educación en la lengua de la comunidad. El otro apoyo está orientado a la medición del nivel de yodo en la sal, en las escuelas centinelas.

Nosotros tenemos una gran ventaja, las acciones las estamos realizando bajo los principios de consulta, consenso, participación y delegación. Esto nos ayuda mucho, porque la gente aporta bastante y las acciones se han iniciado sin contar con presupuesto. Este ya está asignado, únicamente falta la emisión del acuerdo y se espera que en agosto principien los primeros proyectos. El Fondo Indígena, también establece dentro del menú de proyectos uno específico para apoyar la recompra de tierras para uso comunitario, cooperativo, no privado.

En Guatemala, tiene que darse un desplazamiento de los terratenientes, ya que aún existen sistemas feudales y el uso de la tierra está más orientado hacia la producción que a poderla trabajar con las comunidades indígenas o con los campesinos, quienes todavía tienen una íntima relación con la tierra y su economía depende mucho de ésta, sólo que su sistema es muy comunitario y cooperativo.

La venta de tierras se podría hacer a través de una revolución pacífica, sin violencia, con base en el diálogo, tomando en cuenta las normas internas que tienen las comunidades indígenas.

El ejecutivo revisó el convenio 169 y lo envió al Congreso, pero este último identificó, desde su particular punto de vista, varios problemas que traería la ratificación del convenio, entre ellos la autonomía de los pueblos indígenas y como consecuencia el reclamo de tierras.

En caso de retrasar la aprobación del Convenio 169, se utilizaría el amparo del artículo 70 de la Constitución Política de la República, en el que se ordena se desarrolle y se elabore una ley de comunidades indígenas. Esto se tomaría como un paso previo al convenio 169. Asimismo, el Congreso de la República no ha ratificado, hasta el momento, la inscripción indígena al Fondo Iberoamericano.

La estructura del Fondo Indígena es un sistema alternativo del gobierno y de las organizaciones mayas. Su unidad preparatoria fue integrada por 4 indígenas y un ladino, lo que trae como consecuencia que todo va a estar en manos de indígenas, porque se va aplicar el sistema maya de dualismo. A la par de éste estará el Consejo de Principales, quienes van a fungir como fiscalizadores de todo.

En cuanto a educación, tenemos que la adecuación del curriculum se está haciendo a nivel de regiones, todavía no se ha llegado a nivel de municipios, pero ya se está incorporando parte de la cultura maya.

En lo que a salud materno infantil se refiere, la Comunidad Económica Europea apoyará, este año, la identificación y autodiagnóstico comunitario. El Congreso, a través de su comisión de salud, será el responsable de ejecutar dicha acción, ya que los fondos le fueron asignados directamente. Esta comisión tendrá como contraparte a la Fundación de Desarrollo para Centro América, con sede en Panamá, para cumplir con una exigencia de la Comunidad Económica Europea. Esta experiencia se implementará en todos los países centroamericanos.

**¿Se reglamentará algo, en relación a la selección de las comunidades indígenas, donde se desarrollará el proyecto? Es conveniente que entre todas las comunidades decidan que comunidades participarán dentro del proyecto, porque así se evitarían problemas dentro de estas comunidades.**

Bueno, usted ha puesto el dedo en la llaga, porque, hasta la fecha, los gobiernos no han asumido su responsabilidad de coordinar, ordenar y establecer prioridades. Las agencias donantes llegan a la presidencia y a los ministerios, y lamentablemente no encuentran ni prioridades establecidas ni planes, por lo que las agencias se van a donde encuentren una mejor organización o programas específicos.

**RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MODULO IV**  
**ASPECTOS SOCIOPOLITICOS Y RELACION DE LAS ORGANIZACIONES**  
**INDIGENAS CON EL ESTADO**

**MOVILIZACION DE RECURSOS PARA SALUD**

**Duración:** 8 horas (4 sesiones)

**Temas desarrollados:** Realidad jurídico política de los países de la subregión. Discusión sobre las modalidades de participación popular y relación de las organizaciones indígenas con el Estado y la cooperación internacional. Movilización de recursos para programas de salud.

**Modalidad de trabajo**

Dos exposiciones generales que ofrecen elementos de análisis. Preguntas, discusión e intercambio de opiniones, después de cada exposición. Mesas redondas y trabajos en grupos.

**Bibliografía de referencia**

**Constitución Política de la República de Guatemala, 1985.**

II 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 la Reuniones Técnicas realizadas en la Paz (sept 1991); Washington, D.C. (Dic. 1991) y La Paz (Abr. 1992) Madrid 1992.

Fernández-Arche, Jaime y Lázaro Flores

1988

**Anteproyecto de Ley para la protección y desarrollo de las etnias de Honduras.** Cooperación Española de Desarrollo Rural Integral de la Etnia Pech; dic. 1988, 23 p.

Guevara G., Juan

1985

**Etnodesarrollo y Medicina Indígena Ecológica.** Development and Native Medicine. Vaupes; Colombia. Ministerio de Salud; 1985. 72. p. ilus. graf.

Hernández Sifontes, Julio

1965

**Realidad Jurídica del Indígena Guatemalteco.** Ed. José Pineda Ibarra. Ministerio de Educación, Guatemala. 1965.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos

1992

**Primer Encuentro Mesoamericano.** San José; feb. 1992. 154 p.

Ley Indígena

**Salud demográfica, Costa Rica.**

Ministerio de Cultura y Turismo  
1984 **Ley para la Protección del Patrimonio Cultural de la Nación** Decreto número 81-84. Tegucigalpa; Ministerio de Cultura y Turismo; may. 1984 8 p.

Organización Internacional del Trabajo - OIT.

**Convenio No. 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes** 1989. 3era. Edición Actualizada: noviembre, 1991.

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

Stavenhagen, Rodolfo  
1989 **Derecho Consuetudinario Indígena en América Latina. América Indígena**, jun. 1989. XLIX N.2. 19 p.

Secretaría de Desarrollo Social  
1992 **Perspectiva para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México.** México, D.F.; 1992. 107 P.

Vadillo, Alcides  
1994 **Salud y Pueblos Indígenas: Aspectos Sociopolíticos y Relación de las Organizaciones Indígenas con el Estado y la Cooperación Internacional.** Santa Cruz; mar. 1994. 12.p

Voz del Indio Sejetko  
1989 **Pueblos indios de Costa Rica.** San José; Voz del Indio. 82 p.



## **MÓDULO V**

### **FORMULACIÓN DE ESQUEMAS DE APLICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS**

**Análisis general del taller y lineamientos de acción de la iniciativa SAPIA**

**Conclusiones y recomendaciones**



## **OBSERVACIONES AL DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO Y COMPROMISO DE LA INICIATIVA SAPIA**

El documento aparenta ser completo, sin embargo, creemos que es muy general y no contempla acciones a corto plazo, sino solamente acciones de compromiso a un plazo indefinido, que no resuelven las necesidades de los pueblos indígenas.

Dentro del componente general, en todos los países latinoamericanos, se enfoca el problema del poco desarrollo de la atención de salud íntimamente ligado al problema de la educación; de tal manera, que un pueblo educado resuelve sus problemas de salud por sí mismo. En este caso, la salud es un corolario o una respuesta secundaria a la falta de educación, que se constituye en el problema original.

En el documento, escasamente se habla de fortalecer o buscar mecanismos de capacitación, lo cual no es un obstáculo porque todos los grupos, aquí representados, están bien organizados e incluso, algunos ya manejan la idea de la autogestión. Los compromisos que se han definido parecen adecuados, sin embargo, hay que incorporar, dentro del documento, propuestas más formales en las que los gobiernos de los países asuman una responsabilidad mayor que la de los pueblos.

Tradicionalmente, estos grupos han sido marginados y relegados para que no hagan ninguna gestión. La propuesta sería que dentro del documento se establezcan planes a corto y mediano plazo para que no dé la apariencia de que solamente se reconoció el problema y se hacen señalamientos. Este no es un problema que se va a resolver de inmediato, ya que requerirá de recursos y participación de toda la población.

El desarrollo implica el involucramiento de la gente en la resolución de sus propios problemas. Esto amerita su capacitación para que logren un nivel educativo satisfactorio, ya que el problema de la educación es más importante que el problema de salud.

En Guatemala, hemos manejado por años muchos programas de salud para atender los problemas. Sin embargo, estos aún persisten y no se ha logrado un impacto significativo por no incidir directamente en las causas. Consideramos que todos los países tienen sus áreas rurales, en la cual se encuentran, regularmente, los grupos humanos más postergados. El reto es que los gobiernos se comprometan a hacer planes y programas a corto y mediano plazo.

En la página 6, se describe la responsabilidad de los gobiernos. Sería conveniente complementar el inciso "F", ya que en éste se habla de ajustar los planes de acción que están en proceso. Es posible que el inciso "B" sirva como complemento, porque se trata de la responsabilidad de los pueblos indígenas en la elaboración de sus planes de salud, contando con la asistencia técnica de los gobiernos y de la OPS.

Al principio, la delegación indígena consideró proponer un calendario, en donde se planteara que en un plazo de 3 meses, se tuvieran nombradas las contrapartes de OPS, Gobierno e Indígenas y que en los siguientes 6 meses se trabajara el plan de salud. Dado que los delegados del gobierno no tenían definidas, de manera expresa, sus responsabilidades, consideramos que las mismas podrían ser incorporadas en el transcurso de estos 6 meses.

El interés nuestro es establecer un calendario, pero queremos consultar si es posible agregarlo en el capítulo de implementación. Es evidente que hay prácticas de salud, realizadas por los ministerios de los Estados correspondientes, que no corresponden a la cultura de los pueblos indígenas.

Debemos promover el proceso organizativo de los pueblos indígenas, ya que éste es un problema de fondo que tenemos que enfocar hacia las organizaciones y no hacia las individualidades.

Consideramos que ningún representante indígena ni representante del consejo puede asumir el 100% de la responsabilidad de un compromiso de solicitudes. Podemos asumir la responsabilidad de llevar este documento para que ellos lo vean, pero esto es injusto, ya que es necesario determinar las modificaciones y acciones que ellos quieran. En cada país las reacciones son diferentes, se hacen las reuniones, se lleva a cabo una propuesta final basada en esa situación, pero recordemos que nosotros no hicimos el programa, a lo que ellos podrían negarse a firmar y estar de acuerdo.

Nosotros no vamos a comprometer a nuestros caciques, ni a nuestras organizaciones para que digan que están de acuerdo, porque nos van a decir "Momento, nosotros no hemos aprobado eso".

## **EN CUANTO A LOS CONSIDERANDOS**

1. La resolución quinta de salud de los pueblos indígenas, aprobada por la 37a. Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, 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. Asimismo, la puesta en marcha de una coordinación intersectorial y la identificación de programas de cooperación de recursos técnicos para su desarrollo.

**Pregunta:** ¿Va a ser objeto de modificación lo que está escrito en el documento base?.

**Respuesta:**

Algunos aspectos de la resolución quinta porque no podríamos ponerlos todos, serán modificada, por lo que seleccionamos los aspectos que tenían que ver con el objetivo de la participación, fortalecimiento de la capacidad técnica, la puesta en marcha de acciones intersectoriales y la modificación de programas de cooperación.

2. La existencia de mecanismos organizativos y técnicos en los pueblos indígenas que permitan la negociación, diseño, elaboración, ejecución y evaluación de planes, proyectos de salud.
3. La existencia de formas ineficientes de coordinación entre los pueblos indígenas, gobierno y agencias de cooperación.

4. La imposición de prácticas de salud, conforme a modelos que no corresponden a la cultura de los pueblos indígenas.
5. El desarrollo administrativo 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.
6. Que las instancias gubernamentales de supervisión no indígenas desconocen los derechos de los pueblos indígenas y anulan la adecuada comunicación y su participación en los planes nacionales de desarrollo.
7. Que los planes, programas y proyectos se ejecutan sin ninguna participación de los pueblos indígenas.

#### **Comentario**

**En realidad, esta aseveración se aplica si tomamos en cuenta el verdadero significado de la palabra participación y no las otras interpretaciones de que es objeto.**

8. Es insatisfactoria la coherencia entre pueblos indígenas, lo cual dificulta la realización de actividades conjuntas.
10. El reconocimiento de los gobiernos a las justas demandas de los pueblos indígenas y la voluntad política que han expresado para sus soluciones.
11. La respuesta a los problemas de salud se establece de acuerdo con un contexto y con el concepto político que tienen los pueblos y la OPS sobre salud y desarrollo.

#### **PUNTOS RESUELTOS:**

1. Retomar los acuerdos de la resolución quinta "Salud de los Pueblos Indígenas", aprobada en la 37a. reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, así como las recomendaciones derivadas de la reunión de trabajo sobre pueblos indígenas y salud, efectuada en Winnipeg en 1993.

#### **Comentario:**

**Vale la pena que este párrafo haga más énfasis en la aplicación de la resolución.**

2. Que la canalización de recursos destinados a la ejecución de programas, planes, proyectos de salud, se haga directamente entre los organismos donantes y los pueblos indígenas, a través de los mecanismos definidos en esta iniciativa.

**Comentario:**

**Que no se deje ese párrafo con esa obligatoriedad. Podría ser que la canalización de recursos humanos se haga dentro de los pueblos indígenas, porque si no se corre el riesgo de no satisfacer sus necesidades.**

**Impide, muchas veces, el aprovechamiento de oportunidades tales como los compromisos firmados con OPS.**

**Ya se está preparando un mecanismo para trabajar directamente con las organizaciones indígenas. El problema está en los gobiernos de los países; si nosotros estamos hablando de una propuesta donde se plantea el fortalecimiento de la autogestión. Este es un punto importante, ya que estamos tratando de que haya una relación más directa entre el organismo donante y los pueblos indígenas. Pero, no podemos crear un sólo mecanismo, porque cada país tiene sus propias disposiciones.**

**Pregunta:** Doctor, estoy confundido con el párrafo relacionado con los organismos donantes. ¿Se está refiriendo a OPS?, porque en el documento se hace referencia al Ministerio de Salud, pueblos indígenas y OPS. ¿No estamos viendo a OPS como una Agencia donante que va acarrear todos los problemas de la iniciativa SAPIA?

**Respuesta:**

**Asegurar este pacto sobre la canalización directa de los recursos del proyecto de salud a los pueblos indígenas, debe garantizarse a través de mecanismos oficiales, ya que cada país tiene sus propios mecanismos.**

**Con respecto a OPS, podemos decir que es una agencia de procesos teóricos, la cual es respaldada por programas y proyectos que cuentan con recursos externos de organismos donantes. Lo que la organización esta haciendo, es tratar de abrir espacios para la canalización de fondos. Asimismo, que los involucrados tengan una capacitación más directa.**

**Es nuestra intención que los aspectos relacionados con la ejecución de la iniciativa SAPIA, contemplen, de manera categórica, los intereses de los pueblos indígenas. Creo importante que dentro del texto aparezca claramente la interrelación de los pueblos indígenas. Asimismo, debemos reconocer que las agencias donantes tienen sus propias reglas, y que no podemos eliminarlas. Por lo tanto, debemos buscar los puntos de coincidencia que permitan una mejor negociación entre las partes para lograr un beneficio directo de los pueblos indígenas. Tampoco, podemos excluir el rol gubernamental.**

3. Desarrollar mecanismos que conduzcan a:
  - a. La integración de la comisión con un representante del pueblo indígena, del gobierno y de la OPS. Asimismo, a su funcionamiento, debiendo asignarse las responsabilidades a cada una de las instancias involucradas.
  - b. La OPS realizará inicialmente las coordinaciones necesarias para la integración de la comisión.
  - c. La comisión deberá identificar las alternativas nacionales e internacionales que apoyen la implementación de la iniciativa SAPIA.
  - d. El fortalecimiento de los procesos de autogestión.
  - e. El desarrollo de actividades que propicien nuevas iniciativas locales en la elaboración de proyectos.
  - f. La sostenibilidad de los proyectos, mediante la capacitación de los recursos humanos locales, disponibilidad de recursos y utilización de tecnología apropiada.
4. Desarrollar actividades dirigidas a la capacitación, recuperación de la autoestima y al reconocimiento social del rol desempeñado por la mujer en función del desarrollo de la comunidad.
5. Asegurar la participación de contra partes indígenas en las negociaciones de los proyectos, a ser ejecutados en las comunidades.
6. Garantizar que los convenios establecidos respeten los valores culturales y derechos intelectuales de los pueblos indígenas, así como, los recursos asignados directamente a la población.

Asegurar la participación de la contra parte indígena en la planificación, negociación y evaluación de los proyectos. Para lo cual se propondrá a OPS, como la entidad responsable de desarrollar los procesos que aseguren esta participación.

#### **EN CUANTO A LAS RESPONSABILIDADES:**

1. **PARA LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**
  - a. Legitimar la continuidad de los procesos, asumiendo los compromisos establecidos en la iniciativa.

**OBSERVACIÓN:**

**La OPS no puede legitimar las acciones de los gobiernos, porque estaría actuando de forma desalineada, solamente, puede promover la continuidad. Sugiero cambiar la palabra legitimar por promover.**

- b. Monitorear el proceso de desarrollo de esta iniciativa para promover el intercambio de experiencias entre países.

**OBSERVACION:**

**El monitoreo, solamente, se refiere al proceso. Es decir, registrar lo que debe ser modificado. En el documento de la resolución quinta, se plantea la necesidad de que las acciones sean monitoreadas periódicamente.**

- c. Potenciar los espacios nacionales e internacionales que propician la iniciativa SAPIA.

**OBSERVACIÓN:**

**Sustituir la recomendación por: buscar espacios nacionales y establecer un plan conjunto con otros organismos internacionales.**

- d. Desarrollar instrumentos que faciliten la ejecución de la iniciativa SAPIA.

**OBSERVACIÓN:**

**Debe agregarse que es necesario evaluar y difundir el desarrollo de estos instrumentos.**

- e. Asegurar los nombramientos focales de cada país, definiéndole su rol en conjunto con las contra partes.

**OBSERVACIÓN:**

**Que se cambie la palabra cada país, por cada participación.**

- f. Asegurar acciones que involucren a los diferentes programas y que permitan la apropiación de la iniciativa.
- g. Establecer centros de documentación y una red de recursos y acciones que propicia esta iniciativa.
- h. Propiciar los mecanismos organizativos para la puesta en marcha de iniciativa SAPIA.

- i. Identificar los recursos económicos necesarios para la realización de esta iniciativa.

**OBSERVACIÓN:**

**Que se plantee de la siguiente manera: identificar y facilitar procesos dirigidos a la consecución de los recursos necesarios para la realización de esta iniciativa.**

**2. PARA LOS GOBIERNOS**

- a. Nombrar las contrapartes locales asegurando la idoneidad de los funcionarios.

**OBSERVACIÓN:**

**La parte del gobierno puede o no estar. Es una variante con la que tenemos que convivir, ya que influye en las relaciones indígenas.**

- b. Vigilar para que las actividades que se realicen dentro del marco de la iniciativa, se ajusten a los objetivos del país.
- c. Difundir y poner en práctica los compromisos adquiridos en los distintos foros realizados sobre este tema.
- d. Propiciar la participación de los pueblos indígenas en los planes de desarrollo.
- e. Introducir la iniciativa SAPIA en la agenda de RESSCAP y ECOSAL 3.
- f. Ajustar los planes de acción, tanto de los programas como de los proyectos en ejecución, potenciando las actividades que se encuentran en marcha en las comunidades indígenas y adecuándolos a las características locales.

**3. PUEBLOS INDIGENAS**

- a. Nombrar la contraparte correspondiente, utilizando mecanismos de consulta y consenso con las organizaciones, tales como consejos e instituciones indígenas que trabajan en salud.

**OBSERVACIÓN: Involucrar a todas las asociaciones.**

- b. Elaborar un plan de acción de salud, asegurando la complementariedad entre las acciones realizadas por los servicios de salud occidentales y tradicionales indígenas.

**OBSERVACION: El gobierno debe respaldar esta comisión por la vía oficial.**

- c. Desarrollar actividades dirigidas a la preservación del medio ambiente, suministro de agua potable y disposición de reciclables, tratamiento de situaciones de emergencia, seguridad alimentaria y nutrición.
- d. Garantizar la participación de los pueblos indígenas en toda negociación con el gobierno, relacionada con esta iniciativa.

**OBSERVACION:**

**Su cumplimiento es obligatorio.**

## **EN CUANTO A LA IMPLEMENTACION**

Con el fin de implementar el presente documento, es necesario conformar, en cada país, una comisión con un representante del pueblo indígena, del gobierno y de OPS, ya que esto permitirá la incorporación de las actividades a ser ejecutadas dentro de los acuerdos con Estados Unidos.

Estamos muy satisfechos por todo lo que hemos logrado durante este tiempo. Todos demostraron mucha energía y compromiso y se alcanzaron los objetivos propuestos el primer día. Este documento se difundirá a nivel regional y en otros países, para promover esta iniciativa.

OPS se encargará de facilitar la comunicación y establecer las redes. La sugerencia es que cada punto focal de la OPS envíe, a nivel regional, la información sobre sus actividades, sin esperar que se les pregunte lo que está pasando. De esta manera podemos compartir información con los demás países.

Un miembro del consejo popular dice "que no se puede estar en todos los lugares al mismo tiempo, por lo que espero que todos hagamos un esfuerzo para que los documentos puedan ser enviados a nivel regional. Este documento nos da un marco de referencia que nos ayudará a seguir negociando con los gobiernos, en beneficio de los indígenas, ya que es un compromiso conceptual, político y financiero.

Muchos de los logros que alcancemos dependerán de las acciones programadas a corto plazo, y éstas van a dar respuesta a los intereses y necesidades locales.

El punto de vista de salud está orientado a integrar sistemas locales que incorporen los pensamientos y deseos de la población y de las comunidades.

En lo que respecta a la representación de OPS en Guatemala, se está tratando de descentralizar las sedes de la representación. Actualmente, ya se cuenta con oficinas en Huehuetenango y El Quiché, más adelante en Escuintla. La idea es lograr mecanismos locales que incorporen los distintos intereses y necesidades y que la organización sea, solamente, un facilitador.

**RESUMEN DEL DESARROLLO DEL MODULO V**  
**FORMULACION DE ESQUEMAS DE APLICACION DE SERVICIOS**  
**Y PROGRAMAS DE SALUD CON PUEBLOS INDIGENAS**

**Duración:** 7 horas (2 sesiones)

**Temas desarrollados:** Propuestas de seguimiento a la iniciativa SAPIA. Planificación y ejecución del programa de salud para pueblos indígenas. Formas de relación y enfoque de la cooperación. Definición de áreas de intervención y estrategias de acción.

**Modalidad de trabajo**

Trabajo en grupos asociando dos países en cada uno. Guías de trabajo No. 6 y 7. Plenaria de una hora.

**Resultado**

Los representantes de los pueblos indígenas participantes en el taller elaboraron un documento de propuesta de seguimiento de la iniciativa SAPIA.

**Bibliografía de referencia**

- Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales  
1992            **Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional.** Co, D.F.; octubre 1992.
- Oficina Internacional de Trabajos  
1993            **Medios y Arbitrios para reforzar un desarrollo autónomo sostenible y ecológicamente idóneo de las poblaciones indígenas.** Santiago; may. 1993. 7 p.
- PAHO/WHO  
1992            **Proyecto de integración de la Medicina Tradicional en los Sistemas Locales de Salud.** Washington, D.C; OPS; Jul. 1992 22 p.
- Secretaría de Desarrollo Social, DIF, UNICEF, INI.  
1993            **Lineamientos para la acción en favor de la niñez indígena.** Ciudad de México; oct. 1993. 8 p.
- Young Garro, L, Yound, J.C.  
1993            **Atención de salud en Minorías Etnicas Rurales. Algunas Observaciones Antropológicas.** Health care for rural ethnic minorities. Various anthropological observations. Bol. Oficina Sanit, Panam. 95(4):333-44. oct. 1993.



# **ANEXOS**

**GUIAS E INFORMES DE TRABAJO DE GRUPO  
LISTA DE INSTITUCIONES Y PARTICIPANTES**



**TALLER SUBREGIONAL PARA MESOAMERICA  
PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD**

**TRABAJO DE GRUPOS**

**GUIA No 1**

**MODULO II**

**OBJETIVOS**

1. Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades, y limitantes en la implementación de la iniciativa SAPIA en forma general en cada uno de los países de la subregión.
2. Analizar por países la prioridad en torno a la atención a pueblos indígenas. Posibilidades y avances de coordinación con el Estado, ONGs, organizaciones indígenas y otros sectores.
  - Se solicita aplicar el FODA, específicamente en los siguientes aspectos:
    - a. Avances en la discusión interna en sus respectivas representaciones.
    - b. Avances en la cooperación en :
      - relación con instancias gubernamentales.
      - relaciones con organizaciones o pueblos indígenas.
      - relaciones o contactos con ONGs y otros.
      - movilización de recursos.
    - c. Políticas desarrolladas en su país respecto a la atención en salud hacia los pueblos indígenas.
      - Proyectos
      - Programas
      - Líneas de acción
      - Actores involucrados y su ámbito de acción.
    - d. Identificar y plasmar en un mapa de los pueblos indígenas donde se están desarrollando proyectos y programas de salud y luego considerar diferenciación ecológica.

## **INFORMES POR GRUPOS DE TRABAJO**

### **GRUPO No. 1**

- María Rebeca Arrivillaga
- Miguel Chan Juarez
- Amalia Vásquez de García
- Ana Lucrecia Sunum
- Clara Noelia Cumes Salazar
- Faustina Virginia Tzul Alvarado.

#### **FORTALEZAS**

Es importante reconocer el renacimiento de una apertura gubernamental dada por el aval político sobre algunos principios generados en la iniciativa SAPIA. Además consideramos importante que esta iniciativa sea apoyada y reconocida por los organismos internacionales como OPS/OMS.

#### **OPORTUNIDADES**

La iniciativa SAPIA permitiría la participación real y verdadera de las comunidades lo cual facilitaría que las acciones sean dirigidas de acuerdo con las necesidades planteadas por las bases. Permitiría además contar con una alternativa de complementación y apoyo del sistema de salud tradicional.

#### **DEBILIDADES**

El desconocimiento de la importancia de la Medicina Popular por parte de las instituciones estatales y otros organismos que apoyan y hacen salud, repercute en lentitud en la toma de decisiones.

#### **LIMITACIONES**

La falta de conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural existente en nuestro país como el desconocimiento de las necesidades propiamente de las bases, limita la búsqueda de otras alternativas que se ajusten a esta diversidad étnico-cultural.

#### **PRIORIDADES**

Las prioridades de salud debieran tener un enfoque de tipo preventivo de acuerdo con los casos de morbilidad más frecuentes en las diferentes comunidades. Es preciso no centralizar los problemas de salud solamente como efecto sino estudiar y combatir las causas que lo determinan (problemas sociales, ambientales, económicos, políticos etc.)

## **GRUPO No. 2**

- Ligia Recinos Herrera
- Leonor Hurtado
- Jorge Jenkins Molieri
- Carlos Manuel Lauchi
- Jorge Montalvan
- Dario Wright
- William Barrigon Dosirama

### **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES**

- Existe la disposición gubernamental para desarrollar la iniciativa.
- La OPS ha venido tomando desde muy temprano disposiciones para implementar su rol de facilitador en el desarrollo de la iniciativa.
- Los pueblos indígenas no rechazan la medicina occidental sino reconocen que algunos de sus elementos no contradicen sus prácticas tradicionales.
- Las actividades ya realizadas dentro de la iniciativa abren nuevas oportunidades de participación a las mujeres indígenas.
- Las actividades ya realizadas han contado con la participación indígena desde su inicio.
- Las organizaciones naturales indígenas han aceptado, en principio, la iniciativa.

### **DEBILIDADES Y LIMITANTES**

- Falta de recursos materiales, financieros y humanos para desarrollar adecuadamente la iniciativa.
- No siempre se da una adecuada coordinación entre las autoridades de salud y las organizaciones indígenas.
- Se da una inadecuada preparación del personal de salud para la atención a los pueblos indígenas.
- Falta información sobre las condiciones reales de vida de las comunidades indígenas.
- Las acciones de atención médica occidental son insuficientes.
- Falta de agua potable y adecuados sistemas de disposición de excretas en las comunidades indígenas.

- Falta de reconocimiento a los agentes tradicionales y a sus prácticas de salud.
- Existen graves problemas de tenencia de la tierra.
- Hay prejuicios dentro de los trabajadores de salud occidental y en general en la población no indígena, sobre las capacidades de los pueblos indígenas y de sus prácticas tradicionales de salud.
- No se entiende bien el valor de las culturas indígenas por existir una visión etnocéntrica de la sociedad occidental sobre lo que son las concepciones de salud y enfermedad.
- Es manifiesto un racismo implícito o explícito en las relaciones entre las comunidades indígenas y no indígenas.
- Se dan visiones idílicas y temerosas sobre los pueblos indígenas y sus prácticas médicas.
- Hay desconfianza recíproca entre las poblaciones indígenas y occidentales.
- Con frecuencia se dan aproximaciones paternalistas entre los funcionarios del Ministerio de Salud.
- Con frecuencia se usan mecanismos inadecuados para llegar a las comunidades indígenas lo cual se traduce en falta de participación de las mismas a todo lo largo del desarrollo de los proyectos y programas de salud.
- Una debilidad importante es que la iniciativa SAPIA no afirma suficientemente bien el hecho de que la problemática indígena no es exclusiva de los grupos indígenas, ya que es compartida por todos los grupos desposeídos de nuestros países.
- Inadecuada divulgación de la iniciativa SAPIA.
- No se da suficiente o adecuado protagonismo a los indígenas dentro de la iniciativa SAPIA.

## **LINEAS DE ACCION Y PROPUESTAS EN SALUD PARA PUEBLOS INDIGENAS DE PANAMA**

### **1. Políticas Administrativas**

- Concientización de líderes y dirigentes (indígenas y no indígenas)
- Definición de recursos y de financiamiento.
- Desburocratización y descentralización.

- Legislación.
2. Organización y participación de prácticas tradicionales
    - Educación
    - Formación de líderes.
  3. Conservación y fortalecimiento de prácticas tradicionales
    - Agentes tradicionales
    - Plantas medicinales
    - Aspectos jurídicos
  4. Nutrición y producción de alimentos
    - Agricultura y tenencia de tierra.
    - Cría de animales
    - Huertas comunitarias y caseras
  5. Medio Ambiente
    - Agua
    - Excretas
    - Basuras
    - Reforestación y conservación de recursos naturales.
    - Supervisión a empresas explotadoras de recursos naturales
  6. Infraestructura en salud
    - Recursos materiales
    - Medicamentos y dotación
    - Puestos de Salud
    - Personal
    - Giras
  7. Programas específicos
    - Mujeres (planificación familiar, nutrición).
    - Niños (nutrición, vacunación).
    - Ancianos (recuperación del saber, nutrición).
    - Enfermedades locales.
  8. Acción intersectorial
    - Educación (comedores, huertos escolares, alfabetización).
    - Vías de penetración.
    - Mejoramiento de vivienda.

9. Comunicación y promoción de la salud
  - Promoción de una cultura de la salud
10. Sistema de información en salud indígena
  - Actualización de información sobre la salud de los pueblos indígenas.
  - Identificación de problemas mentales, drogadicción, alcoholismo y violencia.

### **GRUPO No. 3**

- Aura Magdalena Pisquiy Coti
- Filiberto Hernández Bello
- Sebastián Luna Gómez
- José Luis Hernández
- Silvia Hartman
- Miguel Malo.

#### **FORTALEZAS**

- Reconocimiento del gobierno
- Pluriculturalidad considerada en la constitución
- Organización nacional de medios tradicionales legítimos para la comunidad
- Coordinación entre Secretaria de salud, IMSS y Asociación de medios tradicionales
- Existencia de instituto nacional indigenista
- Interés de grupos académicos (plantas medicinales)

#### **OPORTUNIDADES**

- Altos costos/falta de acceso a servicios de la medicina occidental.
- Medicina tradicional alternativa
- Próximo convenio CONAMIT con SSA
- Legislación favorable a M.T.
- Modificación curricular en formación del personal de servicios de salud
- Centros de desarrollo de la MT.

#### **DEBILIDADES**

- Falta de políticas globales de desarrollo social
- Seguridad alimentaria, saneamiento
- Rechazo de MT por parte de personal de servicios

- locales, cuestión de respeto/celos
- Programa de parteras - occidentalización
- Rechazo a conocimiento propio - (está cambiando)

### LIMITANTES

- Falta de recursos económicos para estos programas
- Investigadores/antropólogos
- Investigación de MT con otros intereses, que no sirven a las comunidades
- Religiones ubican MT con brujería (está cambiando)
- El Estado plantea prioridades generales, no específicas para poblaciones indígenas, se sugieren esas prioridades:  
Enfoque integral: No deterioro del medio conservación de recurso natural. Evitar contaminación química. Cobertura de agua segura.

### GRUPOS ETNICOS EN MÉXICO

ESTADO	GRUPOS ETNICOS
Campeche Chiapas	Mayas Tzutziles, Tzeltzales, Lacandones, Tojolebal, Chup, Mochó, Rames, Zoque.
Chihuahua	Tonahumares
Durango	
Estado de México	Nahuatl, Mazoha, Otomi
Juanajuato	
Guerrero	
Hidalgo	Nahuatl, Totonaca, Otomi
Jalisco	Coras, Huicholes
Nayarit	Coras, Huicholes
Morelos	Nahuas
Oaxaca	Zapotecas, Mixtecas, Totomecas, Mixes, Tehuanas
Puebla	Nahuatl, Totomecas, Mixtecas,
Queretaro	Tepehuanos
San Luis Potosí	Nahuatl, Temek, Huicholes, Totomecas, Triques
Sonora	Mayas, Seris, Yequis, Pimas, Triquis
Sinaloa	
Tlaxcala	Nahuas
Veracruz	Totomecas, Potoloces
Yucatán	Mayas
Quintana Roo	Mayas
Michoacan	Tanascan

## **TRABAJO DE GRUPOS**

### **GUIA No 2**

#### **OBJETIVOS**

1. Discutir y analizar las modalidades de relación entre el Estado y las organizaciones indígenas, existentes en los diferentes países. Hacerlo a nivel general y en relación con la salud.
2. Identificar oportunidades y limitantes que existen en las relaciones entre el Estado y las organizaciones y/o pueblos indígenas, tomando en cuenta las leyes, disposiciones administrativas y otras reglamentaciones.
3. Identificar las políticas, estrategias, planes, proyectos y/o programas que faciliten la puesta en marcha de acciones en salud en los pueblos indígenas.
4. Analizar la resolución emanada de la reunión de Ministros de Salud Pública de la Subregión RESCAAP y discutir las posibles estrategias para su ejecución.

#### **INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**

##### **GRUPO 1: OPS**

Milton Valdés	Nicaragua
Emilio Ramírez	Honduras
Leonor Hurtado	Guatemala
Miguel Malo	Ecuador
Sandra Land	Washington
Vilma I. Cerón	El Salvador
Ligia Recinos	Guatemala
Silvia Hartmman	México

Discutir y analizar las modalidades de relación entre el Estado y las organizaciones indígenas, en los diferentes países, tanto a nivel general como específicamente en el campo de la salud, de acuerdo a las exposiciones que hemos escuchado, da cierto grado de dificultad, por lo que es necesario resolver las modalidades que se presentan, con acuerdos internacionales, nacionales y convenios. Hacerlo de esta manera permitirá analizar las oportunidades y limitantes.

Entre las oportunidades se encuentran los intentos de coordinación entre Agencias de Cooperación Internacional, las cuales pueden favorecer al desarrollo de los pueblos al delimitar áreas de trabajo para cada una de ellas; la iniciativa SAPIA y otros acuerdos suscritos por estos pueblos; el rol de facilitador, asumido por OPS, entre los dos grupos; la factibilidad de desarrollar la resolución quinta, como una solución global para afrontar los problemas de estos pueblos; y el reconocimiento de los pueblos indígenas y de su organización, por parte del gobierno. Este

reconocimiento es espontáneo en algunos países y en otros está forzado.

Con respecto a las limitantes se encuentran la crisis financiera que están pasando los servicios de salud estatales; la ausencia de una concepción clara de lo que es salud, tanto en el Estado como en las organizaciones indígenas; la inexistencia de un acuerdo con respecto al paralelismo y convergencia que debe darse entre los sistemas; la experiencia limitada de la organización para el abordaje de estos problemas. Asimismo, la falta de continuidad de los procesos, que regularmente se quedan en análisis de coyuntura, por la temporalidad de las figuras políticas dentro de los gobiernos.

## **GRUPO No 2**

Leyla Garro	Costa Rica
Noelia Cumes Salazar	Guatemala
Carlos Manuel Laucho y Jorge Montalbalte	Panamá
José Luis	México

Fuimos muy concisos en las respuestas, dado que los cuestionamientos se han estado repitiendo en las guías anteriores. Por lo tanto, contestamos sólo por cumplir con el objetivo de la guía, ya que este punto ha sido suficientemente discutido y además agotado, sin embargo, hicimos una referencia para Guatemala, Costa Rica, México y Panamá.

Hay una serie de oportunidades importantes, primordialmente, basadas en leyes y algunos documentos de orden jurídico; Existe una buena organización en algunos países; una relación de democracia. Consideramos que hemos avanzado en la concientización de los trabajadores de la salud y además existe presión por el grupo garífuna internacional.

En cuanto a las limitaciones, observamos que a nivel de los países hay una falta de continuidad en las políticas de gobierno; falta de consolidación de los mismos pueblos indígenas; enfrentamientos hacia el interior de ellos; rigidez en las leyes; burocracia administrativa muy lenta y rígida; presencia de colegios médicos (que en algunos países, bloquea el proceso); gran cantidad de funcionarios sin conocimiento de las culturas indígenas; fraccionamiento dentro de las mismas culturas étnicas; ausencia de esta temática en los currícula de las escuelas formadoras de personal de la salud, etc.

## **GRUPO No. 3**

Aura Magdalena Pisquiy Cotí  
Filiberto Hernández Bello  
Sebastián Luna Gómez  
José Luis Hernández  
Silvia Hartman  
Miguel Malo

### **FORTALEZAS**

- Reconocimiento de los pueblos indígenas por el Gobierno.
- En la Constitución Política de la República están consideradas las diferentes culturas.
- Existe una organización nacional de medicina tradicional legitimada por la comunidad.

### **OPORTUNIDADES**

- Intentos de coordinación entre las agencias de cooperación internacional.
- Existencia de iniciativa SAPIA y otros acuerdos para estos pueblos.
- La OPS está planteando revisar su rol como facilitador entre los dos grupos en cuestión.
- Viabilidad para desarrollar la resolución V como una solución global.
- Los pueblos indígenas y su organización deberán ser reconocidos por los gobiernos.
- Presencia de espacios ganados por los indígenas dentro de los gobiernos.
- Existencia de experiencias exitosas de la OMS, en otras regiones.

### **LIMITANTES**

- El Estado se mantiene al margen de la situación de estos pueblos.
- Las propuestas para resolver los problemas son vertidas por el Estado y son parciales.
- Existe desconfianza mutua.
- La autosuficiencia de algunos pueblos indígenas impide que se les brinde ayuda, aunque la necesiten.
- Crisis financiera por la que atraviesan los servicios de salud estatales.
- No se tiene una concepción clara de lo que es salud, desde el punto de vista del indígena.
- No se ha llegado a un acuerdo sobre la necesidad de que exista un paralelismo y convergencia, entre los dos sistemas, ni sobre el momento en que deberá darse.
- La experiencia de la Organización Panamericana de la Salud es limitada para el abordaje de estos problemas.
- Los procesos se quedan en análisis coyuntural, sin ningún impacto sobre los problemas.

## **GRUPO 4: PUEBLOS INDIGENAS**

Sebastián Luna Gómez	Chiapas, México
Paula Chopén de Ortiz	
Williams Barrigón	Panamá
Emilia Juana Tzul Vásquez	
Faustina Virginia Tzul Alvarado	
Filiberto Hernández Bello	Puebla, México
José Carlos Morales M. Brumka	Costa Rica
Demetrio Blanco Blanco	Costa Rica
Juan José Escalante	Guatemala
Horacio Martínez	Honduras
Miguel Chan Juárez	Guatemala
Myrna Cunningham	Nicaragua
Dario Wright	Panamá

### **MODALIDADES DE RELACION ENTRE EL ESTADO Y LAS ORGANIZACIONES INDIGENAS**

Consideramos restringida la acepción "organizaciones indígenas". Creemos que debe abordarse de manera integral utilizando la de "pueblos indígenas", ya que dentro de estos existen organizaciones, fundaciones, cooperativas y asociaciones indígenas.

En cuanto a la relación Estado-Pueblos Indígenas, se encuentran las siguientes modalidades, las cuales son características de algunos países:

1. Reconocimiento de los pueblos indígenas como tales y/o existencia de disposiciones jurídicas que no se cumplen en la práctica.
2. Existencia de instancias indígenas reconocidas por el Estado y negociación de algunos aspectos puntuales de los pueblos indígenas. Ejemplo de estas instancias son CONAPIP, en Panamá; Coordinadora Maya en Guatemala; Coordinadora Estatal / Coordinadora Médica, en México; y COMPA, en Honduras.
3. Aceptación de las distintas formas de asociación, ONGs y Fundaciones Indígenas, pero sin reconocerlas como pueblos indígenas.
4. Reconocimiento de algunas modalidades de autogobierno, como los Congresos Generales, en Panamá; y las Alcaldías Indígenas y Gobierno autónomo, en Nicaragua.
5. Aceptación de asociaciones religiosas indígenas como las Cofradías.

## **MODALIDADES DE RELACION EN SALUD**

En relación a salud, se ha dado:

1. Imposición del modelo de salud occidental.
2. Desconocimiento y desprecio de modelo de tradiciones indígenas.
3. Tolerancia y aprovechamiento del gobierno. Muchas de las oportunidades de desarrollar acciones privadas de organismos locales, tales como ONG's y asociaciones, llenan los espacios y compromisos que el gobierno no cumple.
4. El gobierno se ha aprovechado de recurso humano, local, capacitado para abrirse espacios en las comunidades indígenas e imponer su modelo a través de ellos.
5. Las experiencias que existen son locales y no responden a las políticas nacionales de salud.

## **OPORTUNIDADES:**

1. Aprovechar los movimientos indígenas en el país, el desarrollo de los mayas, su madurez, capacidad de presentar propuestas y mayor conciencia de sus derechos.
2. Acontecimientos internacionales: la definición de la línea de trabajo por la ONU; el otorgamiento del Premio Nobel.
3. Existencia de leyes y disposiciones constitucionales.
4. Reconocimiento de congresos y de organizaciones indígenas.
5. Se cuenta con cuadros académicos: Profesores, autodidactas, profesionales entre otros. Es decir, hay capacidad técnica.
6. Ocupación de puestos públicos: ministerios, diputados, cargos en Naciones Unidas, Gobierno Nacional y Alcaldes.
7. Avances en la legislación internacional.

## **LIMITANTES**

1. Reordenamiento económico y político de instancias de los pueblos indígenas. Hemos reproducido esquemas de sectorización de modelos occidentales. No trabajamos proyectos de manera integral. Algunas veces decimos que no nos metemos en política.

2. Respondemos disciplinadamente a condiciones de agentes donantes (chantajes). No son acompañantes.
3. Existencia de sectores oportunistas que se aprovechan del espacio libre dejado por estos pueblos. Ya se demostró en 1993 que no tomamos el control.
4. Falta de educación y de derechos de los pueblos indígenas.
5. Falta de comunicación "horizontal" entre gobierno y pueblos indígenas. No hay plena participación de estos últimos.
6. Algunos Estados, en base a su información, crean instancias y programas que no responden a las necesidades de los pueblos indígenas.
7. Los pueblos indígenas no se encuentran incorporados dentro de los planes de desarrollo global de los Estados.

## **ASPECTOS PUNTUALES QUE ATENDER**

### **MEDIO AMBIENTE**

- Agua
- Excretas
- Basuras
- Reforestación y conservación de recursos naturales
- Supervisión a empresas explotadoras de recursos naturales

### **INFRAESTRUCTURA EN SALUD**

- Recursos materiales
- Dotación de medicamentos
- Puestos de Salud
- Personal

### **PROGRAMAS ESPECIFICOS**

- Mujeres (planificación familiar, nutrición)
- Niños (nutrición, vacunación)
- Ancianos (recuperación del saber, nutrición)
- Enfermedades locales

### **ACCION INTERSECTORIAL**

- Educación (comedores, huertos escolares, alfabetización)
- Vías de penetración
- Mejoramiento de vivienda

## **COMUNICACION Y PROMOCION DE LA SALUD**

- Promoción de una cultura de la salud

## **SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD INDIGENA**

- Actualización de información sobre la salud de los pueblos indígenas
- Identificación de explotadores
- problemas mentales, drogadicción, alcoholismo y violencia.

## GUIA No 3

### OBJETIVO

Identificar organismos de cooperación técnica y/o financiera y sus respectivos ámbitos de acción en los pueblos indígenas, con el propósito de movilizar recursos para la implementación de planes, programas y proyectos subregionales, nacionales y locales.

1. Canales y vías de transferencia de recursos para la atención de salud.
2. Instancias, modalidades y niveles de participación de pueblos y/organizaciones indígenas para la canalización de recursos en salud.

### GRUPO 1: OPS

Milton Valdés	Nicaragua
Emilio Ramírez	Honduras
Leonor Hurtado	Guatemala
Miguel Malo	Ecuador
Sandra Lano	Washington
Vilma I. Cerón	El Salvador
Ligia Recinos	Guatemala
Silvia Hartmman	México

Esta guía no se resolvió, porque se consideró de mayor trascendencia plantear el papel que debe desempeñar la OPS en la resolución de ese problema. Asimismo, sugerir los mecanismos que le permitan actuar como facilitadora en el proceso de desarrollo de los pueblos indígenas; monitorear el proceso y promover el intercambio de experiencias entre países; potenciar las oportunidades existentes y plantear soluciones integrales ante las limitantes encontradas; involucrar a todos los programas de la OPS en la resolución de los problemas de estos pueblos; y definir el rol de los puntos focales en cada una de las oficinas de país.

El punto focal regional debe establecer alianza con las áreas específicas de cada programa para resolver determinados problemas y una red de información que permita conocer los recursos con que se cuenta, así como las acciones que se hacen alrededor de cada iniciativa. Dicho punto, también debe fortalecer la capacidad de autogestión de los pueblos indígenas para que se involucren en su propio desarrollo.

## **GRUPO No 2**

Leyla Garro	Costa Rica
Noelia Cumes Salazar	Guatemala
Carlos Manuel Laucho y Jorge Montalbalte	Panamá
José Luis	México

Como crítica constructiva, queremos manifestar que no entendimos esta guía y por eso la contestamos parcialmente. Clasificamos en cuatro grupos, las organizaciones que trabajan en cooperación técnica, siendo estos: organizaciones internacionales no gubernamentales; organizaciones gubernamentales; organizaciones multinacionales gubernamentales y; organizaciones nacionales. No las listamos, porque son demasiadas.

Con respecto a los canales citamos 3: organizaciones gubernamentales, privadas y no gubernamentales. En relación a las vías de transferencia, consideramos las instancias, modalidades y niveles de organización y participación de los pueblos indígenas. Por lo tanto, hablamos de las vías en 3 direcciones: las que van del gobierno hacia las comunidades indígenas; las que son promovidas a través de la autogestión de las comunidades hacia su interior y fuera de ellas; y, por último, una recepción de gestiones realizadas a través de instancias tanto gubernamentales nacionales, como no gubernamentales internacionales. Estas modalidades provocan una duplicidad de acciones o ineficiencia de las mismas, entorpeciendo el proceso.

## **GRUPO No 3**

Aura Magdalena Pisquiy Cotí  
Filiberto Hernández Bello  
Sebastián Luna Gómez  
José Luis Hernández  
Silvia Hartman  
Miguel Malo

### **Clasificación general de las instancias donantes**

- Organismos internacionales no gubernamentales
- Organismos multilaterales del sistema de Naciones Unidas
- Organismos de cooperación gubernamental
- Organismos nacionales no gubernamentales
- Organismos vinculados con las iglesias

Dado que el donante requiere la participación del Estado, la negociación debe ser tripartita; las responsabilidades deben ser firmadas por las 3 partes en los convenios y responder a los criterios de los pueblos indígenas. Asimismo, los convenios no deben desvalorizar los derechos intelectuales de los pueblos indígenas.

La iniciativa SAPIA debe promover una reunión para reglamentar, en primer lugar, todo lo relacionado con medicina tradicional y la propiedad intelectual de los indígenas; y, en segundo lugar, nuevos códigos sobre la ética que debe prevalecer en las investigaciones que se realizan en zonas indígenas.

Dentro del mismo movimiento indígena, existen personas que responden a intereses mezquinos, lo cual es condenable. Asimismo, existen organizaciones que representan al Estado, con sus debilidades o sin ellas. Tanto el Estado, como la organización donante deben contemplar una fase previa para fortalecerse entre sí, ya que de esta manera podrán desarrollar un mejor trabajo.

Es muy difícil afirmar que la relación actual, entre los organismos donantes y los procesos de los pueblos indígenas, no la queremos tener en los siguientes 5 años. Sin embargo, si cumplimos y tratamos de superar las limitaciones señaladas, los proyectos fortalecerán los métodos de autogestión local y su contraparte será un organismo que la esté asegurando. Una de las debilidades que hemos tenido es producto de la miseria, ya que al que viene ofreciendo algo rápido se lo aceptamos, aun cuando esté en riesgo la integridad del movimiento indígena. Los organismos donantes, muchas veces se aprovechan de esa miseria y tratan de generar conflictos.

Finalmente, se propone la realización de un encuentro mesoamericano dirigido a reglamentar la propiedad intelectual de los pueblos indígenas; y el establecimiento del código de ética, en las investigaciones que involucran a pueblos indígenas. Asimismo, para discutir todo lo relacionado con la bio-diversidad y la auto sostenibilidad.

Este foro, desea expresar su solidaridad a los pueblos garífunas, sometidos a procesos de explotación y opresión, que no han sido considerados en las diferentes iniciativas aprobadas por el sistema de las Naciones Unidas. Del mismo modo, expresan su apoyo a las justas demandas de los pueblos indígenas para la preservación de su ecosistema.

Los participantes agradecen a la OPS el esfuerzo realizado para dar cumplimiento a la quinta resolución y al pueblo de Guatemala por su espontaneidad.

#### **GRUPO 4: PUEBLOS INDIGENAS**

Sebastián Luna Gómez	Chiapas, México
Paula Chopén de Ortiz	
Williams Barrigón	Panamá
Emilia Juana Tzul Vásquez	
Faustina Virginia Tzul Alvarado	
Filiberto Hernández Bello	Puebla, México
José Carlos Morales M.	Costa Rica
Demetrio Blanco Blanco	Costa Rica
Juan José Escalante	Guatemala
Horacio Martínez	Honduras
Miguel Chan Juárez	Guatemala
Myrna Cunningham	Nicaragua
Darío Wriqth	Panamá

Algunos países reconocen, a nivel gubernamental, las asociaciones religiosas indígenas, como las cofradías. En otros países se han creado instancias no gubernamentales indígenas que, generalmente, están sujetas a los gobiernos de turno y, a veces, no representan los intereses de los pueblos indígenas, sino los intereses del gobierno. Esta misma situación se ha dado con respecto a la educación indígena.

En relación al campo de la salud, existen las mismas modalidades y consideramos que ha existido una imposición del modelo de salud occidental hacia los pueblos indígenas, desconocimiento y desprecio del modelo tradicional indígena. A su vez, ha existido tolerancia y aprovechamiento de los gobiernos locales, organismos no gubernamentales y asociaciones, quienes llenan el espacio que no ocupan los servicios de salud. Los gobiernos, también, se han aprovechado de algunos miembros indígenas, a quienes han capacitado para que ayuden a abrir espacios entre los pueblos indígenas, imponiendo a través de ellos sus modelos de salud.

Las experiencias positivas existentes en los diferentes países son locales y privadas, pero no responden a ninguna política nacional de salud de los gobiernos hacia los pueblos indígenas.

¿Cuáles son las oportunidades que nosotros vemos?. Existen varias, entre ellas el fortalecimiento del movimiento indígena, el cual tiene un alto grado de desarrollo, madurez, capacidad y conciencia de sus derechos; el espacio internacional constituido por organizaciones internacionales, dentro del sistema de Naciones Unidas. Dicho sistema incluye a la OPS con la iniciativa SAPIA, en la que se han definido líneas de trabajo con los indígenas, y organizaciones surgidas a partir de un premio como el Nóbel.

Otras oportunidades existentes son el incremento en la capacidad técnica; el lugar que están ocupando los pueblos indígenas en los puestos públicos (ministros, diputados, funcionarios de Naciones Unidas, funcionarios de gobiernos nacionales, regionales y municipales); y el avance de la legislación internacional.

¿Cuáles son las limitantes que existen?. Entre las limitantes podemos mencionar el desorden de los proyectos económicos, políticos y sociales de los pueblos indígenas. Dicho

desorden está relacionado con la reproducción de esquemas de modelos occidentales, elaboración de proyectos y abordaje de temas carentes de un enfoque integral; respuestas sumisas a las condiciones impuestas por los agentes donantes, que la mayoría de veces son chantajistas.

El Año Internacional de los Pueblos Indígenas surgió como resultado de la lucha internacional de estos pueblos. Sin embargo, por la falta de preparación, diversos sectores se han aprovechado de los espacios originados durante esta lucha. Esta situación fue más evidente durante 1993. Hasta el momento, no tenemos el control, hemos dejado el espacio libre a muchas organizaciones oportunistas, debido a la falta de educación sobre los derechos de los pueblos indígenas y de una comunicación horizontal entre los gobiernos y estos pueblos.

Los Estados han creado instituciones y programas para la atención de los pueblos indígenas que, la mayoría de veces, son instancias intermediarias y antipopulares. En general, los indígenas desconocen sus derechos y sus niveles organizacionales son, todavía, insatisfactorios y poco coherentes y no permiten generar planteamientos conjuntos y fuertes.

Existe manipulación por parte de los partidos políticos, los cuales no les dan apoyo a los pueblos indígenas, sino sólo se aprovechan de ellos. La implementación de proyectos no responde a las necesidades indígenas; asimismo, no hay articulación entre los pueblos indígenas, ni existen especialistas en derechos indígenas.

#### **1. ORGANIZACIONES DE COOPERACION TECNICA, EXTERNAS E INTERNAS, QUE MOVILIZAN RECURSOS**

- ONGs Internacionales
- Organizaciones multilaterales, del sistema de Naciones Unidas.
- Organizaciones de cooperación Gubernamental
- ONGs Nacionales
- Organizaciones religiosas

#### **2. CANALES Y VÍAS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS, EN PUEBLOS INDÍGENAS, PARA LA ATENCIÓN DE SALUD**

- La relación entre el Donante y Pueblos Indígenas debe ser discreta, transparente y sin intermediarios.
- Deben fomentarse mecanismos que aseguren la participación de todos los niveles.
- Deben apoyarse procesos de autogestión, acordes con la capacidad administrativa de las contrapartes locales.
- El donante debe promover esfuerzos para el desarrollo comunitario y no condicionar su ayuda a experiencias previas.
- No debe condicionarse la adquisición de recursos en los casos nuevos.

- Debe asegurarse la capacitación de la contraparte local (indígena), en todos los aspectos, incluyendo el administrativo.
- El seguimiento debe considerar indicadores comunales de tipo cualitativo.
- Las negociaciones con el Estado deben ser tripartitas, mediante convenios financieros y con base a criterios propios de los Pueblos Indígenas.
- Los convenios no deben contener condiciones que afecten negativamente los recursos asignados a Pueblos Indígenas, ni al desarrollo de sus actividades.
- Los convenios no deben afectar los valores socioculturales y derechos intelectuales de los Pueblos Indígenas.
- No debe aprovecharse el tema de Medicina Tradicional y Pueblos Indígenas para la firma de convenios entre el Gobierno y los empresarios farmacéuticos.
- La iniciativa SAPIA debe promover una actividad conjunta con los pueblos indígenas para reglamentar la biodiversidad y para establecer un código de ética que apoye la realización de investigaciones en zonas indígenas.

### **3. RECOMENDACIONES**

- Establecer un método para el seguimiento de la Iniciativa SAPIA.
- Dejar establecido, dentro del seguimiento, que la relación entre OPS y los pueblos indígenas debe ser transparente.
- Informar y consultar a los pueblos indígenas sobre las decisiones y acciones a desarrollar.
- Elaborar documentos que definan las responsabilidades de cada organismo o institución.

### **4. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO A LA INICIATIVA "SAPIA", PARA LOS PROXIMOS TRES MESES (octubre a diciembre de 1994)**

- Que OPS nombre representantes locales en cada país con responsabilidades definidas.
- Que el Ministerio de Salud nombre a puntos focales nacionales.
- Que los pueblos indígenas creen la coordinadora de salud y determinen la contraparte indígena, utilizando para ello el consenso y la consulta a las organizaciones comunales e instituciones indígenas que trabajan en salud.
- Que se defina un plan de acción conjunto, de acuerdo con la propuesta de las organizaciones comunales e instituciones indígenas y con la participación de la Iniciativa SAPIA.

### **Identificar con base en el plan de acción:**

- Los programas locales en ejecución y a implementar.
- El punto focal de OPS que facilite el contacto con proyectos y programas de pueblos indígenas, que se ejecutan en áreas desprotegidas.
- Las coordinaciones locales a reforzar.
- Las acciones a desarrollar para asegurar el cumplimiento del plan.
- Los mecanismos para el seguimiento y evaluación, que incluyan indicadores comunales cualitativos, no cuantitativos.
- Las normas de funcionamiento y mecanismos de evaluación para el "núcleo de trabajo" nacional.
- Los términos de negociación para movilizar recursos.
- Las normas que regirán la biodiversidad y seguimiento de la propuesta "Iniciativa de Pueblos Indígenas".
- Los elementos para la conformación del Código de ética, a utilizarse en las investigaciones en Pueblos Indígenas.

### **Lograr el reconocimiento real de los pueblos indígenas, lo que implica:**

- La legalización de sus derechos.
- La no institucionalización de la medicina tradicional.
- El respeto hacia la medicina tradicional.
- Revalorizar la cultura y la Medicina Tradicional.
- Asegurar el espacio que le corresponde a la medicina tradicional, en el campo de la salud.

### **OBSERVACION:**

Utilizar la palabra pueblo y no grupo al referirse al indígena.

