

SEMINARIO “LAS OTRAS MEDICINAS Y LA SALUD AMBIENTAL”.

LA REIVINDICACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL¹

Los hechos que es necesario reconocer

Para resolver los problemas de salud en el país, antes de proceder a la construcción un nuevo modelo, se hace necesario, en primera instancia, reconocer:

1. Que todas las previsiones en materia de crecimiento poblacional, orientadas a convertir al año 2000 en “una divisoria natural, a partir de la cual las adiciones de población irían disminuyendo substantivamente hasta estabilizarse en el año 3000, cuando las diferentes regiones del mundo logren disminuir sus índices de fecundidad a un nivel de reemplazo”, han fracasado. (Hecho éste reconocido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994).
2. Que el acelerado proceso de urbanización que vivimos ha provocado que más de la mitad de la población actual viva en ciudades, y que en casos como el de América Latina, este porcentaje abarca a más del 70% de la población. Que la población restante, de carácter rural, altamente dispersa, se caracteriza por la pobreza, la marginación, la aculturación, el analfabetismo, el desempleo, las carencias de tierras y territorio.
3. Que ningún país, incluyendo los llamados Industrializados, ha sido capaz de resolver los problemas de cobertura de sus servicios de salud y los problemas de accesibilidad (económica, física y cultural) de sus poblaciones a dichos servicios.
4. Que ningún sistema médico, incluyendo la Medicina Académica, ha sido capaz de resolver por sí solo, todos los problemas de salud de la población.

También se hace necesario reconocer:

5. Que la llamada Medicina Tradicional constituye un Sistema Médico como cualquier otro.
6. Que en 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que de 65 a 80% de la población mundial utiliza productos de la medicina tradicional para cuidar su salud.
7. Que el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitido al término de la Tercera Evaluación de la Estrategia SPT2000, de manera muy elocuente reconoce, entre otros muchos aspectos, que:
 - *Los avances han sido dirigidos a mejorar las coberturas, pero continúan las necesidades de acceso a la población debido a limitaciones de diversa índole. ...*
 - *Las necesidades de financiamiento y de otros recursos han sido vistos como una limitante para expandir y mantener los programas de salud.*
 - *Muchos países tienen la expectativa en que la descentralización y un mayor involucramiento de la comunidad a niveles locales podrían contribuir a la sostenibilidad de las actividades. ...*
 - *Hay un aumento en la importancia de las enfermedades crónicas y las discapacidades. Enfermedades como la tuberculosis, el dengue o la malaria, siguen manteniendo o incrementando su peso en la Región. Aunque algunos indicadores han mejorado, todavía persisten grandes brechas entre los países y entre comunidades o grupos sociales y dentro de cada uno de ellos, ...”.*

Igualmente, se hace necesario recordar:

¹ Conferencia dictada en el Seminario “Las Otras Medicinas y la Salud Ambiental”. Colegio Médico del Perú, INAPMAS, EsSalud. Lima. 28-30.05.2001.

8. Que, en la Consulta Internacional sobre antropología médica y sistemas de curación alternativos, celebrada en Suraj Kund, cerca de Nueva Delhi, en febrero de 1996, se coincidió en señalar que *"Los sistemas tradicionales de medicina, marginados en la carrera hacia la secularización y la modernización, están recuperando lentamente el lugar central que ocupaban antes de que se los hiciera desaparecer sin miramientos"*, y que, *"durante el período en que estuvieron amenazados, los sistemas tradicionales nunca sucumbieron. Se mantuvieron simplemente fuera del dominio público, sin dejar de ser accesibles para quienes buscaban formas de medicina tradicionales. Ahora no se trata ya de permitir simplemente el regreso de la medicina tradicional; se está procurando que vuelva a ocupar su lugar en el ámbito público"*.

Finalmente, hay que recordar:

9. Que en países como el nuestro:
- Enfrentamos una explosión demográfica que desborda nuestras capacidades de subsistencia y que consecuentemente hace colapsar los servicios básicos indispensables para la reproducción social de nuestro pueblo.
 - El sistema oficial de salud, costoso en su implementación y su funcionamiento, de estructura eminentemente urbana, de carácter fundamentalmente reparativo, impersonal y despersonalizador, ha fracasado, en términos de cobertura y de accesibilidad, condenando a la marginalidad con respecto a los servicios oficiales a más del 40% de la población.
 - Como en la casi totalidad de culturas del mundo, los sistemas tradicionales han resistido, terca y tenazmente, los procesos de dominación "sin dejar de ser accesibles" para los sectores mayoritarios de la población; y sin por ello dejar de ser sensibles a la introducción de elementos de la medicina académica, por los procesos de mercantilización económica, movilidad social y "mestizaje" cultural.
 - Finalmente, como en cualquier otra realidad, la medicina tradicional constituye un sistema del que forman parte muchas y numerosas tradiciones, en permanente interacción e integración, provocando como resultado de ello, un permanente proceso de reelaboración de "medicinas alternativas" acordes con cada realidad local.

En este marco, hablar de las Medicinas Tradicionales, su reivindicación y consecuente articulación, exige hablar de reivindicación de la cultura andina; pues, el sistema médico tradicional forma parte indisoluble de un complejo mayor, que responde a la percepción holística que hombre andino tiene de su realidad.

Reivindicar el Sistema Médico Tradicional en nuestro país, y en todos los países tercermundistas implica, a mi criterio, tres aspectos básicos:

El Primero, sobre la base del reconocimiento de que somos un país multicultural, plurilingüe y multiétnico, que ninguna acción de desarrollo humano que emprendamos puede ser ni eficaz ni eficiente si no la desarrollamos en el marco de la Interculturalidad.

El Segundo, implica pasar de las declaraciones líricas, de los compromisos políticos y de los acuerdos internacionales a los hechos concretos, tangibles, que hagan posible que de manera definitiva la salud sea un derecho universal, utilizando para ello todos los recursos de los que dispone el sector. Esto implica, como ya se señaló en múltiples oportunidades, una política y un accionar intercultural.

En este aspecto, la relación de convenciones, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de nivel multilateral en las que ha participado el país, como parte interesada es extensa. Una breve revisión de ellos nos mostrará la magnitud de nuestra inacción como país. (Ver anexo)

El Tercero, implica reconocer:

- Que una política y un accionar intercultural no se puede realizar sin interlocutores válidos.
- Que dichos interlocutores son por su propia naturaleza fundamentalmente los especialistas de ambos sistemas: el personal médico y paramédico de la llamada medicina académica y los curanderos de la llamada medicina tradicional.
- Que dichos interlocutores para hacer válida una relación intercultural deben conocer las potencialidades y limitaciones de sus propios sistemas y de los sistemas con los cuales están interactuando.
- Que, consecuentemente, los interlocutores del sistema académico, para poder actuar interculturalmente, requieren urgente y perentoriamente, conocer los sistemas médicos tradicionales, su substrato cultural y la cosmovisión en la que se asientan.

Sólo a partir de un profundo conocimiento de la cultura de la que forma parte una tradición médica, de la manera como la gente de esa cultura concibe su cuerpo, la enfermedad y la salud, los procesos y los recursos curativos, será posible ensayar un proceso de intercambio de conocimiento y experiencias que haga, en la práctica, la creación de un modelo médico acorde con nuestra realidad.

Para ello, se hace necesario, urgentemente necesario, la incorporación de tópicos en la formación profesional de los estudiantes de Ciencias de la Salud, que les otorgue la suficiente comprensión de la realidad plural en la que van a trabajar. De igual modo, se hace igualmente necesario, la implementación de programas de capacitación de los especialistas tradicionales para acercarlos a esta "modernidad" de la que queremos formen parte. Ambas cosas, en el marco de un indiscutido respeto por la cultura de los individuos.

"la realidad nos muestra, pues, que el hombre tanto no adquiere todo lo nuevo que se le ofrece o desecha o conserva todo lo viejo de su patrimonio, como no perpetúa, inmoviliza o torna inmutable lo nuevo que ha adquirido, o lo viejo que ha conservado. El Proceso de desarrollo humano resulta así, también, una perpetua tarea de selección, de transformación" (Morote Best)

Releyendo el concepto de Interculturalidad

A. Qué es la interculturalidad?

Un proceso social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, etéreo, lingüístico, de género y generacional.

B. Qué implica la Interculturalidad en Salud?

Pasar de un Paradigma Unicultural a un Paradigma Intercultural.

C. Qué requiere la Interculturalidad en Salud?

Que en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, uno de los ejes prioritarios lo constituye el desarrollo de los recursos humanos.

Que el desarrollo de los recursos humanos, implica necesariamente la incorporación de contenidos curriculares que apoyen el conocimiento de las variables socioculturales que condicionan el bienestar de los pueblos. (2 tópicos: Antropología Médica y Etnomedicina Peruana).

D. Qué distingue la multiculturalidad de la interculturalidad?

Multiculturalidad: Es una realidad: Una sociedad conformada por varias culturas.

Interculturalidad: Es una acción interactiva entre diferentes culturas.

E. Qué principios supone el concepto de interculturalidad?

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

F. Qué acciones prácticas demanda el concepto de interculturalidad?

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participen en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

ACUERDOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES

1. CONVENCION DE PATZCUARO. MÉXICO, 1940.

Creación del Sistema Indigenista Interamericano, como instrumento eficaz de colaboración para dilucidar y resolver el problema indígena, estimulando y coordinando la política indigenista y las acciones para mejorar de manera integral las condiciones de vida de la población indígena en toda América.

2. PACTO SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS. 1966

“En los estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y su propio idioma”.

3. CONVENIO 107 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). 1957

“Las poblaciones indígenas tienen derecho a la igualdad con todos los ciudadanos del país”. Adicionalmente reconoce de manera específica: el derecho colectivo a la tierra, el derecho a la educación en lengua materna y el derecho de las comunidades a resolver sus conflictos de acuerdo a la tradición y a la costumbre.

4. CONVENIO 169 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES EN PAÍSES INDEPENDIENTES. 1969.

- Recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos, que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia.
- Parte V: seguridad social y salud:
Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

5. TRATADO DE COOPERACIÓN AMAZÓNICA – TCA. 1978.

Realizar esfuerzos conjuntos entre los países contratantes para promover el desarrollo armónico de sus respectivos territorios amazónicos, de manera que las acciones conjuntas produzcan resultados equitativos y mutuamente provechosos, así como para la preservación del medio ambiente y la conservación y uso razonable de esos territorios.

6. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. ALMA-ATA. 1978.

En el marco de la Atención Primaria de la Salud, estrategia definida como objetivo del proyecto “Salud para todos en el año 2000”, sobre la base del reconocimiento de su importancia y de su contribución al mantenimiento de la salud de los pueblos, la Medicina Tradicional es incorporada como un nivel primario (comunal) de los sistemas oficiales de salud.

7. LA CARTA DE OTTAWA. 1986.

Define la Promoción de la salud como “el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla... Para alcanzar un estado de

bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, se satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente". Así pues, la promoción no debería limitarse a fomentar estilos de vida saludables, sino llegar hasta lo que son las condiciones fundamentales y los recursos para la salud "la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad".

8. LA CUMBRE DE LA INFANCIA. NEW YORK, 1990.

Sobre la base del nuevo concepto generado en Ottawa, coloca como prioridad la atención a la salud infantil.

9. CUMBRE DE LA TIERRA. 1992.

Los estados admitieron la necesidad de reconocer que las poblaciones indígenas tienen valores, territorios, conocimientos tradicionales y derecho a la subsistencia; admitieron sus conocimientos ecológicos y agrícolas como vitales para la promoción del desarrollo sostenible.

10. CONVENIO CONSTITUTIVO DEL FONDO PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 1992.

Objetivo general:

Apoyar los procesos de autodesarrollo de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de América Latina y el Caribe y orientar acciones, estrategias, formas propias y autónomas de organización de los pueblos indígenas en todos sus niveles.

11. CONVENIO DE LA BIODIVERSIDAD BIOLÓGICA. 1992.

Art. 8:

Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes poseen esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente.

12. DECENIO INTERNACIONAL DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS DEL MUNDO, 1994–2004.

- 1993: La Asamblea General de las NN.UU. Proclamo el año 1993 como "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo".
- 1994: La Conferencia de las NN.UU. sobre Derechos Humanos, recomendó la conversión del Año Internacional en "Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo".

13. CUMBRE DE LAS AMÉRICAS. 1994.

Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en nuestro hemisferio.

= Acceso equitativo a servicios básicos de salud.

14. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO. 1994.

Se reconoció que existe un derecho a la salud, que lleva a los gobiernos a proporcionar atención a la población de sus países, a través de programas integrales, en la misma forma que provee de oportunidades para la educación.

Se afirma que los derechos reproductivos requieren el respeto de las condiciones éticas, culturales y religiosas de los estados.

15. REUNIÓN ESPECIAL SOBRE REFORMA DEL SECTOR SALUD. 1995.

Permitió comprobar que se han iniciado procesos de reforma del sector salud en numerosos países con el objetivo declarado de proporcionar servicios de salud eficientes y de buena calidad a todos los habitantes, en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de la población en búsqueda de mayor equidad.

16. CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER. 1995.

Numeral 18 de la Declaración de Beijín: Intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y niñas que enfrenten múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

17. CUMBRE SOCIAL. COPENHAGUE, 1995.

Se reconoce que la pobreza, el desempleo y la desintegración social son los hechos dominantes del mundo de hoy.

18. RESOLUCIÓN INTERPARLAMENTARIA ENTRE EL PARLAMENTO ANDINO, PARLAMENTO INDÍGENA Y PARLAMENTO AMAZÓNICO. 1996.

Parte I, numeral 3:

Resalta la necesidad de promocionar la complementación del conocimiento occidental e indígena en el establecimiento de los servicios de salud y capacitación de recursos humanos en la interculturalidad.

Parte II, numeral 9:

Insta a la conformación de un programa conjunto para los parlamentarios para que en el marco de la reforma del sector salud, se identifiquen los mecanismos para asegurar la accesibilidad de los pueblos indígenas a los sistemas de salud.

19. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 1997.

Artículo XII:

Salud y Bienestar, numeral 4: Los estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados por la población general.

20. CUMBRE DE LOS PRESIDENTES. SANTIAGO DE CHILE. 1998.

Capítulo IV del Plan de Acción: Erradicación de la Pobreza y la Discriminación:

Que con el objeto de promover una mayor participación de la población indígena en la sociedad mediante el acceso apropiado a la educación, atención de salud, capacitación ocupacional y así mejorar su estándar de vida, entre otros puntos, los gobiernos:

Ø respaldarán las actividades en el campo de la educación, procurando el fortalecimiento de la identidad de las poblaciones indígenas y promoviendo una coexistencia respetuosa entre los diferentes grupos sociales de las comunidades y estados

Ø promoverán la ampliación de los servicios de educación básica y media con orientación vocacional, principalmente en las regiones con alto porcentaje de población indígena.

21. DECLARACIÓN DE LA XII CUMBRE DE JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO DEL GRUPO DE RIÓ. 1998.

Numeral 4:

Expresamos nuestra convicción de que los estrechos vínculos políticos y económicos existentes entre los países de la región; nuestra profunda identidad histórica y cultural, así como la cooperación y solidaridad que nos unen, constituyen un importante patrimonio común que nos permitirá avanzar hacia la consolidación de una comunidad latinoamericana de naciones”.

ACUERDOS Y RESOLUCIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS

Tomados teniendo en cuenta:

- Ø Que la atención primaria de salud no ha alcanzado a la mayor parte de la población de los países en desarrollo;
- Ø Que los sistemas médicos tradicionales constituyen un patrimonio de la comunidad y desempeñan un papel importante en la prevención, la promoción y el restablecimiento de la salud;
- Ø Que las plantas medicinales utilizadas en los sistemas médicos tradicionales, encierran un potencial considerable, aunque en gran parte inexplorado, para la preparación de nuevos fármacos contra importantes enfermedades que no tienen tratamiento eficaz; y
- Ø Que es necesario aprovechar "todos" los recursos disponibles en el sector salud.

1. RESOLUCION WHA29.72 (MAYO DE 1976). 29a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD:

Por primera vez, llama la atención sobre la importante contribución que la Medicina Tradicional hace a la salud pública de la comunidad y la importancia de los Agentes de Salud de la Medicina Tradicional para el aumento de la cobertura de los servicios de salud oficial.

2. RESOLUCION WHA30.49 (MAYO DE 1977). 30a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD:

- 2) "Insta a los gobiernos interesados a que otorguen una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales en conjunción con la medicina moderna;
- 3) Pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a organizar actividades de enseñanza e investigación y a conceder becas para formar personal en materias de técnicas de investigación, estudiar los sistemas de asistencia sanitaria e investigar los procedimientos tecnológicos relativos a los sistemas médicos tradicionales e indígenas".

3. RESOLUCIÓN WHA31.33 (MAYO DE 1978). 31a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD:

"Pide al Director General:

- 1) que prepare un inventario de las plantas medicinales utilizadas en los distintos países, con la nomenclatura botánica normalizada de las que tengan uso más difundido;
- 2) que disponga la compilación y actualización periódica de una clasificación terapéutica de las plantas medicinales, relacionada con la clasificación terapéutica general de todos los medicamentos;
- 3) que se examine los datos científicos de que se disponga acerca de la eficacia de las plantas medicinales en el tratamiento de afecciones y enfermedades específicas, y dé a conocer, en forma resumida, los resultados de ese examen; ...
- 6) que designe centros regionales de investigación y enseñanza para el estudio de plantas medicinales".

4. RESOLUCIÓN WHA40.33 (MAYO DE 1987). 40a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

Insta a los Estados Miembros:

- 1) a que utilicen en la mayor medida posible prácticos de sus sistemas médicos tradicionales en los programas de atención primaria de la salud, siempre y cuando sea hacedero y apropiado;
- 2) a que emprendan amplios programas de identificación, evaluación, elaboración, cultivo y conservación de plantas medicinales utilizadas en medicina tradicional; ...
- 4) a que apoyen las investigaciones sobre métodos tradicionales de tratar dolencias y de promover la salud de la familia, la nutrición y el bienestar;
- 5) a que se intensifique la cooperación y el intercambio de expertos, técnicas y métodos de adiestramiento en materia de sistemas médicos tradicionales y sectores afines, particularmente entre países de características culturales semejantes.

5. RESOLUCIÓN WHA41.19 (MAYO DE 1988). 41a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

"Insta a los Estados Miembros:

- 1) que estudien la situación en lo referente a las plantas medicinales que crecen en sus respectivos territorios;
- 2) que adopten medidas eficaces para garantizar la conservación de esas plantas y fomentar su utilización a largo plazo".

6. RESOLUCIÓN WHA42.43 (MAYO DE 1989). LA 42a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

"Insta a los Estados Miembros:

- 1) a efectuar una evaluación completa de sus sistemas de medicina tradicionales;
2) a hacer sistemáticamente un inventario y un estudio (preclínico y clínico) de las plantas medicinales que utilizan los prácticos de medicina tradicional y la población;...
- 3) a determinar las plantas medicinales o los remedios de ellas derivados que tengan una relación eficacia/efecto secundario satisfactoria y deban incluirse en el formulario de la farmacopea nacional;
- 4) a estudiar posibilidades de aprovechamiento de las prácticas de medicina tradicional para la ampliación de la cobertura mediante atención primaria de la salud;
- 5) a promover la colaboración entre universidades, servicios de salud, centros de adiestramiento y organizaciones internacionales pertinentes en el estudio científico de las formas tradicionales de tratamiento médico y de su empleo, cuando esté indicado, en la asistencia sanitaria moderna".

7. RESOLUCIÓN WHA44.34 (MAYO DE 1991). 44a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

"Insta a los estados miembros:

- 1) a que intensifiquen las actividades encaminadas a la cooperación entre quienes practican la medicina tradicional y quienes dispensan una asistencia sanitaria moderna, especialmente en lo tocante al empleo de remedios tradicionales inocuos, eficaces y científicamente válidos para reducir los gastos nacionales en medicamentos".

ACUERDOS Y RESOLUCIONES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 1. RESOLUCIÓN V – CD37.R5 “SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”.
XXXVII REUNIÓN. 1993.**
- 2. RESOLUCIÓN VI – CD40.R6 “SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”.
XL REUNIÓN. 1997.**

- ∅ Fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en ese campo y asegurar mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.
- ∅ Promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.
- ∅ Promover la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos de trabajo de la organización sobre salud de los pueblos indígenas.

En ambas resoluciones se adoptan los principios establecidos en Winnipeg, Manitoba, Canadá (1993):

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