

Los pueblos indígenas y la salud: cuestiones para la discusión y el debate

Carlos Perafán y William Savedoff

Este informe de trabajo se publica con el único objeto de contribuir al debate sobre un tema de importancia para los países de la región. Su publicación por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. Este informe no ha pasado por un proceso riguroso de revisión ni ha sido estudiado por el Grupo Gerencial del Departamento de Desarrollo Sostenible. Por lo tanto, no representa la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo. Los comentarios deben dirigirse a: carlospe@iadb.org.

Washington D.C.
Febrero del 2001

Contenido

Introducción	1
Especialistas médicos: preocupación por la salud de una nación	1
Especialistas en pueblos indígenas: respeto, dignidad y comprensión	4
“Occidente” conoce al “indígena”: acuerdos y desacuerdos	7
Bibliografía	9

Introducción

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha financiado programas sociales en América Latina y el Caribe desde sus inicios. Los primeros programas sociales del BID, en 1961, fueron proyectos sociales que tenían como objetivo el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico. En 1973 el BID comenzó a financiar proyectos en el sector de la sanidad; y a mitad de los ochenta, el BID comenzó a financiar programas cuya orientación principal era beneficiar a los pueblos indígenas de la región.

Hasta hace poco, las actividades y operaciones del BID con respecto a los pueblos indígenas no abordaban asuntos sanitarios. Es posible que muchos de los programas hayan tenido un efecto en la salud, a través de las mejores sociales y la dotación de medios que promovían, pero no se centraban directamente en la salud o la medicina indígena. De forma similar las actividades y operaciones sanitarias no se centraban principalmente en asuntos sanitarios de los pueblos indígenas. Muchos programas de salud tuvieron un efecto en las condiciones sanitarias de los pueblos indígenas, pero no se diseñaron en principio para ellos ni los tenían como objetivo. Solo unas pocas operaciones tenían componentes destinados a incrementar el acceso de los pueblos indígenas a los servicios sanitarios a través de expansiones de los sistemas nacionales de salud que respetaban las diferencias culturales.

Recientemente algunas propuestas han puesto de relieve la necesidad de crear una perspectiva común del BID en cuanto a la promoción de la salud de pueblos indígenas. En particular, queda patente que los especialistas de la salud aportan preocupaciones diferentes a las de los especialistas en asuntos indígenas a la hora de evaluar y diseñar programas. El documento de análisis tiene como objetivo hacer explícitas esas perspectivas divergentes de modo que podamos:

- Utilizar terminología similar y reducir el número de malentendidos;
- Identificar áreas en las que coincidan las perspectivas; e
- Identificar y hacer explícitas aquellos asuntos en los que hay un desacuerdo de modo que se pueda llevar a cabo un debate y análisis con más información.

La siguiente sección de este informe presenta un resumen de las inquietudes de los especialistas médicos, seguido por un resumen de los puntos que preocupan a aquellos que trabajan en asuntos relacionados con los pueblos indígenas. La sección final intenta resaltar las áreas de acuerdo y definir cuestiones para el debate. En cada sección se anima a lector a considerar al menos tres niveles de análisis: el marco conceptual, los mecanismos implícitos de establecimiento de prioridades y las propuestas técnicas. Además es importante tener en cuenta al menos tres clases diferentes de “programas de salud”: aquellos que tienen como objetivo que los pueblos indígenas puedan acceder a la “Medicina Occidental”, aquellos que se proponen apoyar y promover la “Medicina indígena” (la cual incluye medicinas y prácticas médicas); y aquellos que intentan integrar los dos.

Especialistas médicos: preocupación por la salud de una nación

Debido al hecho que los principales clientes del BID son países, los especialistas de la salud tienden a centrarse en condiciones sanitarias para toda la sociedad. Por lo tanto, la salud y las prácticas médicas de los pueblos indígenas se consideran como parte de una población más amplia con diversas necesidades. En segundo lugar, los especialistas tratan de identificar los instrumentos de política disponibles que ellos saben que serán efectivos a la hora de abordar los asuntos sanitarios más apremiantes. Entre estos instrumentos de política se encuentran medidas de salud pública, tales como campañas de vacunación, control de vectores y educación, así como mejoras en los servicios sanitarios, ya sea incrementando el acceso a la asistencia médica básica, movilizand la financiación adicional, cambiando de mecanismos de asignación de recursos, construyendo clínicas u hospitales, formando personal médico, o asegurando a los

ciudadanos contra costes extremadamente elevados de enfermedades graves. Se entiende que se establecen las prioridades determinando las políticas más eficaces en función de los costos que son viables a nivel político, institucional y financiero.

Dentro de este marco conceptual, se adaptan los programas a los pueblos indígenas basándose en las características que los diferencian con respecto al resto de la población. Estas incluyen medidas cuyo objetivo es que los servicios médicos sean socioculturalmente apropiados; y asignar recursos para las enfermedades o dolencias que son generalizados entre los pueblos indígenas (a menudo éstas incluyen problemas médicos reproductivos y enfermedades infecciosas).

La opinión predominante entre los especialistas médicos es que históricamente el Banco ha intentado abordar las necesidades sanitarias de las poblaciones indígenas apoyando la extensión de "la medicina oficial" a las poblaciones indígenas de forma respetuosa y adecuada para con sus culturas. Daba la sensación de que ciertas peticiones recientes van más allá de estas actividades de extensión para apoyar directamente prácticas y tratamientos médicos no occidentales.

Los especialistas de la salud frecuentemente opinan que muchos de los criterios que se aplican al evaluar "la medicina indígena", también se aplican a los tratamientos y prácticas médicos "occidentales". En todo caso, la pregunta era por qué las normas de evaluación de "la Medicina Indígena" deberían ser menos rigurosas que las requeridas por otras operaciones del sector sanitario. Se pueden identificar cuatro puntos de interés al respecto: la definición de "Medicina Indígena", establecer necesidades y prioridades, y normas de seguridad, eficacia y extensión a los grupos indígenas.

Definición de "medicina indígena"

El primer punto de interés es que la "Medicina Indígena" requiere una definición. Frecuentemente, se agrupa Medicina indígena" junto con una amplia gama de prácticas bajo la categoría de "Medicina Tradicional", término que puede referirse a cualquier tratamiento alopático no occidental. Tal categoría carecería claramente de significado a efectos de evaluación ya que es muy heterogénea. A efectos de este documento, se utilizará el término "Medicina Indígena" para reflejar la variedad de tratamientos y prácticas que son específicamente autóctonos del continente americano y que son practicados por los pueblos indígenas¹.

Supuestamente cualquier operación del Banco que se proponga estudiar, incorporar o apoyar "la Medicina Indígena" debería proveer una definición suficientemente precisa de los conceptos y tratamientos de la enfermedad en particular que se estén considerando de modo que puedan ser analizados adecuadamente y, si son aprobados, que se puedan poner en práctica debidamente.

Necesidades y prioridades

El segundo asunto de interés es que la financiación del Banco para "Medicina Indígena" debe responder a problemas sanitarios que se puedan identificar y que tengan relevancia y prioridad para la estrategia del sector sanitario del país. Es importante respetar las exigencias de los pueblos indígenas de tratamientos médicos indígenas, como lo es para otras poblaciones. Sin embargo, como sucede con los servicios médicos que han sido provistos o regulados por el Ministerio de Sanidad, para poder respetar estos requerimientos debe haber un equilibrio entre éstas y pruebas de eficacia y viabilidad.

¹ Esto claramente descarta la discusión de otras prácticas "tradicionales", tales como las del Lejano Oriente (por ejemplo la acupuntura) y prácticas "alternativas" (por ejemplo la homeopatía).

Para abordar este asunto, las operaciones del Banco que se propongan estudiar, incorporar, o apoyar “la Medicina Indígena” deberían demostrar que existe una necesidad para tales tratamientos o prácticas en términos de (i) problemas médicos que se puedan identificar en la población que va a ser beneficiaria, (ii) eficacia prevista de los tratamientos y prácticas, e (iii) inserción en la estrategia nacional sanitaria del país a través del diálogo con el BID. En términos prácticos, estudiar, incorporar o apoyar “la Medicina Indígena” se llevaría a cabo más eficazmente si todas estas medidas se benefician de y contribuyen a operaciones mayores del sector sanitario como un componente o subcomponente de tales operaciones.

Normas para la seguridad y eficacia

El tercer tema de interés es que el apoyo del Banco a “La Medicina Indígena” debería cumplir con las normas de seguridad y eficacia (seguridad porque se trata de la salud humana, y eficacia para asegurar que se produce alguna repercusión del uso de recursos escasos). Estas normas se aplicarían a distintas prácticas y tratamientos y no implicarían el rechazo total de todo un sistema de prácticas médicas. Probablemente estas normas también se aplican a prácticas médicas alopáticas.

Esto implicaría que las operaciones del Banco que se proponen estudiar, incorporar o apoyar tratamientos o prácticas médicas deberían asegurar que los tratamientos o prácticas propuestos cumplen con las normas de seguridad y eficacia aceptadas internacionalmente, bien a través de estudios realizados antes de su aprobación², (ii) a través de la evaluación positiva de la capacidad interna del país para determinar la seguridad y eficacia, o (iii) reservarse el derecho de objeción para con consultores o firmas contratadas con el fin de llegar a tales determinaciones.

Extensión a grupos indígenas

El Banco ha financiado operaciones en el sector sanitario que tienen como objetivo mejorar la salud de poblaciones cuya cultura puede que difiera de la cultura del lugar en el que está situado el sistema de servicios médicos actualmente. Para las operaciones del Banco, este problema ha surgido en el caso de grupos que tienen lenguas o étnias diferentes³.

Es posible que esto sea una práctica aceptada en las operaciones del Banco, pero se podría hacer más explícito y mejorarse. Las operaciones del Banco que tienen por objetivo abordar las necesidades sanitarias de grupos distintos culturalmente (particularmente debido a divergencias lingüísticas o étnicas) deberían intentar incorporar prácticas y tratamientos de manera que apropiados en el plano sociocultural. En aquellos casos donde los recursos humanos para la promoción y tratamiento de la salud son escasos, se puede dar formación a los sanadores “indígenas” en tratamientos y prácticas aceptables que puedan servir a sus poblaciones.

Resumen

En suma, los especialistas de la salud dirían que es necesario contestar las siguientes cuatro preguntas a través de operaciones que intenten estudiar, apoyar o incorporar “la Medicina Indígena”. Probablemente el BID ya ha tratado estas cuestiones en sus operaciones en el sector sanitario.

1. ¿Hay un problema médico identificable que tenga una prioridad lo suficientemente alta y que podría mejorarse considerablemente a través de las actividades?

² Por ejemplo, la Comisión E de Alemania tiene una amplia compilación de tales estudios. Véase Blumenthal, et al 1998.

³ Véase por ejemplo, BID (1999a) y BID (1999b).

2. ¿La actividad complementa la estrategia nacional y la estrategia sanitaria del BID, si es que la hay, para ese país? En particular, ¿La operación propuesta representa el mejor uso que se puede dar a la escasa financiación externa del sector sanitario?
3. ¿Los tratamientos o prácticas médicas financiadas por la operación cumplen con los requisitos de *tests* de eficacia y seguridad probada, según las normas aceptadas internacionalmente, tales como las usadas por el OMS, la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA, USA), o la Comisión “E” (Alemania)?
4. Si los beneficiarios de la operación propuesta van a ser grupos culturalmente distintos, ¿las actividades están diseñadas de modo que son apropiadas a nivel sociocultural?

Especialistas en pueblos indígenas: respeto, dignidad y comprensión

El BID contrató a un especialista en pueblos indígenas por primera vez para que formara parte de su división medioambiental, responsable de mitigar las repercusiones sociales de sus muchos proyectos de infraestructuras. El BID pronto comenzó a financiar operaciones específicamente orientadas a beneficiar a los pueblos indígenas, a través de inversiones sociales y dotación de medios. Un hito importante fue la creación del “Fondo Indígena”, un fondo de desarrollo gestionado por pueblos indígenas para financiar proyectos propuestos por las mismas comunidades indígenas.

Los Especialistas en Pueblos Indígenas del BID inician los proyectos pensando en los pueblos indígenas como sujetos, no objetos, de proyectos de desarrollo. Identifican beneficiarios potenciales y, en la medida de lo posible, intentan abordar las necesidades de desarrollo articuladas por estos beneficiarios. Al hacer esto, los especialistas procuran entender todo el contexto y las características de las comunidades en particular en las que se desarrollará el proyecto. De esta manera, el proyecto debería abordar lo que los pueblos indígenas pueden ver como un todo, pero que los “occidentales” separan normalmente en dimensiones sociales, económicas, culturales, religiosas y otras.

La visión predominante entre los especialistas en Pueblos Indígenas es que los proyectos del BID, al igual que otros muchos programas gubernamentales en la región, tienden a designar y llevar a cabo proyectos de desarrollo que afectan a pueblos indígenas sin suficiente participación de la comunidad o suficiente comprensión por parte del mundo en el que se pondrán en práctica estos proyectos. Normalmente tales programas se promueven y ejecutan con arrogancia y con una actitud condescendiente de las personas que se van a beneficiar de ellos. Consecuentemente, muchos programas que tienen por objetivo mejorar las condiciones de los pueblos indígenas pueden resultar ineficaces o incluso perjudiciales. Desafortunadamente, hay muchas experiencias que corroboran esta opinión.

Para los especialistas en pueblos indígenas, el interés expresado por las comunidades indígenas en cuanto a proyectos que apoyan, promueven o extienden la medicina indígena debería constituir una justificación suficiente para apoyar tales programas. Las medicinas y prácticas médicas indígenas están arraigadas culturalmente y poseen una importancia social. Estas tratan las dolencias que en algunos casos no son reconocidas por la “Medicina Occidental” como mala salud, pero que son serias y reales en el mundo y la visión de éste de las comunidades indígenas. Frecuentemente las medicinas y prácticas médicas indígenas también resultan eficaces en función de los costos. Para estos especialistas, se pueden discernir cuatro preocupaciones esenciales con respecto a los programas sanitarios para pueblos indígenas.

Marco legal y pluriculturalidad

El primer asunto es que el gobierno y los programas financiados por el BID deben respetar todos los derechos de los pueblos indígenas. A nivel político la mayoría de las constituciones en América Latina han adoptado cláusulas que protegen el pluralismo (pluriculturalidad). Las disposiciones constitucionales

normalmente proporcionan protección legal a grupos indígenas para que puedan vivir como ellos prefieran, lo cual incluye sus medicinas y prácticas médicas.

Los pueblos indígenas no viven aislados del estado de la nación, y tienen los mismos derechos a las garantías de la salud para todos los ciudadanos. Para cumplir con estas garantías, es necesario que las políticas aseguren que los servicios y programas médicos sean apropiados para la cultura indígena. Estos tienen que *coordinarse* con las propias actividades y prácticas de las comunidades, lo cual requiere *una buena comunicación*, respeto mutuo, y buena fe entre los practicantes de la salud indígenas y "occidentales".

Estos derechos, como ciudadanos, a atención sanitaria requieren que los gobiernos amplíen el ámbito y calidad de sus propios servicios médicos. Proveer acceso a la asistencia médica es importante para reducir el grado de exclusión social con el que se enfrentan las comunidades indígenas. Sin embargo, si se hace ésto de manera que se reconozca y complemente la medicina y las prácticas médicas indígenas, puede que resulte menos costoso que tratar simplemente de "reemplazarlo".

Criterios indígenas de "salud"

La segunda preocupación es que los programas médicos no abordan la salud tal y como es entendida por las comunidades indígenas. En toda América estos pueblos tienen una visión del mundo en la que hay pocas barreras entre la naturaleza y la gente. De esta manera, la mala salud puede derivar de un desequilibrio en la naturaleza, así como de hechizos y brujería. Como mínimo, las prácticas médicas "occidentales" no deberían menospreciar estos conceptos ya que tienen una gran importancia social, y son igualmente significativos en los comportamientos personales y el bienestar. Más concretamente, las prácticas médicas "occidentales" deberían reconocer éstos como preocupaciones sanitarias legítimas y apoyar las prácticas y tratamientos indígenas que las tratan.

Los especialistas argumentan que estas perspectivas indígenas no son heterogéneas, sino que mantienen que éstas son remarcablemente similares entre los pueblos indígenas de la región. Todas estas sociedades tienden a ver las enfermedades como una consecuencia del desequilibrio en la naturaleza o en el comportamiento personal. En casi todos los casos, existen diferentes tipos de médicos que están a disposición de las comunidades para aliviar distintas clases de dolencias. Los facultativos que tienen experiencia en estos campos (por ejemplo parteras o sobanderos) se ocupan de determinados tratamientos básicos, tales como los relacionados con ensalmos o la obstetricia para partos normales. Otros tipos de dolencias son tratadas por "herboristas", cuya pericia incluye conocer la gama de sustancias disponibles y que se pueden utilizar para curar (por ejemplo los curanderos o botánicos). Finalmente, existe otro grupo de médicos que tratan enfermedades asociadas con hechizos o brujería (por ejemplo los chamanes).⁴

Las prácticas médicas dentro de este paradigma indígena no están relacionadas exclusivamente con enfermedades físicas individuales, sino que también abordan "enfermedades" relacionadas con la sociedad y el entorno como un todo. Por ejemplo, las técnicas de tratamiento médico se imparten a los adolescentes en rituales relacionados con la transición a la vida adulta entre los Tukano Yurupari. Las comunidades también otorgan un significado especial a los usos que hacen de su tierra o las prácticas sociales relacionadas con la salud individual y la de la comunidad. Por lo tanto, el bienestar de un individuo está unido al de la comunidad y el entorno a través de prácticas (la mayoría de ellas chamanísticas) que buscan un equilibrio espiritual (un equilibrio entre individuos, comunidades y su entorno)

⁴ Esta caracterización de la visión del mundo indígena es claramente incompleta y simplista. Aquí se presenta solamente con el objetivo de dar al lector una muestra de todas las clases de problemas que pueden surgir con respecto a las diferentes variedades de dolencias entre la medicina "occidental" e indígena. Para una exposición más completa, véase Faust (sin fecha) y OPS (2000).

Limitaciones de ambos sistemas

El tercer asunto es que la medicina “occidental” no reconoce sus propias limitaciones cuando intenta desplazar a los médicos indígenas. Las medicinas y prácticas médicas indígenas tienen sus limitaciones, al igual que la medicina “occidental”. Es importante que los dos sistemas reconozcan sus limitaciones en campos en los que es posible que no posean una pericia especial, junto con aquellas áreas en las que ambas pueden complementarse. Supuestamente los individuos toman buenas decisiones con respecto a que tipo de médico puede tratar mejor sus dolencias. Los pueblos indígenas tienen un sistema de clasificación diferente para las enfermedades, tales como mal de ojo o mal de viento, donde un individuo consultaría a un hechicero. Sin embargo, la misma persona que contrae una enfermedad que se identifica con la medicina “occidental”, como la tuberculosis o el sarampión, consultaría a un doctor “occidental”. Diversos estudios han mostrado que la gente acude a un chamán para que se ocupe de una enfermedad que ellos sospechan que tiene que ver con un hechizo o un trastorno psicológico o social, mientras que buscan curanderos o doctores “occidentales” para enfermedades que se ven como tratables en esos marcos.

Otra limitación de la medicina “occidental” es su coste y accesibilidad. Mientras que la “medicina indígena” está extendida por todos los países latinoamericanos, a menudo los sistemas sanitarios oficiales están restringidos a poblaciones urbanas y no indígenas. Sustituir medicina “indígena” por “occidental” no solo requeriría la aceptación de las poblaciones indígenas y mestizas en el sistema, sino también un gasto de recursos que muchos países no pueden asumir o con el que no están dispuestos a comprometerse.

Derechos de propiedad intelectual

El cuarto asunto es que al mismo tiempo que la medicina “occidental” ha intentado suplantar a la medicina indígena, algunas compañías internacionales están robando o aprovechándose de la abundancia de conocimientos de los pueblos indígenas. El ritmo de investigación y desarrollo farmacéutico de los países más ricos se ha acelerado, y con ello se han incrementado rápidamente las demandas para identificar sustancias nuevas y útiles. Los pueblos indígenas sienten que es injusto que las compañías farmacéuticas obtengan grandes beneficios monetarios a base de explotar técnicas y medicinas que se han desarrollado durante años de transmisión intergeneracional de conocimiento dentro de sus comunidades. En algunos casos, como Panamá, se han aprobado normas legales explícitas para proteger las reclamaciones indígenas de derechos de la propiedad intelectual. Sin embargo, en muchos casos los países no cuentan con disposiciones, ni han aclarado las condiciones en las que se pueden defender estos derechos de propiedad. Mientras tanto, las negociaciones de comercio internacional han llevado a acuerdos como los T.R.I.P.S (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio) que deben poner en práctica las naciones firmantes, y que no se adaptan necesariamente a las reclamaciones indígenas de derechos de la propiedad intelectual.

Resumen

En suma, los especialistas en pueblos indígenas mantendrían es necesario dar respuesta a las siguientes cuatro cuestiones con operaciones que intenten estudiar, mejorar o expandir los servicios médicos para los pueblos indígenas.

1. ¿El programa ha sido diseñado para respetar el amparo constitucional de las prácticas indígenas, y para cumplir las garantías constitucionales de acceso a servicios médicos adecuados y de buena calidad? ¿Ha sido desarrollado con participación real de los pueblos indígenas de modo que puedan considerarse ellos mismos sujetos y no objetos de las actividades?
2. ¿El programa reconoce y responde a las divergencias en visiones del mundo, definiciones de enfermedad y demandas de los beneficiarios de servicios médicos?

3. ¿El programa reconoce las limitaciones de la medicina “occidental” y ha evaluado y considerado adecuadamente el rol positivo que la medicina y las prácticas médicas indígenas pueden jugar en la mejora de la eficacia de la atención médica, la reducción de costes, y el tratamiento de problemas médicos sociales y psicológicos?
4. ¿El programa aborda los asuntos sobre derechos de propiedad intelectual para medicinas y tratamientos que se deriven de las prácticas indígenas?

“Occidente” conoce a “indígena”: acuerdos y desacuerdos

Parece que los especialistas en salud y en pueblos indígenas están de acuerdo en una serie de aspectos y en desacuerdo en otros.

Aspectos en los que hay acuerdo aparente

No se deberían ni reprimir ni eliminar las prácticas médicas indígenas, sino que merecen respeto como parte de las prácticas y la cultura de los pueblos indígenas.

Se deberían extender los programas y servicios médicos a las comunidades indígenas. Estos servicios deberían ser de buena calidad y apropiados al carácter y necesidades específicas de la población indígena. Ejemplos de tales ampliaciones apropiadas de medicina “occidental” incluirían contratar o formar personal bilingüe, lo cual incluye comunidades indígenas en gestión de instalaciones médicas, prestar atención a los tabúes relacionados con las diferencias de género y edad, o modificar el diseño de hospitales y otras instalaciones como por ejemplo los “hospitales interculturales”.

Cuando sea posible, se debería valorar a los médicos indígenas como parte del sistema de servicios sanitarios. Puede haber un acuerdo con respecto a los médicos como los ensalmadores y las comadronas (si han recibido la formación “adecuada”), y principio de acuerdo con respecto a los curanderos (dependiendo de las clases de medicinas y enfermedades tratadas). Hay un acuerdo considerablemente menor acerca del rol de los chamanes en el sistema de salud pública. Sin embargo, hay acuerdo en la necesidad de coordinar tratamientos dados a los mismos pacientes para evitar complicaciones.

Los especialistas de la salud no tienen una opinión en particular sobre los derechos de propiedad intelectual sobre las medicinas indígenas. En la medida en que el BID comience a abordar problemas del sector farmacéutico, el personal tendrá que debatir y desarrollar una postura con respecto a éste, tras consultar otros grupos como los que se ocupan de promover la integración regional del comercio.

Aspectos en los que hay desacuerdo aparente

Parece que hay tres grandes áreas en las que no hay un acuerdo claro: establecer la prioridad, que criterios se utilizan para determinar las prácticas médicas legítimas, y cual es el alcance del sector sanitario.

Entre los especialistas de la salud existe la opinión de que establecer la prioridad para las políticas públicas requiere una consideración de todas las necesidades médicas de todo un país, los recursos disponibles, y la mejor aplicación de esos recursos para servir al mayor número posible de gente. Esto no crea necesariamente un conflicto con la visión de que los pueblos indígenas deberían establecer sus propias prioridades en el ámbito de la atención médica, pero cada uno de estos enfoques puede conducir y probablemente lo hará, a diferentes prioridades. ¿Se pueden reconciliar estas diferencias?

En segundo lugar, según los especialistas médicos hay criterios básicos que todas las operaciones sanitarias deberían seguir, tales como necesidad, eficacia y seguridad demostrada. Los arbitradores aceptados para determinar si las prácticas médicas cumplen estos criterios están operando en un modo de evaluación “occidental”, incluso si evalúan medicinas indígenas y alternativas (por ejemplo la Comisión E de Alemania). Los especialistas indígenas consideran a la comunidad de médicos indígenas como un recurso legítimo de conocimientos especializados con respecto a estos criterios. ¿Es posible estar de acuerdo con respecto a las autoridades legítimas? ¿Tendrá una parte que ceder ante la otra en todos los casos, o solo en algunos? ¿En qué casos se aplicarían los distintos marcos? ¿Qué constituiría una metodología aceptable para evaluar tratamientos médicos indígenas, especialmente las prácticas chamanísticas?

Por último, ¿Qué gama de “dolencias” se considera que está dentro del ámbito de las operaciones del sector sanitario? Muchas de las dolencias tratadas por los ensalmadores, comadronas y curanderos son similares a las tratadas por los facultativos occidentales. ¿Deberían incorporarse éstas en los sistemas de salud pública? ¿Los sistemas nacionales de salud deberían ocuparse de las dolencias tratadas por los chamanes?

Esperemos que este documento contribuya a un mayor entendimiento entre los especialistas médicos y los especialistas en pueblos indígenas. Si se pueden encontrar aspectos donde haya un acuerdo generalizado, entonces hay razones para hacer las actividades compatibles. En las áreas de desacuerdo, tendrá que haber más discusiones, pruebas, concesiones o decisiones de política a alto nivel.

Bibliografía

- Blumenthal, M., Busse, Goldberg, Gruenwald, May, Keleyn, Riggins and Rister. 1998. *The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines*. American Botanical Council. Austin, TX.
- Deruyttere, Anne. 1997. "Indigenous Peoples and Sustainable Development: The Role of the Inter-American Development Bank". SDS/IND. Inter-American Development Bank, Washington, D.C. April.
- Faust, Franz. *El sistema médico entre los coyaimas y los natagaimas*.
- IDB. 1999. "Programa de Modernización y reforma del sector salud (AR-0120)". Informe de Proyecto, PR-2412. Inter-American Development Bank. Washington, D.C. July.
- PAHO. 2000. "Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information". Health of the Indigenous Peoples Series, No. 13. División of Health Systems and Services Development, PAHO/WHO, Washington, D.C. July.