



PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA

Acceso a Servicios de Salud Pertinentes



SALUD,

RAIZ Y FRUTO DEL DESARROLLO

Salud para todo el mundo. Un derecho universalmente reconocido que las comunidades y pueblos se afanan por convertir en realidad en un mundo desigual.

La Cooperación al Desarrollo reconoce e impulsa, en términos de igualdad, el esfuerzo de los menos favorecidos para mejorar sus condiciones de vida y lograr el desarrollo humano integral. Es un camino de ida y vuelta en el que todos aprendemos y estrechamos lazos de auténtica fraternidad.



**Gobierno
de Navarra**

Un compromiso de solidaridad que asume, con toda la ciudadanía, el Gobierno de Navarra.

NAVARRA CON LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

ÁFRICA IMPRESCINDIBLE

- 2** CRÓNICA DE UNAS JORNADAS
- 4** COOPERACIÓN EN ÁFRICA HOY
Entrevista con José Miguel Aranda.
- 6** LA MALDICIÓN DEL PETRÓLEO
Entrevista con Marc Niñerola.
- 9** BAMAKO 05, OTRO MUNDO
La Biental de Bamako en Pamplona.

PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA

- 10** LOS PUEBLOS INDÍGENAS
Javier Pagola.
- 11** RELACIÓN ENTRE SALUD Y
DESARROLLO PARA LOS PUEBLOS
INDÍGENAS
Fernando Carbone. Perú.
- 12** LA AGONÍA DE LOS PUEBLOS
OCULTOS
Miguel Angel Cabodevilla. Ecuador.
- 14** TIERRA Y TERRITORIO ANDINOS.
IMPACTO DE LA URBANIZACIÓN EN LA
SALUD INDÍGENA.
Felipe Durán Quispe. Bolivia.
- 16** ENCUENTRO CON LA SALUD DE UNA
COMUNIDAD CAMPESINA INDÍGENA
ANDINA.
Reportaje. Javier Pagola.
- 18** SALUD INTERCULTURAL EN LA
AMAZONÍA
X. Herrera y M. Lobo-Guerrero. Colombia
- 20** LOS OBJETIVOS DEL MILENIO Y LAS
PRIORIDADES EN SALUD INDÍGENA
María Rossi. Colombia.
- 22** LA MEDICINA TRADICIONAL MAYA.
Anabella Pérez. Guatemala
- 24** UN MODELO INCLUYENTE DE SALUD
PARA PUEBLOS INDÍGENAS DE
GUATEMALA
Juan C. Verdugo y Lidia Morales.
Guatemala.
- 26** MARIMBA DE SABERES, RETO PARA
TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE
SALUD
José Luis Albizu. Guatemala.

NOTICIAS DE MEDICUS MUNDI

- 28** MUNDINOVI, MARIONETAS PARA
DESPERTAR EN VALORES.
- 30** 6.117 PERSONAS VISITARON EL BUS
DEL MILENIO EN NAVARRA.
- 32** PACTO NAVARRO CONTRA LA
POBREZA. Y CAMPAÑA DE NAVIDAD



PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA Acceso a Servicios de Salud Pertinentes

Los Pueblos Indígenas de todo el mundo suman una población estimada en 370 millones de personas. Pertenecen a más de 6.000 etnias diferentes con su rica variedad de lenguas, su voluntad de ser y su propia forma de ver el mundo.

En América Latina y el Caribe existen 671 pueblos indígenas reconocidos por los diferentes estados. Estos pueblos han estado secularmente ubicados en los quintiles más pobres de cada país.

La ONU y la OIT reconocen la determinación y la garantía de los derechos de los pueblos indígenas, de manera especial a su tierra y territorio, como parte fundamental de los derechos humanos.

El subtítulo de nuestra portada, "Acceso a Servicios de Salud Adecuados", precisa el contenido de este número de la revista EL SUR. Sólo se garantizará el derecho a la salud si se parte de la idea y experiencia propias que las poblaciones indígenas tienen acerca del hecho de estar sano y de

enfermar. Y si, con un respetuoso enfoque y práctica de interculturalidad, se suprimen las barreras físicas, lingüísticas, culturales y económicas, para que miles de personas tengan acceso a un sistema comunitario que promueva y cuide la salud, y preste atención a quienes enferman.

Este número 25, símbolo de la madurez de esta publicación semestral de medicusmundi, se complementa con la crónica visual y literaria de las jornadas "África Imprescindible" celebradas este otoño en Pamplona.

La revista da noticia también de dos importantes iniciativas de nuestra organización. El proyecto de marionetas "Mundinovi" para despertar en valores ya en edades muy tempranas. Y el recorrido por Navarra de la Exposición "Bus del Milenio", que reclama, en su itinerario por todo nuestro país, el derecho universal a la salud y el cumplimiento, en el año 2015, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, acordados por los 189 países que forman parte de la Organización de las Naciones Unidas.

DIRECCIÓN	Javier Pagola.
COLABORACIONES	José Luis Albizu, Ramón Arozarena, Miguel Angel Cabodevilla, Fernando Carbone, Jesús Chocarro, Felipe Durán, Xochitl Herrera, Miguel Lobo-Guerrero, Lidia Morales, Montxo Oroz, Anabella Pérez, María Rossi, Juan Carlos Verdugo.
ILUSTRACIONES	Ricardo Pérez Mira.
FOTOGRAFÍAS	José Luis Albizu, BIENAL DE BAMAKO (Iroha, Kohl, Mauluka, Sibidé, Subotzky), Miguel Bergasa, Miguel Angel Cabodevilla, Fundación Etnollano, Joaquín Laborda, Marc Niñerola, Benito Pajares, José Luis Roig, medicusmundi.
ARCHIVO FOTOGRÁFICO	Helena Urzaiz.
DISEÑO	www.idagem.com
IMPRESIÓN	Gráficas Ulzama - Dep. Legal: NA: 2103-95

Edita: MEDICUS MUNDI NAVARRA
Ronda de las Ventas, 4 - 1º • 31600 BURLADA
Tel.: 948 13 15 10 • E mail: navarra@medicusmundi.es



Revista realizada con la colaboración del Gobierno de Navarra.
Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.



ÁFRICA IMPRESCINDIBLE 2007



2

HAY OTRA CARA DE ÁFRICA

“Occidente tiene una imagen fija de África, y no quiere cambiarla. Es la imagen de la pobreza, la selva, la guerra, el sida y el hambre. Eso existe, pero también hay otras cosas. Hay otra cara de África”.

Estas palabras del músico senegalés Youssou N'Dour abrían el programa de mano de las Jornadas “Al Sur del Sáhara. África Imprescindible” que, preparadas en consorcio por ocho organizaciones de Cooperación y Solidaridad Internacional y con la colaboración de la Universidad Pública de Navarra, llegaban este otoño a su séptima edición en Navarra. Ofrecían, esta vez, 10 actividades diferentes en 7 espacios distintos.

CINE PIONERO Y RECIENTE

Dos sesiones nos pusieron en relación con el cine de los albores y con el último grito de la cinematografía africana.

Las jornadas homenajeaban al padre del cine africano, el senegalés Ousmane Sembène, fallecido el pasado mes de junio a los 84 años de edad. Fue el autor del primer cortometraje de ficción producido en África hace 44 años: “Borom Sarret”, donde narra la vida de estibadores portuarios. Vimos su obra más representativa “EMITAI”, realizada en 1971 y muestra de un cine militante, muy crítico con el pasado colonial pero también con algunas tradiciones conformistas y mantenedoras de injusticia. Sembène, como escritor y cineasta ha mantenido una trayectoria coherente. En un continente con gran fuerza de la tradición oral y simbólica y con significativas tasas de analfabetismo, descubrió toda la fuerza expresiva del cine como vehículo de sensibilización y liberación.

Un cine estrictamente contemporáneo, en los ritmos y códigos narrativos nos brindó la película “Les Saignantes”, realizada en 2005 por el camerunés Jean Pierre Bekolo. Una historia algo sórdida de sexo, muerte y corrupción política, con una apreciable fotografía. La acción de la película se sitúa en el año 2025, y una pregunta escrita que aparecía ocupando toda la pantalla: “¿Como se puede hacer una película de anticipación en un país sin futuro?”, da la clave de la intención del cineasta: “Cuando se trata de África se habla, casi siempre, de su pasado o de su presente, pero se olvida el futuro. Y los africanos tenemos derecho a soñar un futuro mejor”

CONFLICTOS BÉLICOS Y RECONSTRUCCIÓN

Itziar Ruiz-Giménez, del Grupo de Estudios Africanos de la Universidad Autónoma de Madrid, hizo doblete. Por la mañana habló a universitarios acerca de “Conflictos bélicos y recursos”, por la tarde al público general sobre “Reconstrucción tras las Guerras”

Subrayó la enorme dificultad de homogeneizar los conflictos africanos y la necesidad de estudiar cada caso en su singularidad. Rechazó la actitud de definir la conflictividad como un “Nuevo barbarismo”, o la explosión de odios ancestrales, lo que conduce a “invisibilizar” otras responsabilidades. Opinó que los conflictos africanos se producen por la crisis y descomposición de los Estados, derivada en gran parte de las políticas neoliberales impuestas por el Fondo Monetario Internacional, y de la aparición de “Señores de la guerra” al servicio de redes transnacionales de explotación y saqueo de los recursos. Subrayó que el mapa de lo

conflictos coincide sintomáticamente con el de los recursos. Las víctimas pertenecen a la sociedad civil, que es también la gran protagonista, olvidada, de la resistencia a las violencias.

Al hablar sobre “los procesos de reconstrucción”, con un tono “afrooptimista”, indicó que, en los últimos años, los conflictos armados están disminuyendo, pero cuestionó la intervención de los organismos internacionales, básicamente militarista. Criticó la política de considerar a los “Señores de la guerra” como actores políticos internacionales, invitándoles a las cumbres y dándoles todo tipo de ayuda. Propuso la necesidad de potenciar a otros actores en los procesos de reconstrucción: asociaciones civiles, grupos de mujeres, y plataformas de iglesias. Denunció que la búsqueda de seguridad para los Estados prima sobre la preocupación por la seguridad y bienestar de los ciudadanos.

RITMOS MANDINGA PARA BAILAR

Babacar y los Diengoz, músicos senegaleses, combinaron percusión, baile y canto en el Auditorio de Burlada, lleno a rebosar. Mezclaron el estilo afro-oriental con el rap senegalés y la música tradicional. Brilló con luz propia Bekai Jorbateh, músico que toca la kora, arpa africana unida a la etnia mandinga. El líder del grupo, Babacar, con su tambor dirigió al público en un verdadero concierto participativo de palmas marcando ritmos y matizando intensidades fuertes o muy tenues; no en vano Babacar Dieng es el autor del único método que se ofrece en el mundo para aprender a tocar el djembe, un tambor construido con piel de cabra o becerro. Un grupo de senegaleses inmigrantes saltó espontáneamente al proscenio y entusiasmó con su modo, casi acrobático, de bailar.

INICIACION SIN MUTILACION

Adriana Kaplan, antropóloga, coordina simultáneamente en Gambia y en Cataluña un grupo interdisciplinar y una experiencia para estudiar y prevenir las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Su conferencia abarrotó la sala del Aulario de la Universidad Pública. Kaplan presentó un mapa de países donde se practica la mutilación genital femenina: es una banda que, del Atlántico al In-

dico, abarca todo el Sahel y lo desborda algo. La incidencia de la práctica varía, pero hay países como Guinea Conakry donde afecta al 90% de las mujeres, y la agresividad de la práctica es mayor en los países más orientales (Somalia, Etiopía) donde se realiza la infibulación. Tras la cumbre sobre Salud Sexual y Reproductiva de Kyoto muchos países han incorporado leyes que protegen a las niñas y mujeres adolescentes y prohíben estas prácticas, pero la ley no basta. Adriana Kaplan mostró cómo las razones religiosas, físicas y sociales que se esgrimen para mantener la mutilación sexual femenina se pueden desmontar con argumentos categóricos referidos al derecho a la libertad, integridad y salud. Un estudio realizado sobre población inmigrante en España muestra que en las Comunidades de Aragón y Cataluña es donde mayor riesgo potencial existe de que suceda esta práctica. A menudo se lleva a cabo durante los viajes de vacaciones a los países de origen de personas inmigrantes. La legislación española prohíbe, penaliza y persigue estas prácticas. Existe en Cataluña una red de centros de salud donde los profesionales sociosanitarios realizan una tarea comunitaria educativa y preventiva. La profesora Kaplan se mostró partidaria de este modelo de intervención y de que sea posible mantener rituales culturales de iniciación a la vida adulta, pero excluyendo todo tipo de mutilación o agresión.

LA MUÑECA DE HIERBAS: POESIA Y PINTURA

Un precioso poemario de temática africana fue presentado en un café literario por su autor losu Moracho, al que acompañaron en la lectura, en la Escuela de Teatro, varios actores del grupo Zarrapastra. Al par, en la Universidad Pública, se exhibieron las 24 pinturas expresionistas de Juanan Viedma que ilustran esta obra.

Cerramos esta crónica con un poema breve, intenso, duro, tomado del libro “La muñeca de hierbas”. Se titula “Ruanda”:

“Los niños muertos de hambre dan poca sombra. / Cuando alguien los cubra de tierra / ocuparán poco espacio. / Apenas se llorará su muerte / porque las lágrimas cuestan esfuerzo. / Pronto serán tierra, / aunque poca ... / Serán un breve poema.”



LA COOPERACION EN

4

RASGOS COMUNES EN LA COOPERACION DE LAS ONGD

Las Jornadas **ÁFRICA IMPRESCINDIBLE** pretendieron este año mostrar en una mesa redonda cómo trabajan en cooperación África las ONG de Desarrollo. Y se eligieron, como ejemplos ilustrativos, dos modos de hacer: Cooperación al Desarrollo de Servicios de Salud, e Incidencia Política y Vigilancia Social en zonas petroleras. El moderador, Javier Usoz, subrayó cuatro coincidencias fundamentales:

- A) La Cooperación no se basa en las carencias, sino en los derechos de las personas y los pueblos.
- B) Las ONGD del Norte no hacen trabajo directo. De ordinario son organizaciones socias y hermanadas (Copartes) de países del Sur las que llevan a cabo programas y proyectos. Ambas partes actúan juntas y en diálogo.
- C) Las acciones son, cada vez más, complejas y de larga duración.
- D) A los programas de desarrollo en África, deben acompañarles actividades de sensibilización y movilización ciudadana en nuestro país.



José Miguel Aranda es director de proyectos de medicusmundi navarra desde hace 13 años, a los que precedieron casi cinco como médico cooperante en Chad y otros tantos involucrado en actividades de cooperación en salud en Barcelona. Ha tenido ocasión de ver la evolución de la Cooperación en Salud durante los últimos 25 años.

DEL ASISTENCIALISMO O LOS DISTRITOS DE SALUD

-¿Cómo ha ido cambiando la idea de cooperación?

-Recuerdo que yo estaba trabajando en un hospital de África y no pasaba año sin que nos llegara desde España un contenedor lleno de toda clase de cosas. La mitad de ellas había que guardarlas en un almacén, que esta atiborrado, porque no sabíamos qué hacer con ellas. El coste de tales envíos, en muchos casos inservibles, resultaba altísimo. Y todavía hay personas que creen que la cooperación consiste en enviar cosas. La Cooperación en Salud es otra cosa. No se trata de "enviar" bienes materiales, ni personal, sino de ayudar a que los recursos existentes en cada país se aprovechen mejor.

-¿Qué son los Distritos de Salud?

-Todo el mundo sabe que en nuestro país existen Centros de Salud y Hospitales y que hay una relación funcional entre ellos, según una ordenación territorial en Áreas de Salud. En los países africanos es lo mismo. Desde los años 80 está en vigor la idea y la práctica de los Distritos de Salud: Un conjunto de Centros de Salud que sirven a una población determinada, que hacen prevención y promoción de salud y que atienden la inmensa mayoría de las demandas de atención sanitaria, y un Hospital de Referencia al que se derivan los pacientes necesitados de pruebas complementarias, atención hospitalaria o especializada.

-¿Qué ventajas aportan los Distritos de Salud?

-Imaginemos, por ejemplo, que a una fundación norteamericana se le ocurriera fundar un centro de trasplantes en un pequeño pueblo del pirineo navarro, supongamos Ochagavía, porque conocen a alguien de ese pueblo. Seguramente esa iniciativa no sería aceptada, y el Servicio Navarro de Salud sugeriría a esa generosa fundación que dedicara su dinero a otras necesidades sanitarias verdaderamente sentidas aquí, tales como mejorar algún servicio o ayudar a reducir listas de espera.

De modo semejante, los ministerios de salud de los países africanos tienen su zonificación, y desde finales de los 80, no somos partidarios de promover estructuras aisladas que crean inequidades territoriales; la opción es apoyar un desarrollo armónico del conjunto, aunque sea a un nivel más bajo: ayudar a crear y fortalecer los Distritos de Salud, para garantizar el acceso de la población en general a sus servicios, organizados de manera clara y funcional.

-¿Qué apoyo se presta a los ministerios de salud?

-Al frente de cada Distrito de Salud hay un equipo de profesionales del propio país, nombrado por el Ministerio: sanitarios, nutricionistas, administrativos, logistas, al que se ha encomendado la responsabilidad de que el Distrito funcione: deben formar al personal, supervisar su trabajo, y encargarse del equipamiento y suministros y de la gestión. Pero ese personal suele tener muy baja formación y muy esca-



ÁFRICA, HOY



COOPERACIÓN AL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

“El problema esencial es la formación y motivación constante del personal sanitario”

“Apoyar a los distritos de salud y priorizar la atención básica supone necesariamente largos plazos”

“Medicus Mundi procura la colaboración en red de centros públicos y privados de carácter social, y propone el modelo de contrato de servicios, validado y recomendado por la OMS”

“Todavía hay personas que creen que la cooperación consiste en enviar contenedores llenos de cosas”

sos medios materiales. Una tarea esencial de la cooperación es apoyar a esos equipos de profesionales que, a menudo, no pueden o no saben cómo hacer su trabajo. Esos equipos son nuestras verdaderas Copartes o Socios Locales. Nuestra tentación es sustituirles, enviar personal exterior que haga su tarea. Esa sería una práctica errónea, acaso asistencialista, que no ayudaría a consolidar y fortalecer con autonomía los servicios de salud básicos que cada país necesita.

LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

-¿Por qué importa priorizar la Atención Básica?

-La Atención Básica, horizontal, es la que se presta a través de los Distritos de Salud. Hay otras formas de atención no horizontal, programas verticales, que tienen por objetivo, por ejemplo, erradicar la poliomielitis o disminuir la transmisión del virus del sida de la madre al bebé. A esos objetivos hay que dedicarles recursos extraordinarios, sólo para ellos, olvidando todo lo demás. Creemos que hay que priorizar un enfoque integral, horizontal, de salud, con diversas componentes: formación del personal directivo, asistencia técnica, planificación de servicios, sistematización y buen uso de la información disponible, sistemas de vigilancia epidemiológica, supervisión de centros, mejora de la gestión, y aprovisionamiento de medicamentos esenciales, a largo plazo, a precio accesible y de calidad. Porque en África se vende mucho falso medicamento sin virtud terapéutica.

-¿Y qué pasa con las obras y equipamientos?

-Importa construir o rehabilitar hospitales y centros de salud, y equiparlos. Eso es necesario. Pero no es lo más importante. A las infraestructuras las hacen funcionar personas, y además tienen un coste de mantenimiento.

-La cooperación en salud, ¿exige largos plazos?

-Apoyar a los distritos de salud y mantener un enfoque horizontal de atención básica supone necesariamente largos plazos. Es un trabajo que exige años, paciencia, y objetivos muy modestos y muy realistas. No podemos, como a veces se nos exige desde las entidades financiadoras, conseguir resultados visibles a corto plazo.

LAS DIFICULTADES EN COOPERACIÓN SANITARIA

-¿Cuáles son los problemas y dificultades más comunes?

-Los problemas esenciales están ligados a las personas con las que trabajamos. Son ellas, y no los edificios ni las máquinas, las que hacen funcionar los servicios. Hay pocos profesionales sanitarios en África y, a menudo personal con formación media o baja de enfermería tiene que hacer frente a desafíos que correspondería a médicos bien formados. A quienes tienen formación universitaria en medicina no les gusta estar en las zonas rurales, prefieren vivir en las ciudades, donde ganan más dinero y tienen unas condiciones de vida mejores para ellos y sus familias. Hay una migración interna de sanitarios en África, pero hay un éxodo mucho más grave, una verdadera fuga de cerebros, una sangría de personal médico y de enfermería hacia Europa y Estados Unidos. **medicusmundi** y nuestras copartes tenemos cada vez más dificultades para encontrar técnicos que ofrezcan formación sanitaria en África.

Falta también un horizonte de futuro, porque la pobreza y las guerras son desafíos del día a día que impiden proyectar a largo plazo.

No puedo olvidar el entorno de pobreza y la presión familiar que explican muchos casos de corrupción del personal. Ante esos problemas hacemos lo mismo que se hace en Europa, ofrecer medidas de motivación: primas salariales vinculadas al desempeño y logro de resultados concretos, centros bien equipados, formación continuada, vivienda familiar de condiciones dignas en las zonas rurales. Pero tenemos cuidado de no crear una clase privilegiada, lo que pretendemos es que la buena motivación del personal sanitario se traduzca en mejoras para la población.



-¿Existen problemas con las Instituciones?

-Las ONGD del Norte no ejecutamos directamente los proyectos, sino a través de copartes o socios locales. A menudo trabajamos con asociaciones o con iglesias que no tienen ánimo de lucro, pero a veces sucede que tienden a privilegiar las estructuras propias que han ido creando. **medicusmundi** procura superar el enfrentamiento entre los modelos públicos y privados y pretende el trabajo eficaz en red apostando por la colaboración y el modelo de contrato de servicios, validado y recomendado por la Organización Mundial de la Salud, en el que se considera y respeta la titularidad pública o privada de los centros y el ministerio cede la gestión en base a unas condiciones fijadas. Pero los ministerios de salud suelen ser muy débiles en África, porque tienen pocos medios y escaso personal bien formado, ya que pagan salarios de miseria. Y ahí está la clave: en la falta de personal capacitado y motivado. Porque, simplemente, mejorando la gestión, ya se conseguiría bastante.

-¿Por qué no progresan los servicios de Salud en África?

-Detrás de todo está la pobreza. Existen soluciones, se conocen bien, y no son muy diferentes a las que pueda haber en Europa. Pero falta voluntad política para que las cosas cambien. En el contexto mundial, y en los gobiernos africanos. La ciudadanía europea debe movilizarse, reivindicar, participar en manifestaciones, sumarse a campañas internacionales. Y quien tenga información y sepa escribir o reflejarla, debe hacer lo posible por extenderla.

LA MALDICIÓN DEL PETRÓLEO

Un proyecto de incidencia política y vigilancia social en Chad

Esta foto, tomada en el sur de Chad, expresa la existencia de dos mundos diferentes en el mismo país. Las mujeres que van al mercado siguen viviendo en su contexto tradicional, junto a las explotaciones petrolíferas que en nada sirven para mejorar su vida ni la de sus familias



Foto: MARC NINEROLA

RECURSOS NATURALES: ¿RIQUEZA O DESGRACIA?

-¿Para un país, tener riquezas puede ser una desgracia?

-Esa paradoja se da, a menudo, porque los recursos naturales atraen intereses. Y esos intereses suscitan conflictos y guerras. Hay muchos casos en que las riquezas que ofrece la naturaleza no sirven para el desarrollo de un país y para mejorar la vida de su gente, sino que enriquecen, de manera exclusiva y desmesurada, a empresas transnacionales y a un pequeño grupo de gobernantes y partidarios suyos.

-¿Cómo es Chad?

-Un país del centro del Sahel subsahariano, muy extenso, como dos veces y media España y escasamente poblado por 9 millones de habitantes. Al norte viven ganaderos nómadas. El sur produce algodón, cacahuete, cereales y mango. Es un país con un potencial turístico por descubrir. Tiene un gran lago y mucha diversidad y belleza natural. Pero, la mayoría de la población vive en gran pobreza. Aunque hay dos grandes ríos, sólo un 27 % de la población tiene acceso a agua potable.

-¿Y qué pasa con la energía?

-El servicio de electricidad sólo llega al 1% de la gente. Si embargo, la central eléctrica que sirve para bombear los 400 pozos de petróleo, situados al sur, produce para ese único fin, una cantidad de energía diez veces mayor que la que se consume en la capital del país. Un petroducto que nace en Chad, atraviesa Camerún de norte a sur y termina en el Atlántico. Los buques cargan el petróleo y se lo llevan. No hay refinerías, ni se obtienen derivados. El Producto Interno Bruto de Chad equivale a sólo el 5% de lo que cada año factura la principal compañía extractora, la estadounidense EXON.

-¿Por qué las compañías explotan precisamente ahora el petróleo de Chad?

-Ya desde los años 60 se conocía los yacimientos de Chad. Pero la explotación llega ahora, debido al contexto internacional, la guerra de Irak, y el incremento del precio del barril. Oriente Medio dispone de casi dos tercios de las reservas mundiales, pero África se ha convertido en muy poco tiempo en exportadora de petróleo, porque interesa diversificar las fuentes, y porque, como el consumo africano es muy pequeño, casi todo lo que se

Marc Niñerola, trabaja en la sede central de Intermón Oxfam. Desde el año 2002 al 2005 estuvo en Chad como responsable de un programa de cooperación que se realiza con varias organizaciones chadianas, en torno a la extracción de petróleo y la posibilidad de obtener de ella recursos y posibilidades para invertir en el desarrollo económico y social del país. Todo en un contexto de luchas sociales por obtener información, participación y beneficios públicos para la ciudadanía y evitar daños para la salud y el medio ambiente.



7

produce se puede dedicar a la exportación. Desde 1980 a 2005 se ha multiplicado por tres el número de países africanos que producen petróleo. Y la exploración y explotación van a seguir creciendo por lo menos hasta el 2003, hasta que comience a agotarse el modelo energético vigente. Chad es ahora un pequeño productor de 200 mil barriles diarios, frente a los 2,6 millones de barriles que produce Nigeria, pero esa producción chadiana, dada la baja densidad de población, podría dar de sí para resolver muchas de las grandes necesidades de la gente.

DESTINO DEL PETRÓLEO Y DE LOS BENEFICIOS DE SU EXPLOTACIÓN

-¿A dónde va el petróleo que se extrae en África?

-El 61% de las exportaciones subsaharianas va a los EE.UU. Suponen el 25% del petróleo que importa esa gran potencia. África es inmune a la tensión de Medio Oriente. Los países africanos, en general, tienen instituciones frágiles, una fiscalidad bajísima, y ninguno de ellos piensa en nacionalizar el petróleo. Por lo tanto ofrecen un marco jurídico muy favorable a la inversión extranjera.

-¿Cuál es el desafío para la ciudadanía africana?

-Obviamente el desafío es que haya justicia económica y tratamiento adecuado en la explotación de esos recursos; considerar cómo se reparten los beneficios que el petróleo genera. Ese es el propósito de Intermón Oxfam, ayudar a los ciudadanos de Chad a organizarse y movilizarse, e intervenir mediante presión exterior para que los beneficios lleguen a la población, y para que las compañías cumplan las normativas internacionales sobre derechos humanos, transparencia en sus operaciones, e impactos sociales y ambientales.

-Y, ¿cuáles son las vías de intervención?

-Fomentar las instituciones democráticas, favorecer otro tipo de concepción del poder más participativo, luchar contra la cultura de la impunidad ante la corrupción, apoyar al Estado para que sea capaz de gestionar las riquezas. En definitiva: más Estado y más Ciudadanía.

-¿Qué supuso en el sur de Chad la llegada de las petroleras?

-En Chad, donde estábamos ocupados en proyectos para mejorar los medios de vida y la salud de la población, nos encontramos con que las organizaciones sociales con las que trabajábamos se estaban movilizando en contra del arranque del proyecto petrolero. Habían notado su impacto social y medioambiental, porque trajo consigo población inmigrante y aparición del sida, porque la inversión de más de 4.000 millones de dólares producía inflación y, sobre todo, excluía a la población de toda participación y beneficio social. Nadie sabía lo que se estaba negociando. Y a quien planteaba la cuestión se le

consideraba, de inmediato, un opositor político. Los campesinos de la zona petrolera no tenían capacidad de negociar y eran abrumados por los agentes de las compañías que llegaban protegidos por policías y soldados.

-¿En qué consisten la incidencia política y la vigilancia social?

-Una doble actividad en el propio país y en el exterior. Las organizaciones locales precisan apoyo, técnico y legal, para hacer eficaz la acción de sus plataformas sociales. Las organizaciones nacionales chadianas han de prestar atención y ayuda a esos grupos locales que se movilizan, denunciar los impactos ambientales y la vulneración de derechos humanos, y coordinarse con otras organizaciones de países petroleros vecinos como Nigeria o Camerún. Intermón Oxfam facilita medios para que esas organizaciones aprendan, organicen foros de discusión y realicen viajes de información y denuncia; así han podido estar con representantes del Parlamento Europeo, con el director del Banco Mundial en Washington y han podido discutir con EXON en Houston. Por otro lado, se trabaja con redes y alianzas internacionales exigiendo a las instituciones multilaterales más transparencia y otras políticas. Sobre todo presionando al Banco Mundial para que no aporte al sector petrolero fondos que están destinados al desarrollo y a la lucha contra la pobreza. Porque en la actualidad el 75% de esos fondos se están destinando a la explotación de hidrocarburos y minería extractiva, sin que aporten verdadero desarrollo humano, social y sostenible.

-¿Qué se ha conseguido?

-Las intervenciones ante el Banco Mundial lograron en Chad una ley, única en África, para la correcta gestión de los recursos petroleros, y la constitución de un comité independiente para el seguimiento de los ingresos petroleros en el país y evitar fugas y corrupción. El Banco Mundial dio también créditos al gobierno de Chad para mejorar la capacidad técnica de sus ministerios tanto desde el punto de vista de las finanzas como del seguimiento del impacto ambiental. Pero la sociedad civil pidió una moratoria y, sin embargo, el Banco Mundial dio la garantía política a los inversores para que arrancara el proyecto petrolero. En cuanto el gobierno de Chad comenzó a ingresar dinero –no se sabe cuánto– de las petroleras, el Banco Mundial ya no tuvo capacidad de influencia, la ley promulgada se anuló, y el presidente del país, Idriss Deby, está destinando ese dinero a sus propios fines, singularmente organizar la estructura bélica para defender su régimen y no a invertir en educación y salud como proponía la ley aprobada. Francia y EE.UU. apoyan al actual régimen chadiano, porque es el que asegura mejor sus intereses en la zona, explotaciones francesas de uranio y estadounidenses de petróleo.

Por vez primera en Pamplona,
la Bienal de Bamako

Exposición Fotográfica

Foto: MALICK SIBIDÉ



Foto: MALICK SIBIDÉ



Foto: JOHN MAULUKA



Foto: MIKAHEL SUBOTZKY



Foto: UEHECHUKW JAMES IROHA

BAMAKO 05: OTRO MUNDO

9

En 2005 se celebró en Bamako, capital de Malí, la VI edición de los Encuentros Africanos de Fotografía, que reunieron veteranos y nuevos talentos, con imágenes cautivantes y plurales, bajo el tema central “OTRO MUNDO”, que abre a otra realidad. La bienal de Bamako, cuya primera edición fue en 1994, ha alcanzado plena madurez y se ha convertido en un inmejorable espejo de la creatividad africana volcada hacia el futuro.

La muestra, producida por Cultures France y el Ministerio de Cultura de Malí, se expuso el invierno pasado en Barcelona y durante el verano en San Francisco (EE.UU.) Gracias a la colaboración de Pep Subirós del Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, pudimos traer a Pamplona, parte de la misma. 143 fotografías de 9 fotógrafos: Raymond Barthès de Madagascar, Uchechukwu James-Iroha, de Nigeria, John Kiyaya, de Tanzania, Helga Kohl, de Namibia, John Mauluka, de Zimbabwe, Francis Nii Obodai, de Ghana, Malick Sidibé, de Mali, Zaynab Toyosi-Odunsi, de Nigeria, y Mikahel Subotzky, de Sudáfrica.

Bamako 05 rindió un homenaje a dos de estos fotógrafos: John Mauluka y Malick Sidibé. Mauluka, fallecido en 2003, es considerado como uno de los pioneros del fotoperiodismo en el contexto de las luchas políticas y sociales de las dos Rodesias, hoy Zambia y Zimbabwe. Sus reportajes ponían de relieve, a veces con sutileza, la situación de los negros y los conflictos de la época colonial. Las fotografías de Sibidé, un apasionado del blanco y negro, mostraban a los jóvenes de Malí deseosos de entrar en la modernidad de los años 60, en una imitación ingenua de la moda e ídolos occidentales del momento, y esperanzados ante la perspectiva de la libertad e independencia.

Patxi París, comisario de la muestra, ponderó el valor técnico y estético de las fotografías. Los espacios de nuestra propuesta expresaron el empeño de “África Imprescindible” en incitar a contemplar con una mirada sin estereotipos la complejidad y riqueza de unas realidades que tendemos a simplificar o ignorar. Además de ofrecer esta exposición al público en general, se organizaron visitas guiadas para bachilleres. Nos parece una labor indispensable para que nuestros jóvenes conozcan y aprecien realidades tan cercanas y próximas en este mundo global.



Foto: HELGA KOHL

LOS PUEBLOS INDÍGENAS



Los Pueblos Indígenas, repartidos por toda la Tierra, desde el Ártico hasta el Pacífico Sur, suman una población estimada en 370 millones de personas, cálculo aproximado dada la insuficiencia y la difícil homologación de los censos y estudios demográficos. Son más de 6.000 etnias diferentes con sus particularidades culturales y lingüísticas, su voluntad de ser y su propia forma de ver el mundo.

Javier Pagola

Aunque algunas personas singulares han conseguido éxito, hasta alcanzar el gobierno en Estados Interculturales, los pueblos indígenas se esfuerzan en casi todo el mundo por obtener el reconocimiento de su identidad, su patrimonio (tierra y territorio, religión, ciencia, ideas, arte y cultura) y sus derechos. La situación demográfica, social, política y cultural de estos pueblos es diversa. Hay comunidades dueñas de su destino e insertas en el espacio internacional a través de las últimas tecnologías, las hay dramáticamente asimiladas e injustamente obligadas a abandonar su idioma y forma de vida de vida, y existen pueblos que han decidido continuar en el ocultamiento.

La ONU y la OIT reconocen la determinación y la garantía de los derechos de los pueblos indígenas, de manera especial a su tierra y territorio, como parte fundamental de los derechos humanos.

En América Latina y el Caribe existen 671 pueblos indígenas reconocidos por los diferentes estados. Las mayores cantidades absolutas y densidades demográficas se sitúan en Perú, Bolivia, México y Guatemala, y la mayoría se asienta, todavía, en zonas rurales. A pesar de lo que se ha avanzado en la metodología de los cuestionarios y estudios censales, todavía falta conocimiento demográfico: no se sabe con precisión quiénes y cuántas son las personas indígenas y dónde es-

tán. Ello se debe, en buena parte, a que, por muchas razones, ante la pregunta por su condición, muchos individuos no se autoidentifican como indígenas. Así pues, dependiendo de la fuente de información, se estima que en América Latina y el Caribe viven entre 30 y 50 millones de indígenas. Lograr visibilidad estadística es importante para llevar a cabo políticas diferenciadas, justas y atinadas, sobre todo en salud y educación. Y para evaluar en qué medida se está avanzando, bien entrado ya el siglo XXI, en la construcción de democracias pluriculturales. Otro tema emergente, y poco conocido todavía, es el de la migración internacional de los pueblos indígenas: desde 1990 se ha intensificado en magnitud y se ha diversificado en cuanto a orígenes y destinos.

Los pueblos indígenas de América Latina, según muestra un riguroso informe de La Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL. 2006) han estado secularmente ubicados en los quintiles más pobres de cada país. En varios países (Bolivia, Chile Ecuador, Guatemala, México y Nicaragua) la incidencia de la pobreza extrema en los indígenas es más del doble que la que se da en el resto de la población; en Panamá y en Paraguay llega a ser casi seis veces mayor. En este último país sólo un 18 por ciento de las jóvenes indígenas termina los estudios primarios. La inequidad es mayor cuando se trata de mujeres y niñas indígenas. ■

Huk umalla, huk maquilla, huk sunjulla

La Relación entre Salud y Desarrollo para los Pueblos Indígenas

11

(Una sola mente, una sola fuerza, un solo corazón)

Esta trilogía indivisible que proviene del pensamiento andino quechua, sintetiza un concepto de unidad común a todas las esferas de la vida de los pueblos indígenas americanos. Esta invisible forma de ordenamiento de su pensamiento lógico encuentra también eco en la forma como asumen el vínculo entre la salud y el desarrollo.

Desde hace una década, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como otros organismos internacionales involucrados en la lucha contra la pobreza y la promoción del desarrollo sostenible, reconocen que la mortalidad materna e infantil “son los mejores indicadores del desarrollo, la equidad y la justicia social en los pueblos”. Este principio se confirmó cuando la búsqueda de su disminución significativa se incluyó entre los objetivos del Milenio.

Me viene a la mente algo que escuché hace un buen número de años, viajando por la selva amazónica del sur oriente peruano; fue una de las mejores definiciones de salud y desarrollo vinculadas a los dos indicadores mencionados: “Nosotros queremos tener hijos para no perder nuestras tierras y desaparecer como pueblo; pero queremos que todos nazcan y vivan sanos y que nuestras mujeres no mueran dando a luz”. La afirmación venía de Eugenia Dávila, enfermera machiguenga, auténtica líderesa de los pueblos indígenas amazónicos, con los que desarrollábamos proyectos de educación y atención primaria de salud con adecuación cultural.

Para muchos pueblos indígenas, la disminución de su población ha sido y/o es sinónimo de la pérdida de su territorio y de la inexorable extinción de su grupo étnico familiar; por eso para ellos lo que en occidente llamaríamos familias numerosas (más de tres hijos) es una necesidad vital de sobrevivencia grupal, de clan étnico, de familia extensa; pero unen claramente a lo anterior la sobrevivencia adecuada y saludable de las personas, lo que al presente esta vinculado fuertemente a servicios de salud

de calidad y con adecuación cultural, sobre todo para la niñez y las mujeres. En buen romance: familias numerosas sí, y saludables también.

Esta no es una preocupación sólo de pueblos de origen amazónico. Los grupos de raíces andinas, sobre todo en las comunidades campesinas rurales de altura, que viven por encima de los 3,000 metros sobre el nivel del mar, reclaman, desde hace décadas, que las propuestas públicas sobre servicios de salud, que son las que han avanzado más en nuestros países, sean coherentes con el desarrollo de servicios educativos, de saneamiento básico, con articulación de sus territorios en el resto del país, el acceso a la cultura y la comunicación y la presencia de sus potenciales económico-productivos en los mercados.

Debemos recordar que los pueblos indígenas que muchas veces han vivido y/o viven asentados desde hace milenios en los territorios más ricos en materias primas de nuestros países, deberían por ello en justicia recibir todos los servicios básicos a los que el resto de la población accede, sin importar si su mantenimiento y sostenibilidad son en promedio más onerosos, justamente por el tema de difícil accesibilidad que caracteriza sus territorios o su modo disperso de asentarse en los mismos; **si el estado y la actividad privada valoran que vale la pena el esfuerzo y la inversión para explotar los recursos naturales de estos territorios, los pueblos indígenas, las personas que allí viven desde antaño, valen más.**

Hemos visito cómo muchos de los nuevos líderes de los pueblos indígenas han surgido entre los agentes comunitarios, los técnicos en salud y los profesores que nuestros proyectos ayudaron a impulsar en sus comunidades. Para ellos la unidad entre la salud y el desarrollo de sus pueblos es y será una fuerte convicción con grito propio: Huk Umalla, Huk Maquilla, Huk Sunjulla. ■



LA AGONÍA DE LOS PUEBLOS OCULTOS

“Podrían existir hasta 60 pueblos indígenas amerindios aún sin contactar”

“Para su desgracia, esas personas indígenas, viven sobre sus tesoros”

“La historia comprueba mortandades superiores al 80%, causadas por epidemias importadas”

Escogí la palabra agonía porque, en su sentido más habitual, significa el final de una vida. Pero, en una acepción original, se refiere a la lucha por la sobrevivencia.

Pues bien, a mi entender, así se encuentran hoy esos grupos de indígenas oriundos de América del Sur. A punto de un naufragio final, de un exterminio completo. Pero, al mismo tiempo, en una pelea que ellos seguramente perciben como última y desesperada. Se juegan, literalmente, la vida. Y quizá están perdiendo la batalla.



SE LES SUELE LLAMAR PUEBLOS AISLADOS

En una reunión tenida en Belem (Brasil), el año 2005, entre diversos representantes de la sociedad civil de siete países (Ecuador, Perú, Brasil, Venezuela, Colombia, Bolivia, Paraguay) se constató que podrían existir en estos países hasta 60 pueblos indígenas aún sin contactar, o tan solo con un precario contacto inicial. Desde luego Brasil y Perú se llevan la palma en cuanto a grupos y cantidad de indígenas aislados; también existen con certeza en Ecuador y Paraguay; no es tan clara su pervivencia en los otros, aunque sí los hay con un contacto muy inicial. Hay que decir que todos ellos juntos sumarán muy pocos miles de personas.

Algunas personas aún reaccionan ante estas noticias con estupor. ¿Es posible que existan aún pueblos amerindios sin ningún contacto? Lo es. Las enormes cuencas del Amazonas y del Orinoco aún conservan misterios sin resolver. Ciertamente sus rincones más inaccesibles, a cada momento lo son menos, pero aún persisten. Seguramente por muy poco tiempo ya. Y ese poco tiempo es el que les queda de vida a estos últimos clanes indios si no se toman medidas urgentes y eficaces.

¿Quiénes son esos indígenas? Los hay, en resumen, de dos tipos. Algunos de ellos sufrieron durante algún tiempo el contacto con los conquistadores europeos o sus indios asimilados y, golpeados por su violencia o las enfermedades ajenas, huyeron bosque adentro en busca de refugio para sobrevivir. Este fenómeno de contacto/rechazo se ha podido dar también más tarde, con las actuales sociedades nacionales americanas. Por otro lado existen grupos indígenas que no han tenido nunca un acercamiento con blanco/mestizos, fuera de enfrentamientos violentos en las selvas, y así se mantienen hasta hoy.

Cualquier palabra que empleemos para referirnos a ellos resulta inapropiada. Se les llama aislados, no contactados. O de otras formas semejantes. Evidentemente éstos son nuestros conceptos, etnocéntricos al máximo. Todo lo hacemos girar a nuestro alrededor. Nuestra cultura occidental se considera (absurda pretensión) el centro del mundo, las cosas (y las personas) existen en cuanto a su relación con nosotros. Por tanto, éstos son aislados o no contactados sólo para nosotros. Aunque ellos estén de lo más integrados en sus selvas y puedan tener entre sí, cuando se encuentran, relaciones cabales. Por mi parte les llamo ocultos. Quizá dice mejor, que es nuestra incompetencia la que no logra descubrirlos y conocerlos tal como ellos son.

EXTERMINIOS SUCESIVOS

La verdadera historia precolombina de los pueblos de Amerindia se va conociendo de a poco. Se ha contado, por lo general, muy mal, y siempre con enormes lagunas. Uno de los aspectos por los que se pasa como sobre ascuas, y que aún se discute, es el enorme genocidio que se dio allí desde la llamada Conquista, que incluso ha seguido perpetrándose en el curso histórico de las naciones americanas. ¿Cómo explicar que precisamente en los más extensos países (Canadá, EEUU, Argentina, Brasil, etc.) los indígenas existan en una proporción que ronda, o es menor, al uno por mil de la población?

Los especialistas en historia precolombina aceptan, por lo general, que una, entre las numerosas sorpresas que el Nuevo Mundo guardaba, era la extrema vulnerabilidad de sus gentes a las enfermedades de los europeos. Parece cosa de no creer, pero así resultó. Nadie tiene hoy la menor duda de que las bacterias y los virus procedentes de Europa causaron un efecto demoledor en las Américas. Lo mismo sucedió, cuando llegaron, con las enfermedades de origen africano, como la malaria y la fiebre amarilla.

La Peste Negra, símbolo por excelencia de una enfermedad virulenta, cuya primera incursión en Europa, entre 1347 y 1351, fue, en efecto, una epidemia en territorio virgen, y, por tanto, extremadamente mortífera, acabó con algo más de un tercio de los contagiados. La epidemia de gripe de 1918 (la mayor de las epidemias de los tiempos modernos hasta el advenimiento del sida) infectó a decenas de millones de personas en todo el mundo, pero no mató a más del 5% de sus víctimas.

Pero, ¿qué es eso frente a mortandades indígenas, comprobadas, donde se superaba el 80 y casi 90% de los contagiados? La velocidad y la dimensión de estas pérdidas "aturden a cualquiera", observa un historiador. Y plantea que esa es una de las razones de que los investigadores hayan sido durante tanto tiempo reacios a aceptarlas.

En efecto, existen algunas pruebas científicas de que, de modo tal vez sorprendente, los nativos americanos eran, por razones genéticas, insólitamente propensos a contraer las enfermedades causadas por los microbios o los virus de los extranjeros. La vulnerabilidad procedía, no sólo de la carencia de inmunidad adquirida (es decir, se trataba de enfermedades desconocidas y que, por tanto, no han forzado a defenderse a su sistema inmunológico), sino que, además, algunos investigadores consideran que, en cuanto grupo, los indios tenían una capacidad innata muy inferior a la hora de defenderse contra las enfermedades epidémicas que la de los europeos. La combinación de ambas deficiencias tuvo efectos devastadores. Hubo pandemias vastísimas, sumamente letales, que no tienen parangón en ningún otro momento de la historia en ningún continente.

Y tal cosa no sucedió sólo los primeros siglos del contacto, sino que sigue siendo la espada de Damocles amenazando a cualquier grupo que esté en fase semejante. De hecho tenemos ejemplos de lo mismo hasta nuestros días. Sin un cuidado extremo, cuando un grupo aislado se pone a nuestro alcance, tiene todas las posibilidades de quedar drásticamente mermado, o incluso desaparecer, en el primer contacto/contagio.

SOMBRAS ERRANTES

Las epidemias, como un voraz incendio, han convertido en cenizas a cualquier pueblo indígena. ¿Podemos imaginar siquiera lo que supone una pérdida así dentro de un grupo humano? Clanes, grupos enteros, con escasísimos supervivientes, quedan arrasados. Formas de vida valiosísimas, que han acumulado, a lo largo de los siglos, originales conocimientos culturales, se volatilizan igual que el vapor. Sin dejar apenas rastro. ¿Cómo reagruparse en medio de esa radical destrucción? ¿Qué ánimo siquiera de vida puede quedar entre los supervivientes? En Brasil es famoso, desde hace años el caso de un único sobreviviente de todo un grupo. Se le llama "el indio del hoy", porque vive dentro de la tierra, como en una madriguera, negándose a cualquier contacto. ¡Qué sueños, peor, qué pesadillas, deben poblar la cabeza de ese único superviviente de toda una nación!

En Ecuador hemos recogido hasta hoy mismo ejemplos de este exterminio, a veces silencioso y letal como la picadura de una serpiente. Ni siquiera hace falta tener un contacto físico con ellos. Basta que entren en contacto con nuestros detritus, con los rastros "civilizados" en la selva. La muerte puede llegarles por la apacible agua de los ríos, por el aire impalpable. ¡Ellos están ya rodeados de nuestra avidez por las últimas reservas selváticas! Minereros o madereros, turistas en busca de sendas desconocidas o misioneros a la caza de almas, militares, guerrilleros o narcotraficantes, cazadores selváticos, cualquier de estas formas de presencia ajenas a su mundo son un peligro fatal para su vida. ¡Y ellos lo desconocen!

Los países con grupos ocultos saben de esto, aunque miran hacia otro lado. Para su desgracia, esos indígenas viven sobre tesoros. Y la riqueza no perdona. Las últimas selvas intocadas son reservorios de minerales y petróleo, de maderas valiosas, de lugares apetecibles para el turismo de aventura o los negocios del narcotráfico. Están en fronteras nacionales gobernadas por ejércitos muy poco sensibles a estos problemas. Las leyes internacionales dicen que esas tierras pertenecen a los grupos sin contacto, pues ellos existen mucho antes que las fronteras y los países de hoy. Pero, ¿quién las acatará en esas zonas sin otra ley que la del más fuerte o más desalmado? Zonas, por otro lado, rodeadas de miseria. Ya se sabe que la pobreza extrema no cuida precisamente la vida de los más débiles.



Impacto de la urbanización en la Salud indígena

EL MANEJO DE LA TIERRA Y EL TERRITORIO EN EL ENTORNO ANDINO

Félix Durán Quispe
(ASI. Bolivia)



Foto: MIGUEL BERGASA

LA COMUNIDAD-TERRITORIO O “AYLLU”

En nuestra visión andina, la comunidad humana-territorial es el *Ayllu*, núcleo familiar estructurado de acuerdo al ordenamiento territorial *Ukhupacha* (trascendente), *Kaypacha* (circumpresente) y *Janajpacha* (inmanente), con una economía propia, de autosuficiencia. Se trata pues de las comunidades establecidas en una hoyada o microclima y el correspondiente territorio o comunidad solar, *Intij Ayllun*.

Los municipios del extremo Norte de Potosí, zona donde durante mucho tiempo se ha mantenido la organización del *Ayllu*, han sufrido en los últimos 20 años un cambio sustancial en la forma de vida, por el cambio climático, como consecuencia del aumento de las necesidades alimentarias, agravada por el mal manejo de los ecosistemas. Estas necesidades han producido similar situación en otras poblaciones, por problemas de desorden y rompimiento de la armonía de sus tierras, mala producción, e interés por las ganancias individuales.

EFFECTOS DE LA MIGRACIÓN

Hay grupos humanos que, perdiendo el sentido de comunidad, han migrado a otras poblaciones, como la ciudad de Cochabamba, en el corazón de Bolivia, justamente en el valle central, importante granero de la producción de maíz. Este valle ahora, por la modernidad, está siendo cubierto por el asfalto y el manejo de las plantas ornamentales, como sucede en los inmensos parques de la vieja Inglaterra, cuando nuestra necesidad nos obliga a disponer de parques de árboles frutales, reemplazando a las huertas familiares, para por lo menos paliar el hambre de los niños de la calle.

Hace 40 años teníamos la alegría de disfrutar de los huertos familiares de la Maica de Calacala y otros barrios donde los niños disfrutábamos de la *k'unqueada*, sacar del huerto de los vecinos cuanta fruta se podía sacudir y saborear con exquisito dulzor. Hoy todas esas calles se encuentra asfaltadas cubriendo el espacio vital no sólo de los frutales, sino de toda la producción agrícola en un ambiente geográfico reducido. Porque nosotros somos montañeses y tenemos pequeños espacios en estas hoyadas de microclimas a 2.800 metros de altitud, de cuyo manejo depende nuestra alimentación variada: maíz, papa, quinua y tubérculos secundarios: *papaliza*, *oca*, *izañu* y otros, muy completos como nutrientes.

Este es un gran problema. Hay un cinturón de pobreza, que circunda al casco viejo, por la migración de la mayoría de los hermanos que están dejando el campo por la

falta de apoyo de los gobiernos de turno. Se ven obligados a dejar su *jant'a* o territorio laboral, que es la unidad donde la actividad laboral de subsistencia familiar es común al conjunto de familias asentadas en un territorio.

HOMBRE - TERRITORIO

En la visión Andina tradicional estos dos conceptos constituyen una misma y única realidad inseparable. Existe primero un espacio territorial amplio, que es el territorio unitario mas extenso, *Jatun llajta* o propiamente "suelo", como por ejemplo los tres valles de Cochabamba, con su entorno de diversidad agro-climática como son sus alturas de estancia, y los *yungas* sud-tropicales que articulan su vertiente amazónica y que constituyen el complemento de sus recursos regionales.

Del manejo de este territorio depende la diversidad de alimentos que, por la actividad de intercambio propio de las comunidades andinas, se fue logrando con un manejo apropiado de los tres pisos ecológicos. En la actualidad, por la gran migración, las alturas sufren la despoblación de gente joven, que se concentra en los valles y subtrópico. Eso provoca un mal uso del suelo de estas zonas. Como consecuencia tenemos la deforestación por la tala indiscriminada de árboles nativos, y el debilitamiento y muerte de la fauna, y, por tanto pérdida de nuestra vitalidad.

PROVINCIAS Y CANTONES DEPARTAMENTALES

La actual división Política Nacional en Bolivia, impuesta por la Colonia, agravada por la República, y sustentada por las leyes del derecho Romano Occidental, destruyeron el ordenamiento orgánico territorial del *Tawantinsuyu* y hoy constituye la mayor injusticia, ya que desconoce los Derechos Naturales y Originarios de cada una de las etnias de nuestro Territorio Nacional.

Deberíamos recuperar y manejar el Derecho Andino, y con él la propia dignidad en las venideras generaciones de campesinos y originarios de nuestra realidad multi-étnica. Sin duda los grandes problemas, que inciden en el desorden y el rompimiento del equilibrio y la armonía, derivan del poco conocimiento de nuestra realidad y sistema de organización, empeorando más aún la actividad cotidiana, suplantada por la modernidad impuesta.

Para nosotros, los andinos la justicia comunitaria consiste en encarar los problemas humanos con responsabilidad en la vertiente de la dignidad.

EL INADECUADO MANEJO DE LA TIERRA

Nuestros centros de enseñanza especializados mantienen la visión europea. Todavía en la actualidad se sigue forestando las montañas con árboles de eucalipto y pinos, como sucede en los Alpes suizos, territorio alimentado por las aguas de los glaciares, que es propio para pinos y eucaliptos. En el nuestro afectan al ámbito climático, y peor aún, destruyen especies nativas tanto en la flora como en la fauna. Al perder cada uno de los elementos de nuestro propio entorno se pierde nuestra vitalidad. Cada vez que desaparece una especie, la sangre humana pierde vitalidad necesaria para la salud, porque se está perdiendo la energía interrelativa de todo el espacio vivo en el que habitamos.

Deberíamos de ser capaces de atender a las especies nativas y a la diversidad de arbustos propios de nuestra geografía montañosa: retama, *waylla*, algarrobo. No damos cuenta de ello es no responder al orden y armonía y romper el equilibrio de las montañas. También en este desequilibrio, son parte las ovejas depredadoras del poco pasto que crece por debajo de los arbustos que mantienen la humedad. Es peor aún la manera de alimentarse que tienen las cabras cortando los brotes de crecimiento de los arbustos. Además, perjudica mucho a las familias campesinas el cuidado laborioso que supone alimentar a estos animales, incluida la vaca, de los que se obtiene escaso provecho alimenticio. Apenas se come su carne, pues tal vez una familia que dispone de 15 ó 20 ovejas, algunas cabras y una vaca, come dos ovejas al año y bebe un vaso de leche a la semana. No es lo que se espera como solución al empobrecimiento, por ese mal manejo que sólo lleva al hambre, la desnutrición y la miseria.

RECUPERAR Y ASEGURAR LOS BIENES ORIGINARIOS

La primera obligación de nuestro pueblo es la de conservar, garantizar y recuperar todos los recursos perdidos o bienes originarios, además de investigar el impacto de los elementos ajenos introducidos en el propio territorio, tales como especies vegetales y animales, y decidir sobre su permanencia o erradicación. Es un impacto que merece un análisis serio, que abarque también, a la conformación de ciudades.

Intij llawarinqa, la familia solar, este es el espacio familiar íntimo del terreno que cada familia puede disponer, para su solaz, y que debe ser además suficientemente extenso para cubrir las necesidades alimentarias mínimas y cotidianas de todos los miembros de la familia. Sus productos agrícolas pueden ser intercambiados por el trueque. En la actualidad es necesario recuperar esta pérdida por la conformación del cinturón o anillo de la pobreza en las ciudades. Por tanto es buscar el retorno al lugar de origen y dedicarnos a la producción, evitando el 80% de consumidores de la población boliviana.

SALUD Y VIDA EN LA COSMOVISIÓN ANDINA

Salud:

El Sol simboliza o sintetiza el espíritu tutelar de la salud y por lo tanto los ritos de salud están relacionados con sus símbolos circunstanciales.

Vida:

Es la expresión particular, global y permanente de un orden trascendente, espiritual o cósmico. Se manifiesta en un ordenamiento orgánico real y perceptible y no solamente sensible, que perpetúa la vida y la renueva constantemente. Dentro de este ordenamiento el conjunto HOMBRE-MUJER es un ser nuclear o responsable del orden y la vida que lo rodea. Posición central, que podemos expresar, como la del sujeto responsables de guardar el orden o equilibrio armónico vital o general o ECO-GEO-BIOTÓPICO, que también es trascendente a un orden global o cósmico.

El primer impacto que produce el desorden comunitario actual son los trastornos psicossomáticos. Culmina en frustración, primero por la pérdida de identidad y, segundo, por la pérdida del espacio vital, que tiende a disminuir la resistencia orgánica y, como consecuencia, puede ocasionar una serie de desórdenes psicoorgánicos.

Encuentro con la salud de una comunidad campesina indígena andina



UN DIA ENTERO DE VIAJE

Es precisa una jornada entera de viaje, para llegar desde La Paz hasta Chiro Q'asa, la quebrada donde azota el aire, en el altiplano andino de Norte de Potosí. Quien madrugaba ha de hacer un largo viaje en autobús hasta Oruro, la ciudad que se quedó, casi del todo, sin mineros, pero donde se sigue fabricando la mejor cerveza de Bolivia y se celebran los más famosos carnavales del país. Luego hay que entrar en *movilidad*, casi cabalgando, por pistas que ganan altura en un páramo áspero, enteramente deforestado. Al cabo de tres buenas horas se alcanza Sacaca, pequeña mancha a la que dan verdor huertas mínimas y escasos árboles, en un cuadrículado urbanismo heredero de la Colonia. Y aún queda otro tanto para llegar a nuestro destino.

La luz suave de poniente convierte en oro los brotes de paja brava. Por una senda viene un rebañito de llamas con cintas de colores en sus orejas y una carga, muy ligera, de leña. Lo conduce una mujer que, mientras camina, no cesa de hilar en el cono de su rueca. Algo más atrás, camina su esposo con el largo varal del arado cargado sobre el hombro. El sol, que quemaba a mediodía, ya no calienta, pero ella y él van cubiertos y bien abrigados. Calzan abarcas. Toda su indumentaria: la ropa de lino y lana, el awayo pardo que sirve de mochila

para el transporte, las abarcas de caucho, y los sombreros de fieltro acartonado mezcla de arena ardiente y hebras repeinadas de pelo de oveja, se ha elaborado en los talleres de la comunidad o en su propia casa.

CUANDO LLEGA LA NOCHE

Son las siete y anochece. Hemos llegado a Chiro Q'asa cuando ya aparecen las primeras estrellas. Hace frío. Esta es la comunidad mayor y central entre las más de sesenta, pequeñas y dispersas, que forman, dentro de la subalcaldía indígena, el *Jatun Ayllu Q'ayana*. *Jatun* quiere decir grande, *Ayllu* podría traducirse bien como concejo, pero salvando la distancia cultural de una institución originaria de gobierno local, y *Q'ayana* es una preciosa palabra sin equivalente en castellano. Es la explanada que hay delante de cada vivienda donde las papas se deshidratan expuestas tres días al sol y luego se someten al hielo de la noche serena. Así, oscurecidas y arrugadas, sin necesidad de ningún conservante, convertidas en chuño, se pueden guardar durante años, almacenadas en algún rincón a salvo de roedores.

No hay luz en las calles de Chiro. Ni asfalto. Pequeñas ventanas en las casas de piedra y adobe transparentan la apagada iluminación que dan el queroseno y las velas de parafina. Sale por la chimeneas el humo de

las cocinas mejoradas. Mejoradas quiere decir que se ha elevado algo la altura del hogar y que una rústica campana con tubo metálico se lleva fuera la humareda que antes irritaba y hacía toser. El agua la tomó la mujer de la fuente cercana. Hoy, como llegaba el gringo, la cena no ha sido tan frugal. A las papas cocidas se les añadió algo de arroz y fideo, hubo un trozo de queso con un pancito redondo, y terminamos con una dulce, digestónica, infusión de oca. Radio Pío XII de Llallagua que nos acompañó durante el viaje con música de charango y canciones de Luzmila Carpio, transmite ahora noticias en quechua y aymara.

Antes de acostarnos hemos paseado sólo unos metros, cerca del pueblo. No hay luna y el firmamento enseña un fulgor claro de estrellas y constelaciones australes. Felipa me ha hecho ver la Cruz del Sur y los Ojos de la Llamita. Esta noche heladora, cubierto con cuatro mantas, apenas he dormido. Yo creía que el animal más madrugador era el gallo que, desde luego, ha cantado, pero el que no tenía hoy sueño era el burrito que ha atronado en el silencio con sonoros, repetidos, dilatados rebuznos.

LA VIDA DIARIA EN EL ALTIPLANO

La gente se ha levantado temprano. Genoveva ha sido la primera, mucho antes de que apareciera el sol. Ha ido al corral y



Fotos: JOSÉ LUIS ROIG

ha llenado de excremento de ovejas el serón que llevarán para abonar. Luego ha preparado el desayuno, en el que nunca hay leche, ni café, sino un caldo hecho con papas, cebolla, y un poco de verdura. Ahora es posible probar habas, zanahorias y alguna otra hortaliza. Comer carne es cosa rara, como de día de mucha fiesta: algún cui, alguna gallina, o cecina de llama o de oveja secada al sol en los alambres. La dieta ha mejorado gracias a los fitotodos y los riegos con aspersores que aprovechan la escasa agua disponible, con pequeños embalses y tubos de conducción.

¿Quién va a ducharse si el agua es escasa y fría? Basta con hacer en la fuente el lavado del gato. Ya dicen, ya, que en el tejado de la casa comunal han puesto unos pucheros de metal donde el agua está caliente a mediodía, y a veces es posible asearse más despacio.

Marcelino, el esposo, ha ido a cultivar, lejos de casa, con el asno y los aperos. Ella suele seguirle luego a la chacra, conduciendo las ovejas, después de preparar la comida que los pequeños llevarán a la escuela envuelta en un trapo bien anudado. Chicos y chicas, formando un grupo, van caminando a la escuela, los días que no llueve fuerte y cuando se puede atravesar los barrancos. No hay menos de dos horas hasta el colegio, pero ahora da gusto ir, porque la señora maestra enseña en castellano y en ayma-

ra, cuenta bonitas historias antiguas de los *achachilas* y de chicos y chicas de todo el mundo, se aprenden cantos y bailes con queña y charango, y se hacen tareas en grupo.

Genoveva espera a su sexto hijo, está de ocho meses y ayer fue al centro de salud, donde le dijeron que todo marcha bien. Quiere dar a luz en su propia casa, como ha hecho siempre. Le asistirá la comadrona y Marcelino, su esposo estará a su lado. Ya piensan en la nueva casa de adobes y teja que van a construir el año que viene para toda la familia. Habrá una fuente junto a la puerta, algunos árboles, y el corral estará alejado.

Hoy, por la tarde, los dos hijos mayores cuidarán y encerrarán las ovejas. La pareja irá al centro comunal del ayllu. Viene hoy el agrónomo que dará unas sesiones prácticas para desparasitar al ganado a toda la asociación de productores y

productoras. Luego harán los dos un ejercicio con la monitora, para mejorar la lectura y hacer más fáciles las cuentas de los ingresos y los egresos que hace la pareja. Los dos, hombre y mujer, cada vez más unidos, más iguales, porque, como dice la monitora, el cóndor no puede volar con una sola ala, para remontar el vuelo y llegar alto, necesita las dos alas, con una sola no puede.

El jueves se reunirá el Consejo del Ayllu, en el que ahora tienen voz y voto por igual hombres y mujeres. Hablarán de los trabajos comunales para replantar árboles, cuidar caminos, cercar pastos nuevos y rehacer escolleras que frenen la erosión. Se mostrarán los avances y nuevos diseños del taller de textiles, acomodados al gusto de la ciudad donde se llevarán a vender, sin intermediarios. Se decidirá la hora de salida del camión de ganado que irá a la feria de Sacaca. Y al acabar la reunión todos visitarán la botica donde se han vuelto a elaborar, ahora de manera comunitaria con plantas autóctonas y recetas tradicionales, medicamentos eficaces para afecciones digestivas, renales y respiratorias, traumatismos, contusiones y reumas.

Es lo que puede el esfuerzo de voluntades unidas. Para ello hace falta entrenamiento participativo: sugerir, dialogar, llegar a acuerdos, coordinar tareas y recursos, aceptar que cada día se aprende de los técnicos y de la experiencia. Crece la confianza cuando se convienen propuestas claras, se actúa con transparencia y se cumple la palabra dada. La voluntad de vivir y de mejorar la vida lo puede superar todo. Esa es la comunidad saludable a cuyo encuentro íbamos. Y la hemos encontrado.



SALUD INTERCULTURAL EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONIA

GRANDIOSO ESPACIO DE DIVERSIDAD HUMANA AMENAZADA

La Amazonía ocupa cerca de la mitad de la extensión de América del Sur. Es una región diversa no sólo en especies animales y vegetales, en paisajes y ecosistemas. Diversa también en culturas, en formas de organizar la vida familiar y social, de interpretar y manejar el mundo.

La Amazonía no sólo alberga el bosque tropical más extenso y biodiverso del mundo, con alrededor de 8 millones de kilómetros cuadrados –el tamaño de Europa. Alberga también alrededor de 380 pueblos indígenas lingüística y culturalmente diferentes, enfrentados a situaciones muy diversas de contacto y de cambio sociocultural.

Más de 60 de estos pueblos o grupos indígenas permanecen ocultos en medio de la selva amazónica, sin contactos con otros pueblos o con la sociedad moderna. Son pueblos no contactados o que rehuyen el contacto, y sobre los cuales sólo se sabe por las huellas que dejan. Otros muchos pueblos indígenas de la Amazonía, que mantienen contactos esporádicos o frecuentes con las sociedades nacionales, habitan en grandes territorios poco intervenidos, en bosques tropicales que se conservan gracias precisamente a la protección de los indígenas y a su forma de vida respetuosa del ambiente. Otras regiones de la Amazonía han sido intervenidas con explotaciones mineras o de hidrocarburos, o han sido afectadas por conflictos armados, o por el narcotráfico. Allí habitan también otros pueblos indígenas, en zonas muy intervenidas y ecológicamente degradadas. Esos conflictos e intervenciones han incidido en la afluencia de la población indígena a los centros urbanos. Ciudades como Manaos en Brasil, Leticia o Inírida en Colombia, o Iquitos en Perú, cuentan con barrios indígenas cada vez más extensos, en condiciones de vida que suelen ser muy precarias.

PROGRAMAS INTERCULTURALES DE SALUD

La dispersión geográfica de estas poblaciones indígenas, su diversidad cultural y la diferencia de las situaciones sociales y epidemiológicas que enfrentan, suponen un reto enorme a la hora de planear y ejecutar programas nacionales o regionales de salud. Algunos de los países de la Cuenca Amazónica, como Brasil, Colombia y Venezuela, han incorporado claramente en sus nuevas constituciones políticas la multiculturalidad, declarándose como estados multiétnicos y pluriculturales. Pero el desarrollo de políticas y estrategias que permitan llevar a la práctica esta multiculturalidad dista mucho de ser una realidad. El reto de construir estados multiculturales es todavía un proceso en curso.

Por no tomar en cuenta esta gran diversidad de situaciones y culturas, muchas estrategias y programas han fracasado, al pretender aplicar soluciones homogéneas y estandarizadas a comuni-

dades con problemas, culturas y situaciones diferentes. Es el caso, por ejemplo, de las campañas de letrización que en algunos países se implementaron en las décadas pasadas, instalando tazas sanitarias o letrinas en forma masiva en varias regiones de la Amazonía. La movilidad de algunas comunidades, las creencias de otras y la existencia de problemas más prioritarios en muchas otras más, han hecho que hoy sea frecuente encontrar en muchas comunidades estas tazas sanitarias cumpliendo los papeles más diversos: Como floreros o materas, como soportes en los extremos de una tabla para sentarse en las reuniones, o como recipiente en la cocina para guardar las pepas de moriche (frutos de una palmera). Campañas como las de hervir el agua, lavarse las manos o hacer los fogones altos, en las cuales se invirtieron muchos recursos, tuvieron un impacto muy dudoso en muchas comunidades, en las cuales desde luego no eran temas prioritarios o soluciones culturalmente adecuadas.

Es que para trabajar en medio de la diversidad la única receta válida es trabajar desde lo local, no a partir de políticas generales y homogéneas, sino construyendo los programas con las comunidades, de acuerdo a sus situaciones epidemiológicas particulares, a sus necesidades sentidas y a sus recursos culturales.

DIFICULTADES Y LOGROS

Pero construir programas interculturales es una tarea difícil. Se tiene claro que el requisito indispensable es partir de una actitud de tolerancia y respeto por las diversas maneras de ser y de pensar. Pero aun teniendo esa actitud, la tarea es difícil por cuanto no existen recetas, protocolos o manuales aplicables a cada situación. Existen sin embargo valiosas experiencias locales de construcción de programas interculturales de salud, que se están desarrollando en la Amazonía por partes de asociaciones de autoridades indígenas, de organizaciones de mujeres o de promotores de salud, con apoyo generalmente de organizaciones no gubernamentales.

El examen de algunas de estas experiencias locales, realizado en el marco de los intercambios de experiencias promovidos por la Red de Salud Indígena Amazónica, permite sacar algunas conclusiones, sencillas pero interesantes, sobre lo que funciona y lo que no funciona para el desarrollo de modelos culturalmente adecuados de atención en salud.

Una conclusión, ya señalada, es que la interculturalidad hay que construirla, a través del diálogo y la concertación en la comunidad local, en la aldea indígena o la maloca.

La maloca es una casa grande, circular o rectangular, en la que habita una gran familia extensa. A veces coincide con la aldea, pero también hay casos de aldeas con dos o tres malocas. La maloca en la Amazonía es muy importante, pues es a la vez residencia y sitio de ceremonias y rituales. El jefe de la maloca es ge-

RESCATAR Y MEJORAR LA TRADICION INDÍGENA

EN LA AMAZONIA, QUIZAS MAS QUE EN CUALQUIER OTRA REGION DEL MUNDO, EL DESARROLLO DE POLITICAS ADECUADAS DE ATENCION EN SALUD SE ENFRENTA AL RETO DE CONSTRUIR EN MEDIO DE LA DIVERSIDAD.

LOS SISTEMAS TRADICIONALES INDIGENAS SE BASAN EN UNA COMPRESION DE LA SALUD COMO RESULTADO DE LA ARMONIA Y EQUILIBRIO CON LA NATURALEZA Y CON LOS INDIVIDUOS Y LA SOCIEDAD. EL RESCATE DE ESTOS SISTEMAS TRADICIONALES VA MUCHO MAS ALLA DE LOS ASPECTOS QUE OCCIDENTE CONSIDERA COMO MEDICOS, INVOLUCRANDO TODA LA VIDA DE LA COMUNIDAD Y SUS RELACIONES CON EL ENTORNO, ENTORNO DEL CUAL FORMAN PARTE TAMBIEN LAS OTRAS CULTURAS.



ARTICULAR VIVENCIAS Y SABERES INDÍGENAS Y OCCIDENTALES

La articulación de los sistemas de salud indígenas y occidentales es el otro componente fundamental de estos programas. Los programas locales de salud que han logrado mayores avances en esta materia, como el de la Asociación de Capitanes Indígenas del río Mirití, en el Amazonas colombiano, o el de las asociaciones de mujeres indígenas de la frontera colombo-venezolana del río Orinoco, en el norte de la Amazonía, o el implementado por el Programa de Salud Indígena en algunas zonas de la Amazonía peruana, han obtenido resultados muy importantes y sostenibles al partir del rescate y fortalecimiento de los sistemas indígenas de salud, articulando a ellos los aspectos del sistema médico occidental que resultan adecuados.

No se trata ya de articular a los sistemas oficiales de salud algunos aspectos de la medicina indígena, sino al contrario. Lo que se busca es rescatar y consolidar los sistemas indígenas tradicionales, y articular a ellos solamente aquellos conocimientos o prácticas de la medicina occidental que resultan eficaces y apropiados.

Hoy en día, cuando en el mundo la búsqueda de estrategias de convivencia multicultural se hace cada vez más urgente, las experiencias interculturales que están construyendo los pueblos indígenas de la Amazonía revisten una importancia fundamental.

neralmente el chamán. Hay unas malocas enormes y hermosas, que albergan hasta 30 o 40 personas (8 familias). Algunas son techadas con palmas de moriche.

“Lo intercultural no se puede construir desde una cultura. Hay que generar espacios de participación y de diálogo intercultural”, decía alguno de los indígenas participantes en los encuentros de la Red. “No funciona bien lo que no se construye desde lo local, con la comunidad”, señalaba otro.

Examinando estos programas comunitarios interculturales, se ve también claramente que el modelo que mejor funciona es el que toma como eje de reflexión la información local levantada por los promotores o agentes indígenas de salud, en el marco de sistemas comunitarios y biculturales de información en salud.



Los Objetivos Del Milenio y las prioridades en salud indígena

LA EQUIDAD SÓLO ES POSIBLE RESPETANDO LA AUTONOMÍA Y LAS DIFERENCIAS CULTURALES DE LOS PUEBLOS

Las cifras globales en las que se fundamentan los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio desdibujan la diversidad del mundo y se apoyan en proyectos políticos mundiales que no necesariamente corresponden con los rumbos deseados por los pueblos indígenas de la Amazonía. De esta manera, se convierten en una imposición política para los pueblos indígenas, imposición que además carece de fundamentos precisos.

La definición de prioridades en salud y desarrollo no debe provenir solamente de decisiones globales, por el contrario, debe fundamentarse en procesos locales de diagnóstico, análisis de necesidades y oportunidades, y establecimiento de prioridades. Así, se deben plantear objetivos, metas concretas y estrategias que realmente mejoren las condiciones de vida, de una forma integral, viable, sostenible y respetuosa de la identidad cultural de los pueblos. De lo contrario, las estrategias o acciones en salud y desarrollo pueden generar nuevas necesidades y nuevas condiciones de pobreza, o perpetuar relaciones de dependencia, marginalidad y subordinación social, económica y política.



Foto: MARIA ROSSI

DIVERSO MODO DE ENTENDER Y VIVIR LA SALUD Y EL DESARROLLO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un pacto mundial para ayudar a los más pobres del mundo y alcanzar un desarrollo justo y equitativo a nivel mundial, involucrando nociones de pobreza, desarrollo y salud, entre otras.

Pero, la idea y la experiencia de salud, de bienestar y de desarrollo no son universales; cambian de acuerdo a diferencias sociales, culturales, ambientales y políticas. De la misma manera cambian los indicadores de bienestar, y los caminos para alcanzarlo. El respeto a estas diferencias es un paso en la construcción de relaciones equitativas entre los pueblos. Y la equidad es fundamental para construir mejores condiciones de vida para la humanidad en su conjunto.

Los antropólogos Dominique Buchillet, Dominique Gallois y Jean Langdom han observado y explicado muy bien cuáles son la idea y la experiencia de estar sano o enfermo para los pueblos indígenas de la Amazonía.

La salud no se refiere sólo a los cuerpos individuales, sino más bien a las relaciones sociales y el bienestar colectivo. Y la enfermedad responde a un desequilibrio que se produce cuando se rompen normas que la sociedad ha establecido: su interpretación del mundo, su historia y su organización social.

La salud tiene que ver con las posibilidades concretas que tiene un pueblo de conservar y actualizar su organización y cultura, y de satisfacer las necesidades de sus miembros sin romper los lazos comunitarios. La salud es un proceso colectivo. La búsqueda de una "buena salud" tiene entre sus metas modificar o regular las relaciones políticas, económicas o culturales que relacionan a los grupos. Y los servicios de salud se inscriben en las relaciones sociales existentes, y sirven para perpetuarlas o para modificarlas.

CRÍTICA, DESDE COLOMBIA, A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Las metas de salud señaladas en los Objetivos del Milenio son deseables, aun a pesar de las diferencias locales, pero no constituyen en sí mismas la solución a los problemas que han hecho necesarias estas metas. Los problemas obedecen a procesos sociales, económicos, cultura-



Foto: DYA (ECUADOR)

les y políticos, diferentes en muchos lugares del planeta, y no serán solucionados mientras no sean reconocidos en su especificidad, y abordados a partir de las condiciones, oportunidades y necesidades locales concretas.

Las metas del Milenio para Colombia se enmarcan en la construcción de un país equitativo e incluyente, considerando que, como dice el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, los Objetivos Del Milenio, representan “una luz de esperanza para la mitad de la humanidad, a la cual no han llegado sino las migajas del desarrollo”. Se busca garantizar a los más pobres los niveles mínimos para una vida digna, en áreas de salud, educación, equidad de género, acceso a recursos, bienes y servicios, participación política y sostenibilidad ambiental.

Esos niveles mínimos fueron definidos internacionalmente, buscando indicadores concretos y específicos, que puedan ser evaluados, al llegar el año 2015, en todo el mundo. En Colombia se establecieron los indicadores, a partir de evaluaciones de las condiciones actuales nacionales. Se pretende que estos indicadores reflejen las condiciones de bienestar del pueblo colombiano, y detrás de eso está la suposición de que el pueblo colombiano es uno y homogéneo, y por lo tanto, entiende de una misma manera conceptos como desarrollo o salud, tiene las mismas necesidades y podrá satisfacerlas de la misma manera. Pero al mismo tiempo se reconoce que la realidad colombiana es diversa, e igualmente lo son las necesidades, las expectativas y las oportunidades de sus pueblos.

LOS PUEBLOS INDÍGENAS RECLAMAN OTRO PROCEDER

En Colombia los pueblos indígenas son reconocidos como grupos con identidad cultural diferenciada desde la constitución de 1991. Este reconocimiento ha estado acompañado de un serio trabajo de las poblaciones indígenas por la gobernabilidad, la autonomía, y el establecimiento de planes educativos, sociales, políticos y de salud propios, que generen bienestar para sus pueblos y permitan la transmisión de su cultura y su identidad. Aún así, en sus relaciones con la sociedad mayoritaria, las comunidades indígenas son partícipes de procesos marginales de integración, en los que sus visiones del mundo, sus modos de vida y su identidad se ven atacadas y subordinadas.

La participación de los pueblos indígenas de la Amazonía colombiana en el alcance de las metas del milenio presenta varias contradicciones. A primera vista, los ODM

hacen visibles problemáticas serias existentes entre los pueblos indígenas amazónicos; y al mismo tiempo, al homogenizar los objetivos, las metas y las estrategias, los ODM hacen invisibles las diferencias culturales que caracterizan estos pueblos, y plantean soluciones que no están acordes con las necesidades, oportunidades y alternativas locales. Al establecer así las prioridades y las acciones en salud, reproducen condiciones de desigualdad, y no necesariamente contribuyen al mejoramiento integral y sostenible de las condiciones de vida de la población indígena, por el contrario, generan nuevas formas de discriminación frente a la población, al definirla por condiciones de pobreza y vulnerabilidad, dejando en segundo plano su manera de definirse como grupos, y de definir sus prioridades.

Vale la pena preguntarse si las metas establecidas son adecuadas para alcanzar los objetivos entre la población indígena, si las estrategias planteadas llevarán a las metas, y si los objetivos son realmente las prioridades para el desarrollo y el bienestar de estos pueblos.

En el área de salud no existe una línea de base sobre los pueblos indígenas amazónicos respecto a los indicadores nacionales y, como consecuencia, no hay suficiente información sobre las causas relacionadas con los problemas de salud. Las estrategias para alcanzar las metas del Milenio son planteadas sin tener un panorama real de la situación de salud de esta población, y las políticas locales deben construirse a partir de esas nuevas prioridades nacionales en salud pública.

¿Si ya se han logrado grandes avances en Colombia y en el mundo en el reconocimiento de las diferencias sociales y culturales de los pueblos, por qué se insiste en caminos únicos de desarrollo y bienestar, sin tener en cuenta las diferencias locales en áreas sociales, culturales, ambientales, económicas y políticas?

Siguiendo a Amartya Sen, el desarrollo podría resumirse en la libertad efectiva para elegir la clase de vida que cada persona considera valiosa y esto implica reconocer que esa clase de vida no es la misma para todos los individuos ni para todos los pueblos. Reconociendo este punto, si no se tienen en cuenta las diferencias culturales frente a la noción de desarrollo, se está atentando directamente contra la posibilidad que tiene un pueblo de alcanzar su desarrollo y bienestar.

INFORMACION EN INTERNET

www.redsiama.org/documentos/Infofinal_EMIA_III.pdf

Sobre problemáticas sociales, culturales y políticas que afectan la salud de los pueblos indígenas de la Amazonía colombiana. Y sobre impacto de los procesos de urbanización en la salud y la vida de las mujeres indígenas de la Amazonía y la Orinoquía.

www.pnud.org.co

Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia, objetivos de desarrollo del Milenio 2005. Información sobre los avances, metas e indicadores colombianos.

LA MEDICINA TRADICIONAL MAYA



SABERES Y PRÁCTICAS MÉDICAS EN UN PAÍS MULTICULTURAL

GUATEMALA, es una nación multiétnica, plurilingüe y pluricultural. La población está formada por 25 grupos diferentes: los 22 pueblos mayas (alrededor del 66%), los mestizos o ladinos, y las etnias xinca y garífuna. Cada uno de estos pueblos tiene características propias que lo identifican: Historia, idioma, tradiciones, costumbres, formas de vida, y maneras de afrontar y resolver sus necesidades y problemas, incluyendo su modo de considerar la salud y la enfermedad.

La relación de la medicina indígena con la medicina de la colonia y la posterior influencia médica de los siglos XIX y XX se mezclan e incorporan, dando un doble fruto. Por un lado, una práctica tradicional y popular, que reúne creencias, conocimientos, técnicas, y recursos, tanto de etnias precolombinas, como de influencia europeo española de la época de la conquista, con herencia árabe y rasgos mágicos. Y por otro lado, la práctica médica oficial, académica, moderna u occidental.

Dependiendo de la región del país, y de las poblaciones o grupos socioculturales, así será el grado de sincretismo, según la población mayoritaria que le caracterice: maya o mestiza. Y todo irá en relación con el grado de ruralidad o de urbanización, y con la accesibilidad geográfica, de comunicación y económica a los servicios.

En la actualidad, persiste una riqueza de conocimientos, prácticas y recursos médicos precolombinos, que han sido los principales o únicos recursos terapéuticos y de sobrevivencia en grupos humanos étnicos y postergados, especialmente por sus condiciones de poco acceso a servicios de salud institucionales públicos o a los privados.

En el umbral del siglo XXI, a los avances y tecnología médicos se suma una tendencia globalizadora. Pero sus beneficios alcanzan especialmente a los grupos que tienen recursos económicos.

Anabella Pérez

“LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL SALVA VIDAS Y TRATA UNA AMPLIA GAMA DE PADECIMIENTOS”

EL ITINERARIO DE LA PERSONA ENFERMA

La población guatemalteca dispone de distintas formas para atender sus problemas de salud, y hace uso frecuentemente de una o más de estas formas en un mismo episodio o problema de salud dado. Cada persona enferma recorre un camino propio.

Se **autoatiende** a sí misma y acude a los saberes y conocimientos de cuidados familiares para conservar su salud y dar respuesta a los problemas que se le presenten.

Recurre a modelos de atención alternativos. Los que proporcionan los/terapeutas tradicionales: mayas, xincas y garífunas; y otros terapeutas comunitarios y/o populares. Se puede asumir que buena parte de esa porción de la población que se considera “sin ningún servicio”, es aquella que se apoya en las prácticas de este grupo de curadores-as.

Acude a proveedores con conocimientos básicos de medicina occidental tales como dependientes de farmacias o promotores rurales de salud que, en muchas ocasiones, mezclan su atención con prácticas populares dentro de las poblaciones.

Utiliza los servicios de **la medicina institucional formal**, que ofrecen el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Organizaciones No Gubernamentales y clínicas privadas. Con Médicos y Cirujanos y sus especialidades de formación académica occidental en su mayoría; con prácticas médicas asiáticas chinas o hindúes; y otras prácticas tales como la naturopatía, o la homeopatía.

No se tiene un registro o información acerca de todas esas prácticas en relación con el número de terapeutas, las características de la especialidad, la población que se atiende en consulta, los recursos utilizados, o su costo, a excepción de la práctica del Sistema de Salud del Ministerio y del Instituto de la Seguridad Social.

LA MEDICINA ANCESTRAL, UN TESORO NO PERDIDO

Hay una variedad de nombres con los que ha sido designada la medicina de origen principalmente maya: Popular, empírica, indígena, tradicional, no formal, paralela, mágico religiosa, folklórica, informal, aborigen, ancestral, etc.

Para nuestro país se ha optado por nombrarle como Medicina Popular Tradicional, tomando en consideración la gama de prácticas que van más allá de lo tradicional, y que están arraigadas en la población en general.

Es reconocida en documentos de principios de la Colonia, por Fray Francisco Ximénez, quien relata la “riqueza de la farmacopea con que contaba el indígena para curar sus enfermedades”. Su sorpresa consistió en encontrar una amplia va-

riedad de la flora y fauna clasificadas por su efecto terapéutico con relación a su estado frío-caliente, húmedo-seco, conceptos médicos usados en España...” y manifestó su asombro en cuanto a prácticas y recursos utilizados por los curanderos, dejando constancia de ello en varias de sus obras. Por ejemplo en el siguiente párrafo: “Estas curas he querido aquí contar porque sepan en España que tenemos acá buenos médicos y que curan a menos costo que los de allá”.

A la medicina tradicional le caracteriza el simbolismo, la trascendencia, la vigencia, la aceptación, la efectividad, el uso popular, la accesibilidad. Siendo la verdadera esencia, la cosmovisión, del entorno cultural que la sustenta y que la ha mantenido hasta nuestros días.

Cuando la atención médica occidental que practican instituciones públicas, no gubernamentales o privadas, no llega a las comunidades indígenas, o cuando no se revela efectiva ante los casos de síndromes culturales y otras padecimientos; surge con toda la fuerza de su plena vigencia la milenaria medicina indígena, tan diferente en sus concepciones y práctica a la medicina occidental, que apunta, más que a hacer desaparecer los signos y síntomas de enfermedad, a un equilibrio vital.

La práctica médica tradicional maya ha tenido resultados positivos, debido a una larga y milenaria experiencia que ha permanecido de generación en generación. A través de los terapeutas propios de la comunidad o tradicionales, éstos resultados han salvado vidas en la comunidad y tratado una amplia gama de padecimientos tanto individuales (físicos, espirituales y mentales) como sociales y comunitarios. Dependiendo de quién es la persona especialista a tratarlos, y cuáles los recursos y técnicas que se han utilizado.

Es importante llegar a conocer esos saberes, prácticas y recursos terapéuticos según lo beneficiosos, de uso restringido, sumamente cuidadosos, o inocuos que resultan, y otros que no conocemos aún por la falta de investigación.

Debido al mapa de multietnicidad y pruriculturalidad en Guatemala sabemos que se hace necesario reconocer la limitación de dar como sentado que lo que conocemos como Medicina Maya ó Popular Tradicional sea aplicable de manera homogénea a todo el contexto de la nación guatemalteca. En el contexto intercultural, como uno de los ejes en las distintas áreas de la vida de los ciudadanos incluida la salud, el aporte de los saberes y cultura médica tradicional en Guatemala, debe llevarse a cabo bajo el enfoque y la política de descentralización, y conducirse en cada contexto propio o local.

Los saberes y culturas médicas ancestrales en Guatemala, son un tesoro de conocimientos no perdido, el cual aún no se ha develado en toda su dimensión, para que sea aplicado complementándose con el resto de conocimientos en salud y resulte beneficioso para cada una de las poblaciones.



“APUNTA MAS A UN EQUILIBRIO VITAL QUE A HACER DESAPARECER LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD”



UN MODELO INCLUYENTE DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE GUATEMALA

La pertinencia intercultural y los primeros resultados de un proyecto

QUE LOS INDÍGENAS SE ADUEÑEN DE SUS DERECHOS

El modelo incluyente de salud parte de 3 perspectivas necesarias: el derecho a la salud, la equidad de género y la pertinencia intercultural. Pero se enfrenta a una gran cantidad de obstáculos institucionales, humanos y financieros, que tiene como base una sociedad altamente discriminatoria y racista, que excluye a los pueblos indígenas no sólo del poder de decisión, sino de los mínimos servicios de atención en salud, entre otros.

La reflexión está vinculada a la pertinencia intercultural, por la exigencia ética de desarrollar una cooperación en salud que no sólo logre impactar sanitariamente, sino que además genere procesos donde la población rural e indígena logre en la mayor medida posible adueñarse de sus derechos culturales y sociales y verifique su cumplimiento.

En la esencia del debate, está el cuestionamiento al modelo médico hegemónico occidental como pensamiento único en el campo de la salud y dar pauta a un proceso que respeta, reconoce, valida, complementa y apoya otros modelos alternativos como el modelo maya.

La pertinencia intercultural pretende articular los diferentes modelos de salud que existen en las comunidades, para abarcar la totalidad de condicionantes, riesgos y daños a la salud que afectan a la población. Además quiere potenciar una sinergia de recursos, tecnología, prácticas y conocimientos para la atención en salud.

Un aspecto importante es considerar no sólo a los sanadores y terapeutas de los diferentes modelos, sino además a los procesos de autoatención de las personas y sus familias.

DIFICULTADES PARA LA PERTINENCIA INTERCULTURAL

Ahora, en Guatemala, la pertinencia intercultural como parte de una política pública atraviesa por varias tensiones. Tienen que ver con planteamientos teóricos, posiciones políticas y realidades comunitarias. Estas son las dos principales:

1.- El racionalismo occidental y el monoculturalismo indígena no dialogan.

Las políticas públicas, las universidades, escuelas técnicas y la ideología dominante, la actitud de personas y trabajadores de las instituciones de salud consideran que el modelo biomédico de atención es superior a cualquier otro.

Por el otro lado, políticos y académicos indígenas enar-

bolan la bandera del modelo maya puro, esencial, sin transacciones o contaminaciones de otros modelos. El monoculturalismo, el modelo maya para los mayas, la antropología de museo. Los esencialismos en el debate por el modelo maya no reconocen las debilidades de dicho modelo ni las transacciones y la importancia de otros, que puede ser de gran provecho para la población.

Una tensión evidente se da cuando el modelo biomédico se abre a tomar determinados recursos y a utilizar ciertas prácticas relacionadas con el modelo maya de salud. Esto se ejemplifica con el uso de plantas medicinales o el trabajo con comadronas, en el afán de obtener mejores resultados sanitarios, pero sin los mínimos necesarios de acercamiento respetuoso y comprensivo del marco cultural del que forman parte esos recursos y terapeutas.

Estas posiciones encontradas limitan la posibilidad de avanzar en el reconocimiento de las transacciones que se dan entre modelos de salud en la vida diaria de las poblaciones y sus terapeutas. Tampoco permiten avanzar en la convivencia entre culturas ni ganar eficacia poniendo en relación la totalidad de los recursos y del conocimiento humano.

2.- Una discriminación dentro de cada grupo étnico, impide construir la identidad compartida y el respeto a la diferencia.

Históricamente se ha dado un proceso de racismo y dominación que han generado procesos de discriminación aun en población perteneciente a un mismo grupo étnico. Los trabajadores de salud de áreas indígenas muchas veces discriminan a su propios coterráneos, teniendo actitudes alimentadas por prejuicios, estereotipos o búsquedas de status.

No basta con tener personal indígena en los servicios de salud que hable el idioma del grupo. Se trata de abrirse a un mundo nuevo que es propio, diferente o a veces compartido.

LA PRETENSIÓN

Un sistema público de salud, por definición debiera formar parte y ser producto del conjunto de responsabilidades, derechos, conocimientos y prácticas de todas y todos los ciudadanos. La sinergia entre modelos permite no sólo una atención integral abarcando dimensiones biológicas, físicas, mentales, energéticas y espirituales de las personas y grupos; sino que además, permite articularse al nivel individual y familiar donde se resuelven una gran parte de problemas de salud y se desarrollan acciones preventivas en el marco de la autoatención.

Lo que se pretende es:

Humanizar la salud:

medicusmundi, viene realizando dos experiencias piloto en Guatemala. Tratan de poner en marcha un modelo incluyente de atención básica de salud, que resulte pertinente para una sociedad constituida por múltiples pueblos indígenas y grupos socioculturales diversos.

El modelo es producto de profundas reflexiones e investigaciones empíricas y constituye un salto conceptual, metodológico y operativo de ideas incluyentes en el campo de la salud. Intenta constituirse en una alternativa real para la política pública y el sistema de salud guatemalteco.

Una concepción incluyente de salud que entienda al ser humano como uno sólo en su diversidad e integralidad. Una acción de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud más acorde y pertinente con el contexto local donde operen los servicios de salud.

Ética

Los mínimos de un sistema sanitario debieran ser precisados y puestos en práctica a partir de un conjunto de valores o principios compartidos desde las diferentes concepciones culturales. Principios que parecen básico son el de justicia, que pretende una distribución equitativa de beneficios, riesgos y costos, y el de autonomía, que pueden manifestarse en lógicas y comportamientos diferentes en el campo de la salud dentro de en cada pueblo o grupo étnico.

Encuentro y Reconocimiento de Visiones Culturales

La ciencia médica occidental que todavía prevalece en las universidades, responde todavía al esquema Biomédico clásico. Pero esa visión no tiene posibilidades de entender el nivel de profundidad, complejidad e integralidad del Paradigma Intuitivo de salud, que se manifiesta a través del modelo maya, chino, ayurvédico, entre otros.

Hoy en día, la física cuántica, la termodinámica, la biología, el pensamiento complejo, entre otros, están dando pasos de acercamiento intelectual a paradigmas que se escapan de la clásica racionalidad occidental. Una nueva racionalidad está surgiendo en los principales centros universitarios del mundo occidental y va al encuentro de la racionalidad de los Modelos Intuitivos. Se debe buscar en los últimos avances de la ciencias básicas occidentales conocidos con el nombre de Nuevo Paradigma de la Ciencia, el futuro de la posible coordinación y comprensión de las diferentes visiones.

Cobertura, acceso, eficacia, eficiencia y calidad sanitarias

Los sistemas de salud tienen verdaderos límites u obstáculos para llegar a la población indígena. Las metas sanitarias no se logran muchas veces porque no se llega a comprender las lógicas socio culturales de la población. Menos aún se logra la pretendida eficacia, eficiencia y calidad sanitarias que se persiguen.

La población ve con distancia a los servicios de salud y la confianza es un hecho poco frecuente entre los usuarios indígenas y los trabajadores de la salud pese a que muchas veces son de su mismo o cercano grupo étnico. La pertinencia intercultural abre paso a una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad-atención de la población y amplía el horizonte de acciones y percepciones de la problemática de salud. En síntesis, abre la puerta hacia la inclusión e intergralidad la población que se atiende.

PRIMEROS RESULTADOS

A los 3 años de iniciar un modelo diferente, podría decirse que la utopía sí ha servido, y no sólo para caminar, sino para construir programas de salud más integrales, identificar logros en la triple perspectiva del Derecho a la Salud (atención continua y geográficamente accesible en el idioma local), la Equidad para Hombres y Mujeres (consultas, información y comunicación diferenciadas con perspectiva de género), y la Pertinencia Cultural. Los Resultados sanitarios, son bien visibles en el cuadro estadístico comparativo



Fotos: JOSÉ LUIS ALBIZU

Comparación de indicadores 2006-2007. Experiencia piloto. Boca Costa de Sololá

Indicadores	2006	2007
Tasa de mortalidad general	4.3	2.9
Tasa de mortalidad infantil	32.6	26.1
Razón de mortalidad materna	977.2	0
Mortalidad por diarrea en menores de 1 año	3.3	0
Incidencia de diarrea en niños/as de 1 a menores de 5	210	148
Total de consultas	11,170	7,070
Porcentaje de consultas a mujeres por motivos no reproductivos	77.8	72.4
Porcentaje de consultas con enfermedad maya popular con referencia a terapeuta correspondiente	5.4	68.6
Razón consultas mujer/hombre	3.5	4



UNA MARIMBA DE SABERES

Reto de las y los trabajadores de salud en experiencias piloto de “salud incluyente” en Guatemala.

26

SE PRECISA UN SERVICIO DE SALUD INCLUYENTE

Aún cuando en la sociedad es obvia la pluralidad de saberes médicos, en los servicios públicos de salud sólo se reconoce la medicina clínica que, aun siendo muy eficaz para algunos aspectos curativos, tiene un abordaje muy limitado de la salud personal y colectiva, pues están ausentes o muy secundarizadas, las dimensiones relacionales que constituyen a los humanos, las dimensiones culturales, de género, socio-económicas, político-ideológicas, y espirituales.

Para Clavreul la relación médico-paciente en la medicina clínica no existe. Es un encuentro de dos ausencias: la del “buen enfermo”, que debe relatar con exactitud lo que quiere someter a la razón médica, y la del médico, que debe borrarse ante la objetividad médico-científica, dejando ambos fuera sentimientos y subjetividades, con el objetivo de que ni el enfermo ni el médico sean obstáculo para el diagnóstico de la enfermedad. La marimba no es el instrumento preferido de las escuelas y los servicios públicos de salud que sólo tocan a una nota, a un saber monocultural: el clínico.

Dada la hegemonía de la medicina clínica y de los grupos económico-políticos interesados en mantenerla y en medicalizarlos aún más, seguimos sordos a los saberes populares y a aquellas personas a quienes se deben los servicios públicos.

Así, al prepotente “Id y enseñad”, lema ilustrado de la Universidad Nacional guatemalteca de San Carlos, convencida de ser la poseedora de la ciencia y la verdad, Lenkersdorf le contraponen la respuesta de los indígenas tojolabales: “Todo el mundo quiere enseñarnos, los maestros, los padres y madres religiosos, los doctores, los abogados, los agrónomos, el gobierno. Todo el mundo quiere que aprendamos de ellos. Para ellos, no sabemos nada de nada”.

En la atención de la salud participan personas y grupos socio-culturales con partituras y músicas no sólo diferentes sino también desvalorizadas por los servicios públicos. Para que los servicios públicos puedan tocar la escala de la marimba, es preciso que el personal sanitario se forme en el pluralismo médico, tenga abordajes más incluyentes y conforme equipos multidisciplinarios, lo que significa cambiar las relaciones entre los diferentes grupos.

LA PERSONA EN SU ENTORNO

Si los servicios de salud se deben a la gente a la que prestan servicios, es básicamente necesaria la articulación de esfuerzos institucionales y locales para dar respuestas a sus necesidades.

El objeto de intervención no puede ser la persona aislada, sino en su entorno, en sus grupos de convivencia, y en el ambiente que le condiciona, tanto en el nivel local como en el estatal. Es también importante que los servicios consensúen con la población los horarios de atención, y que se promuevan prácticas que faciliten la actuación de los pacientes, tales como ofrecer la posibilidad del parto en cuclillas, o la revisión de los bebés en el regazo de sus mamás y no en la camilla. Los trámites burocráticos y discriminaciones, muchas veces no visibles para los trabajadores, hacia determinados grupos sociales, que suelen ser quienes tienen peores condiciones de salud, también los alejan

de los servicios. Y aunque oficialmente toda la población esté bajo cobertura, se constata su inasistencia, lo que indica que algo falla. Los servicios deben llegar a las personas no sólo desde la enfermedad neutra, científica, aséptica, sino desde el enfermo en su contexto cultural, genérico, en su racionalidad y en un clima donde la confianza y cercanía abran las puertas y hagan a los servicios públicos accesibles de verdad.

APRENDER DE LA TRADICION E INNOVAR

En la atención de salud guatemalteca, los médicos de cabecera son parte del pasado, pero su manera de trabajar combinando el conocimiento local, los saberes populares en salud, los saberes clínicos académicos y el conocimiento personalizado del enfermo, adquirido a través de vivir con los lugareños y de las visitas a domicilio, se mantiene viva en las comadronas y promotores de salud, que recogen el conocimiento de las personas y sus familias por ser sus vecinas y vecinos, y que de maneras muy diversas articulan saberes populares y clínicos.

La puesta en marcha de la propuesta guatemalteca “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente”, quiere ser una marimba de saberes. No es la primera ni la última en querer abordar la atención en salud de una manera más integral. En ella “se rebasa la idea de un primer nivel de atención enmarcado en los servicios formales de salud y se avanza a la idea de coordinar –o mejor integrar– al personal, agentes de salud, terapeutas, actores, organizaciones, recursos e infraestructura de las comunidades”.

CÓMO SE TRABAJA EN ATENCION BASICA DE SALUD INCLUYENTE

Se trabaja con equipos de 2-3-4 trabajadores, en donde siempre hay por lo menos un hombre y una mujer, en función de la concentración o dispersión de la población. En la comunidad central de una zona se dispone de un puesto de salud. Las competencias, “saber hacer”, de estos y estas auxiliares de salud polivalentes se asemejan a las de los médicos de cabecera, comadronas y promotores, combinando el conocimiento local, los saberes populares y clínicos, y las actividades de consultas y visitas familiares, además de la promoción de salud con los grupos y organizaciones comunitarias.

Acompañando a los equipos comunitarios hay un equipo zonal con personal médico, de enfermería y de otras competencias, para las referencias médicas, asesorías y formación permanente.

Por el alto grado de analfabetismo es difícil que todos los trabajadores sean locales, pero sí es criterio básico que los miembros de los equipos comunitarios sean de la misma comunidad lingüística que la población y respetuosos con sus saberes y su cultura. Dadas las dificultades de acceso a las comunidades y las difíciles condiciones de vida, el ser local o estar cercano a las comunidades garantiza un menor ausentismo y mayor permanencia laboral poniendo a prueba el “ser profeta en su tierra”.

LOGROS QUE SE VAN ALCANZANDO

Entre los logros de la experiencia piloto, el primero y más obvio es la confianza, que se establece en los servicios, entre la población

Sobre el origen de la marimba, instrumento musical mesoamericano por antonomasia, se sigue polemizando si es africano, maya o “a saber”. Lo mismo pasa con los saberes médicos populares, y así se debate si el frío-caliente es europeo o americano, si los “ojeados” no existen a pesar de que eso sea algo evidente para una buena parte de la población mesoamericana y china, es decir, para cientos de millones de personas. Independiente de su origen, la marimba es hoy un instrumento popular e identitario, además de académico. De igual modo, es un reto para los trabajadores de salud en Guatemala el poder tocar la marimba de saberes populares y académicos, de manera que puedan responder a las necesidades de las personas y de la sociedad.

y unos trabajadores que hablan el mismo idioma, se identifican como de los suyos y reconocen los saberes populares. Ello en un país con los niveles de discriminación de Guatemala, donde los servicios de salud invisibilizan los saberes y temores de las-los pacientes, es un avance que, aunque pareciera pequeño, todavía no es realidad en los servicios públicos.

Otro logro es que, en la comunicación entre trabajadores y pacientes, se incluyen el autodiagnóstico del paciente, los remedios que recibe, e información sobre los apoyos con que puede contar en caso de emergencia. Además se consensuan los cuidados y una terapéutica que combina medicamentos de patente y remedios caseros.

La recogida de autodiagnósticos no es un mero acto protocolario, sino que permite acercarse al saber del paciente y poder tener una comunicación más pertinente con él, además de poder construir una epidemiología de padecimientos desde la propia población. Se dispone de fichas personales y familiares de toda la población que participa en esta experiencia piloto. Las visitas familiares acercan los servicios a la población y permiten a los trabajadores reconocer las condiciones particulares, socioeconómicas, de género y medioambientales de cada familia así como entrar a un “entreprendemos”.

Los equipos zonales y sus coordinadores consideran que los retos iniciales han estado en la formación técnica de los equipos comunitarios y en el cumplimiento del llenado de fichas personales y familiares, así como en el logro de las metas demandadas por el Ministerio de Salud en relación a coberturas de vacunación, control de embarazadas y puerperas.

EL FUTURO DE ESTAS EXPERIENCIAS PILOTO

Los saberes vivenciales y laborales deben ser explicitados y reconocidos para convertirse en saberes colectivos.

Aprender de la experiencia de las y los trabajadores puede tener como punto de partida la sistematización de sus vivencias, donde revaloricen el sufrimiento que conllevó la enfermedad y la importancia de lo subjetivo en la atención, los diferentes caminos seguidos en la prevención y ante la enfermedad, el reconocimiento diferencial de los riesgos y fortalezas para la salud. Anotar que lo bueno para unos es malo para otros, así como el que toda discriminación enferma.

La sistematización de las experiencias laborales y populares debe dar pautas para la intervención comunitaria en los problemas psicosociales tan frecuentes. ¿Cómo si no abordar la problemática de las violaciones, de los hechizos, de los embarazos no deseados, de los suicidios, del alcoholismo, de la usura?

Una propuesta que trabaje la salud incluyente, la marimba de saberes, es difícil llevarla adelante si no hay transformaciones personales en las y los trabajadores, si no cambian las competencias, esos “saber hacer”, que incluyen conceptos y actitudes incluyentes. También requiere una presencia institucional que mantenga una tensión permanente entre las normas y la creatividad de sus trabajadores, entre los protocolos y fichas, pero sin perder la mirada y la escucha a la población, que son su sentido.



Ilustración: RICARDO PÉREZ MIRA

MUNDINOVI

Jesús Chocarro y Javier Pagola.

Coordinadores del proyecto



EDUCADORES DE PELUCHE Y FIELTRO

Al comenzar el curso escolar **medicusmundi** navarra presentó el proyecto educativo “Mundinovi, marionetas para despertar en valores”, destinado a Segundo Ciclo de Educación Infantil y Primer Ciclo de Primaria.

El nombre MUNDINOVI, está tomado del diccionario. Mundinovi era un “Cajón que contenía una colección de figuras de movimiento, y se llevaba por las calles para diversión de la gente”

La propuesta MUNDINOVI está integrada por ocho muñecos, un teatrillo, una colección de 32 guiones de corta duración y un cuaderno didáctico para el profesorado. Todo el material literario se ha editado en castellano y en euskara. Se ofrece de manera gratuita a todos los centros educativos de Infantil y Primaria que hay en Navarra, gracias al apoyo recibido del Gobierno de Navarra y de la Fundación Felipe Rinaldi.

La pretensión del proyecto MUNDINOVI es contribuir a la formación en valores de los más pequeños por medio de representaciones de títeres. En el escenario de un teatrillo se reproducen situaciones, fácilmente reconocibles, donde pueden participar, entre otros, de los significados del esfuerzo por alcanzar la autonomía personal, la preocupación por el otro, la confianza en los propios

proyectos, la fidelidad en la amistad, la esperanza, el agradecimiento y la curiosidad.

LARGO PROCESO DE ELABORACION EN EQUIPO

La primera idea de este proyecto surgió durante un viaje a Perú. Visitábamos una ludoteca infantil en la gran barriada popular de San Juan de Lurigancho. Y nos mostraron un teatrillo de títeres con el que se hacían actividades de educación para la salud.

La elaboración de este proyecto ha durado tres años y medio. En tres momentos del proceso creativo el proyecto ha sido sometido a la opinión de 120 profesoras y profesores de Infantil y Primaria de diferentes modelos educativos y zonas de Navarra, y se ha experimentado en las aulas del colegio público “Hilarion Eslava” y del concertado “La Compasión-Escolapios”

medicusmundi ha contado con la asesoría de cuatro personas Camino Urrutia, psicóloga, Isabel Ciganda, pedagoga, Fernando González Lucini, experto en educación en valores y Juan Faro, marionetista.

Los guiones para representar han sido redactados por cuatro escritoras: Maite Bermúdez, Amparo Ibarra, María Paz Iriarte y Maite Pérez Larumbe. La carpeta con los 32 guiones, se acompaña de un cuadernillo didáctico, un cuestionario de conversación para el aula y un

marionetas para despertar en valores



29



par de partituras musicales que son obra de Alicia Gil. Las traducciones se deben a Enrike Díez de Ultzurrun y Ana Sagasti.

El diseño de los títeres tuvo varias fases. Juan Faro dibujó los primeros bocetos, y realizó su volumetría en pasta de papel en el taller de "Retablo de Figurillas". La figurinista Manoli Rabaneda, apoyada por Isabel Ciganda y Ana Bueno, cosió los prototipos en tela y cortó los patrones.

Los 4.800 muñecos, que forman 600 colecciones, han sido fabricados en el taller Vedruna-Masagana, de Kalookan City (Filipinas), que ofrece formación y empleo a familias social y económicamente desfavorecidas.

El teatrillo de cartón responde al diseño del ingeniero técnico papelerero Oscar Areopagita. De todo el tratamiento gráfico de los materiales se ha encargado el Estudio de Diseño Horixe.

medicumsmundi navarra ha aportado al proyecto alrededor de 1.200 horas de trabajo de personas voluntarias.

DISTRIBUCIÓN

Para las actividades de montaje, empaquetado, almacenamiento y distribución hemos ocupado, durante meses, un local de 400

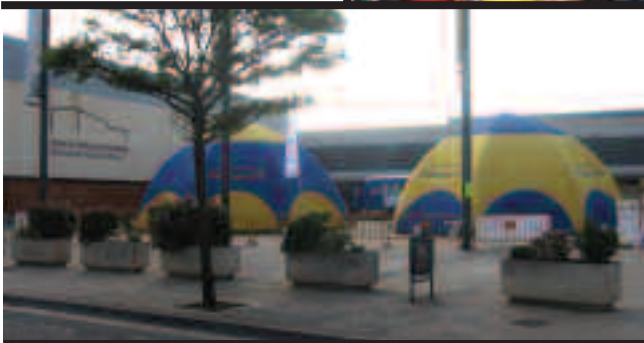
metros cuadrados cedido gratuitamente por el Ayuntamiento de Burlada

MUNDINOVI se ofrece a todos los centros escolares de Navarra que lo soliciten. Deberán abonar únicamente 20 euros por costes de transporte, sea cual sea el emplazamiento del centro. No habrá venta al público. La persona de referencia es Helena Urzaiz, en la oficina de **medicumsmundi** en Burlada. Atiende, los días laborables de 9 a 14 horas, en el teléfono 948 131 574.



6.117 Personas visitaron en Navarra el Bus del Milenio

**Plegaron 2.348
de grullas de
papel y
enviaron 2.445
mensajes de
SMS para que
se cumplan los
Objetivos de
Desarrollo del
Milenio.**



EL "BUS DEL MILENIO" es una exposición itinerante, compuesta por dos carpas y un autobús equipado como aula multimedia, que permite comunicar en directo, vía internet, con varios países del Sur. Con esta actividad, didáctica y participativa, **medicmundi** propone un viaje virtual hacia la salud y el desarrollo, y pretende sensibilizar a la ciudadanía sobre el importante papel que juega en la reivindicación del Derecho a la Salud y al Desarrollo para todos los pueblos del mundo.

Dentro de su trayecto por 12 comunidades autónomas, el BUS DEL MILENIO recorrió durante cinco semanas, del 19 de septiembre al 24 de octubre, ocho localidades de Navarra, para recibir visitas de colegios y del público en general. La exposición fue presentada en Burlada y viajó luego a Bera, Elizondo, Doneztebe, Pamplona, Estella, Tafalla y Tudela.

Al terminar su recorrido por la Montaña, Zona Media y Ribera de Navarra, habían pasado por la exposición 6.117 personas en total: 4.443 escolares y 1.674 visitantes como público general. Se recogieron 2.348 grullas simbólicas de papel para pedir que nuestro país cumpla sus compromisos internacionales y 2.445 mensajes de SMS reclamando a los grupos políticos de Navarra la firma del Pacto Navarro contra la pobreza.

Además de conocer la situación de pobreza y desigualdad que existe en el mundo, y de comprender y reclamar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, quienes visitaron la exposición pudieron descubrir un Sur viviente, creativo, laborioso, esperanzado y alegre, además de empobrecido y sufriente. Y muchas personas inmigrantes expresaron su satisfacción al visitar las carpas y ver la imagen que se ofrecía de sus países de origen y que transmitían tres comunicadores desde Bolivia, Camerún y Perú, mediante video conferencias celebradas en directo, en el momento mismo de cada visita.

Visitas singulares fueron las de la Señora Consejera y la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento de Navarra, las de grupos de concejales y alcaldes en Burlada, Doneztebe, Estella, Pamplona y Tudela, con las que se pudo sensibilizar a las autoridades y a todos los grupos políticos, en los días de la movilización internacional, sobre la necesidad de alcanzar un Pacto Navarro contra la Pobreza. Los tres principales desafíos son establecer unas Reglas de Comercio justas, cancelar la Deuda Externa de los países empobrecidos, y ampliar y mejorar la calidad de la Ayuda al Desarrollo.

Actividades especiales, en torno al Bus del Milenio fueron fiestas-juego y gymkhanas sobre los Objetivos del Milenio realizadas por 220 chicos y chicas del movimiento scout y de grupos de tiempo libre.

Hubo además visitas de grupos de personas discapacitadas, organizaciones solidarias y asociaciones de



jubilados. Y de varios grupos de periodistas y estudiantes de periodismo interesados en conocer experiencias que relacionan la comunicación y el desarrollo en países del sur.

El recorrido del BUS DEL MILENIO por Navarra tuvo un fuerte carácter comunitario, y estuvo apoyado por agentes sociales de varios municipios, profesorado de centros educativos, grupos de voluntariado, parroquias, el personal del Planetario de Pamplona, y varias empresas y personas a título individual.

Medicus Mundi, que continuará su tarea y compromiso en pro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, expresa su agradecimiento a todas las personas que visitaron el Bus del Milenio, a quienes ayudaron en su preparación e itinerancia, al Gobierno de Navarra, a los Municipios que dieron acogida, a las autoridades y técnicos facilitadores, a las instituciones y empresas que colaboraron a financiarlo, y a los medios de comunicación que acompañaron el recorrido de este proyecto de sensibilización por Navarra.



El día 11 de diciembre se firma el PACTO NAVARRO CONTRA LA POBREZA

Por acuerdo unánime de todos los grupos políticos con representación en el Parlamento de Navarra se va a firmar este Pacto, propuesto por la Plataforma "Pobreza Cero" de Navarra que impulsan la Coordinadora de ONGD, la Federación de Asociaciones de Emigrantes, la Plataforma Papeles y Derechos DENONTZAT, la Red de Economía Alternativa y Solidaria, la Red Ciudadana por la Abolición de la Deuda Externa y la Red Navarra de Lucha Contra la Pobreza.

Este acuerdo entre grupos políticos, tendrá también desarrollo en los municipios navarros. Tiene tres pilares básicos: la mejora, en cantidad y calidad, de la Ayuda Oficial al Desarrollo, la Cancelación de la Deuda Externa de los países empobrecidos, y el establecimiento de medidas y normas para hacer posible la Justicia Comercial.

Campaña de navidad 2007

Un Proyecto para apoyar:

Salud materna e infantil en Churcampa

Churcampa se encuentra a más de 3.000 metros de altitud en la Región Andina de Huancavelica, uno de los departamentos más pobres del Perú. Tiene una alta tasa de mortalidad materna: 238 mujeres por cada cien mil recién nacidos vivos (en España esa tasa es de 4 por cien mil), que se debe principalmente a problemas de accesibilidad a los servicios de salud.

medicusmundi desarrolla un proyecto de cuatro años de duración, para hacer más accesibles los servicios de salud y actuar de manera integral sobre los factores que causan mortalidad materna y perinatal. Se basa en la organización comunitaria. Hay 6 casas de acogida estratégicamente situadas y con salas de partos adecuadas culturalmente a la tradición indígena al dar a luz. Al par se capacita al personal sanitario, se consiguen traslados rápidos desde viviendas alejadas, contando con servicios de radio y ambulancias. Y se realiza en las escuelas un programa de educación sexual y reproductiva.

Los donativos pueden hacerse en cuentas de medicusmundi abiertas en Cajas Laboral, Navarra y Rural

32

Una Exposición a visitar

La mujer en el mundo

Fotografías de Benito Pajares (premio World Press Photo 2006)

En colaboración con la Mancomunidad de la Comarca de Pamplona, presentamos en el **BATAN DE VILLAVA**, uno de los espacios singulares del Parque Fluvial del Arga, una exposición del fotógrafo de prensa Benito Pajares, nacido en Palencia y Residente en Valencia.

Cuarenta y seis fotografías, realizadas a lo largo de 12 años en 13 países diferentes reflejan la cara femenina y mayoritaria de la pobreza, fruto de la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres. La precariedad en el acceso a la educación, la salud, el trabajo y al resto de ámbitos vitales.



Esta exposición puede visitarse, de 11,30 a 14 horas todos los sábados, domingos y festivos del mes de diciembre, salvo el día 25 (Navidad), y además los días 26, 27 y 28 de diciembre, y 2, 3 y 4 de enero. La entrada es libre.

Un Comercio Solidario:

Mercaderes, 21 (antigua farmacia)

El COMERCIO SOLIDARIO, es posible gracias al esfuerzo de un colectivo de personas voluntarias de **medicusmundi**, reunidas todo el año en grupo de reflexión y trabajo sobre comercio justo y consumo responsable. Ofrece este año objetos procedentes de 24 países diferentes africanos, latinoamericanos y asiáticos. Hay una sección de belenes, artículos decorativos y alimentos de comercio justo. El Comercio Solidario permanecerá abierto hasta el 5 de enero, todos los días laborables, sábados incluidos, de 10 a 13'30 y de 17 a 20 horas.



Aula de Formación. Primera Actividad del Año 2008

Mesa Redonda **ACTUALIDAD DE AMERICA LATINA**

Nuevos gobiernos en Sudamérica. Mujeres activas contra la Pobreza.

Ponentes: Rolando Ames (politólogo) y Carmen Lora (psicopedagoga, consultora en Estudios de Género), profesores de la Universidad Católica de Lima.

Casa de Cultura de Burlada. **JUEVES 17 DE ENERO.** 19,30 horas. Entrada Libre.

Felicite la Navidad con tarjetas de

medicusmundi
navarra

Paisajes de Navarra



1 Invierno en Pamplona
Javier Basiano



2 Esguies de Castillaterra
Grupo CABALA



3 Amaiur
Ana María Marín



4 Nieve en la Plaza del Castillo
Ángel Uranga

Comprando estas tarjetas usted contribuye a realizar proyectos de Cooperación y de Educación para el Desarrollo

CARACTERÍSTICAS DE LAS TARJETAS

Tarjetas dobles. Cartulina estucada 240 grs. Impresión color.

Formato

Nº 1, 3 y 4: tamaño plegado 13,5 x 19 cm.

Nº 2: tamaño plegado 21 x 10 cm.

INFORMACIÓN Y PEDIDOS

Helena Urzáiz

c/ Ronda de las Ventas, 4 - 1ª

31600 BURLADA

Tel. 948 131 574 - Fax 948 131 442

E-mail: helena.urzaiz@medicusmundi.es

PRECIOS DE TARJETA Y SOBRE

Pedidos de hasta 99 unidades: 0,80 €/unidad (IVA incluido).

Pedidos a partir de 100 unidades: 0,75 €/unidad (IVA incluido).

Los pedidos a partir de 100 unidades tendrán un 10% de descuento si se formulan antes del día 2 de noviembre.

salud para todo el mundo



Gracias

a 603 personas que eligieron el proyecto número 10.207

“Apoyo a las zonas de Salud Urbana en Kinshasa (R. D. de Congo)”



ha podido, durante el año 2007, con un presupuesto de 65.997 € :

- Rehabilitar un centro de Salud en Kisenso
- Ofrecer formación al personal de 3 zonas de salud
- Dotarlas de medicamentos esenciales
- Proveer suministros para transfusiones de sangre seguras

✕+ un proyecto +✕++
elegido por
clientes de **can**+