



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/Sub.2/AC.4/1996/3/Add.1
12 de junio de 1996

ESPAÑOL
Original: ESPAÑOL/INGLES

COMISION DE DERECHOS HUMANOS
Subcomisión de Prevención de Discriminaciones
y Protección a las Minorías
Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas
14° período de sesiones
29 de julio a 2 de agosto de 1996
Tema 5 del programa provisional

EXAMEN DE LOS ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PROMOCION
Y PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS LIBERTADES
FUNDAMENTALES DE LAS POBLACIONES INDIGENAS

Nota de la Secretaría

Adición

Información enviada por organizaciones de poblaciones
indígenas y organizaciones no gubernamentales

1. En su resolución 1982/34, de 7 de mayo de 1982, el Consejo Económico y Social autorizó a la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías a establecer anualmente un grupo de trabajo sobre poblaciones indígenas a fin de examinar los acontecimientos relativos a la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las poblaciones indígenas, incluida la información solicitada por el Secretario General anualmente, y prestar especial atención a la evolución de las normas relativas a los derechos de las poblaciones indígenas.

2. La Subcomisión, en su resolución 1995/38 de 24 de agosto de 1995, pidió al Secretario General que comunicara el informe del Grupo de Trabajo a las organizaciones indígenas y las organizaciones no gubernamentales y que las invitara a presentar información, en particular acerca de cuestiones relacionadas con la salud de los indígenas. En su resolución 1996/40 de 19 de abril de 1996, la Comisión de Derechos Humanos instó al Grupo de Trabajo a que continuara su examen a fondo de los acontecimientos y celebró su propuesta de que se subrayara la cuestión de los pueblos indígenas y la salud. De conformidad con las resoluciones, se enviaron las correspondientes comunicaciones. En el presente documento se reproducen las respuestas recibidas al 7 de junio de 1996 de organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales interesadas en el fomento y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las poblaciones indígenas.

CONSEJO DE LOS CUATRO VIENTOS

[Original: inglés]
[2 de abril de 1996]

1. En aplicación de las medidas para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, los Estados y las organizaciones internacionales deberían tener en cuenta los tres factores siguientes:
 - a) Cuando se les priva de sus medios tradicionales de subsistencia, las poblaciones indígenas tienden a sufrir una grave desnutrición. Dado que las comunidades indígenas suelen estar muy bien adaptadas a sus alimentos tradicionales, sustituirlos por alimentos importados tales como cereales, leche, grasas y aceites elaborados suele ser ineficaz para restablecer la salud nutricional y en realidad puede causar nuevos problemas de salud, en particular enfermedades cardíacas y diabetes (forma no dependiente de la insulina). Los peores déficit nutricionales encontrados en las comunidades indígenas que han perdido su alimentación tradicional son la anemia por deficiencia de hierro y la deficiencia de vitamina A, que van ambas acompañadas de infecciones infantiles e incapacidades de aprendizaje.
 - b) Las comunidades indígenas tienden a quedar desproporcionadamente expuestas a la degradación ambiental, en particular la contaminación de las aguas por los residuos de la minería, las sustancias químicas utilizadas por los mineros y las fábricas de pulpa y papel, los herbicidas y plaguicidas utilizados en la agricultura y la silvicultura, así como las aguas residuales y la basura no tratadas de los asentamientos que van ocupando sus tierras. Están especialmente expuestos al peligro, por carecer no solamente de medios jurídicos para detener las actividades industriales, sino también de medios financieros para aplicar medidas ambientales correctivas tales como instalaciones para la purificación y filtrado de aguas. La exposición a los contaminantes tiene repercusiones directas sobre la salud que causan muertes o, con mayor frecuencia, enfermedades crónicas e incapacidad. Los contaminantes también debilitan la resistencia de la población a las infecciones, con lo que se agravan las consecuencias perjudiciales de la desnutrición.
 - c) Las sociedades indígenas poseen un gran acervo de conocimientos médicos que pueden ser un recurso para ofrecer cuidado sanitario básico efectivo y económico a estas poblaciones y a sus vecinos. Estos recursos se están destruyendo con gran rapidez mediante una combinación de degradación ambiental y perturbación social y cultural de las sociedades indígenas. La medicina tradicional recurre a medicinas preparadas a partir de cientos de plantas y animales que se encuentran en los ecosistemas locales. Los cambios del ecosistema pueden eliminar esta farmacopea y los contaminantes industriales pueden hacer que las plantas y animales medicinales tradicionales (en caso de sobrevivir) sean tóxicos. Al mismo tiempo la perturbación de las sociedades indígenas mediante, entre otras

cosas, mayores tasas de mortalidad de adultos, la recogida de los niños, la educación obligatoria y la imposición de idiomas oficiales se combinan para romper el proceso de transmisión de conocimientos médicos de una generación a otra. A causa de ello, las comunidades indígenas pueden perder la capacidad de resolver sus problemas sanitarios y nutricionales básicos en un período de 20 a 25 años.

2. Puede verse con mucha claridad que la protección de la salud de las poblaciones indígenas solamente puede lograrse protegiendo sus tierras contra la degradación ambiental y las invasiones. La nutrición y la salud son inseparables de los derechos de la tierra.

3. En vista de todas estas cuestiones, recomendamos que las Naciones Unidas y sus organismos especializados consideren la posibilidad de adoptar inmediatamente las medidas siguientes para proteger la salud y la supervivencia física de las poblaciones indígenas:

- a) alentar la ratificación más amplia que sea posible y la aplicación del Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales de 1989 (Nº 169) dado que es el instrumento jurídico sobre derechos a la tierra más enérgico de que se dispone;
- b) pedir a la Organización Mundial de la Salud que establezca un diálogo con las autoridades sanitarias nacionales para hacerles comprender claramente la relación entre los derechos a la tierra, las actividades tradicionales de subsistencia y la salud;
- c) pedir al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia que prepare un informe importante sobre las consecuencias de la pérdida de tierras y la degradación ambiental para la supervivencia y la salud de los niños indígenas y le dé amplia publicidad;
- d) pedir a la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible que dé la mayor prioridad a la aplicación del capítulo 26 del Programa 21 y que, en este contexto, aliente a todos los gobiernos a que informen acerca de las medidas que hayan tomado para proteger las tierras y la subsistencia de las poblaciones indígenas;
- e) alentar al Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente a comenzar un proyecto para vigilar la cantidad y la calidad de las tierras de las poblaciones indígenas en todo el mundo, en relación con lo dispuesto en los artículos 8 y 10 del Convenio sobre la Diversidad Biológica;
- f) pedir a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura que, por conducto de su Centro del Patrimonio Mundial y el Programa Intergubernamental sobre el Hombre y la Biosfera, ayude a los gobiernos y a las poblaciones indígenas en la demarcación y protección de tierras que desempeñen un papel importante en la subsistencia, salud, prácticas médicas tradicionales y cultivos de las poblaciones indígenas;

- g) pedir a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y a la Organización Internacional del Trabajo que colaboren para facilitar la creación de redes mundiales de poblaciones indígenas para intercambiar información y conocimientos en las esferas de la ecología y la medicina.

ASOCIACION COORDINADORA DE COMUNIDADES
INDIGENAS DE EL SALVADOR

[Original: español]
[6 de febrero de 1996]

1. La situación de salud de nuestros pueblos indígenas en El Salvador es crítica, porque se vive en condiciones de extrema pobreza en la que históricamente hemos vivido y estamos viviendo, con una alimentación deficiente y sin los servicios básicos, como agua potable y energía eléctrica; no tenemos acceso a la educación, salud y vivienda, nuestros techos son de deplorables condiciones; y como golpe final, no tenemos acceso a nuestra madre Tierra, debido a que somos discriminados, explotados y marginados, porque nuestros derechos cada día son violados por parte de la sociedad dominante:

- No somos tomados en cuenta dentro del Estado, y no somos reconocidos como pueblos indígenas.
- No hay artículos dentro de la Constitución de la República de El Salvador que nos ampare como pueblos indígenas.
- Los lugares sagrados pertenecientes a nuestros antepasados han sido poseídos por el Estado, quedando así, nosotros, fuera de lo que es el acceso a ellos.

2. En nuestros pueblos hay mucha desnutrición, enfermedades que no podemos curar debido a la escasez de recursos económicos, ya que si se va a una clínica, la consulta es elevada y para la compra de la medicina nos quedamos cortos. Por eso agradecemos a la sabiduría de nuestro antepasados por habernos dejado los conocimientos de la medicina natural, que nos ayuda mucho a sobrevivir de las enfermedades.

CHIRAPAQ

[Original: español]
[28 de marzo de 1996]

Salud y desarrollo en los pueblos andinos
y amazónicos del Perú

1. En el Perú, según el último Mapa de la Pobreza, el 21,7% de la población está en situación de miseria o bajo extrema pobreza, es decir, sus ingresos no llegan a cubrir los requerimientos mínimos de nutrientes que permitan

mantener un estado de salud óptimo; deducimos entonces que uno de cada cinco peruanos sufre de hambre permanentemente. A este porcentaje se suma un 54% de la población que se encuentra debajo del estado de pobreza, cuyos ingresos no llegan a cubrir la canasta mínima de consumo (de bienes y servicios); por lo tanto, observan un desarrollo humano deficiente en muchos aspectos. Teniendo en cuenta que la población indígena en el Perú, según fuentes oficiales, es del 40%, aunque en realidad llegamos al 60% (incluyendo las urbes marginales), podemos concluir que el sector indígena es el que conforma mayoritariamente el grueso porcentaje de población carente de una salud aceptable.

2. Aun así, las comunidades andinas y amazónicas muestran estadísticas más alarmantes que las del resto de la población peruana: 35,34% de ellas se encuentran en el estrato de miseria; el 44,61% se encuentra en el estrato de extrema pobreza; el 17,93% está en el estrato de pobreza, y sólo un 2,12% muestra niveles de vida aceptables. Por lo tanto, el 97,88% de la población indígena en el Perú no tiene niveles de desarrollo humano dignos.

3. Evidentemente, la TMI (tasa de mortalidad infantil), de por sí alarmante a nivel nacional (76 por cada mil nacidos vivos), es doblemente alarmante respecto a nuestra población indígena: 116 por cada mil nacidos vivos (consolidado) en la zona andina llega a 140 por mil nacidos vivos, y en la zona amazónica a 146 por mil nacidos vivos (estratos de miseria). Esto se explica por la alta incidencia de enfermedades, muchas de ellas crónicas, la alimentación deficiente de la madre gestante, las deficiencias en cuanto a salud ambiental y a prevención inmunológica, la poca o nula infraestructura y asistencia médica, la falta de campañas sobre salud reproductiva.

4. Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 1991-1992), el 11% de las mujeres entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas. A los 19 años ya son una de cada cuatro, y entre ellas un 6% ya tiene por lo menos dos hijos. La alta fecundidad de adolescentes se hace más evidente en la población indígena amazónica, donde su nivel es dos veces más alto que en el resto del Perú.

5. En las comunidades indígenas, 60,06% de viviendas no tienen servicio de agua y 83,21% no tienen servicio de desagüe (consolidado). En la región andina el porcentaje de viviendas sin servicios de agua llega al 75,01% y en la región amazónica al 74,63% (estratos de miseria). El porcentaje de viviendas sin servicios de desagüe llega a 94,52% en la región andina y a 93,48% en la región amazónica compuesta por población indígena (estratos de miseria).

6. Si bien las campañas de inmunización son intensas a nivel nacional (cerca al 90% de cobertura nacional), y se ha logrado disminuir en algo la TMI, esto no es suficiente; los problemas de salud abarcan el agudo problema de la desnutrición infantil; la desnutrición crónica en estudiantes de primer grado llega a 48% a nivel nacional; asimismo, una de sus consecuencias más visibles es el descenso en el promedio de talla de los niños. El problema de la desnutrición junto al de la inestabilidad familiar son los principales causantes del bajo rendimiento o el ausentismo escolar. Si pensamos que el 30% de la población nacional son niños, y otro 14% son adolescentes, qué

podemos esperar en el futuro con generaciones de niños mal alimentados y con bajo rendimiento académico. (Datos del censo de talla en escolares - INEI, UNICEF.)

7. Como vemos, las condiciones de salud en el Perú distan mucho de ser las más óptimas y si vemos las cifras relativas a las poblaciones indígenas, la situación es muy grave; tanto así, que a ese ritmo muchos pueblos indígenas amazónicos corren el riesgo de extinguirse, y la suya se convierte en una lucha cotidiana por la sobrevivencia. Si nos atenemos a la premisa de la Organización Mundial de la Salud, nuestros pueblos indígenas no gozan de salud ni física ni mental ni social.

8. El problema no se resolverá poniendo más postas médicas, haciendo esterilizaciones masivas y vacunando contra enfermedades, muchas de las cuales son causadas sencillamente por el hambre y la desnutrición; tampoco se resolverá haciendo llegar esporádicamente donaciones de alimentos o haciendo campañas de solidaridad. El problema es estructural; por lo tanto el cambio debe ser estructural. Los Estados-nación no pueden vivir de espaldas a la realidad y marginar de las políticas de desarrollo a tan vastos sectores de la población, si no siempre van a arrastrar conflictos sociopolíticos. En el caso de nuestro país, debemos empezar por reconocer nuestra diversidad, y por lo tanto asumir honestamente el principio de la igualdad en esa diversidad, no verla como un escollo sino como una ventaja. Nuestros pueblos pueden y deben alcanzar un óptimo desarrollo humano sin renunciar a su cultura y a su identidad; eso es dignidad; nosotros tenemos mucho que aportar a la modernidad, y en este caso sólo mencionamos la riqueza de la medicina tradicional. Las culturas andinas y amazónicas guardan un vasto conocimiento sobre las propiedades y manejo de plantas medicinales y en ese conocimiento pueden haber muchas esperanzas para las enfermedades que azotan a la humanidad. Pedimos, como debe ser, que se reconozcan los derechos que corresponden a nuestros pueblos como aportantes de esos conocimientos; no es justo que los investigadores y las empresas farmacéuticas se los lleven y los patenten para beneficio propio, como ya ha ocurrido innumerables veces.

9. Es preciso reconocer entonces que el mejoramiento de la salud es una cuestión social, económica y cultural que debe contribuir al crecimiento y desarrollo de los pueblos. El gasto en salud es a la larga una inversión productiva, pues la mayor riqueza de los países es y debe ser el elemento humano.

COMISION JURIDICA PARA EL AUTODESARROLLO DE
LOS PUEBLOS ORIGINARIOS ANDINOS

[Original: español]
[21 de marzo de 1996]

1. La tradición económica de los pueblos originarios andinos se caracterizó por un alto volumen en la producción de alimentos para la población. Con esta medida se configuró un verdadero plan de salud preventiva que tuvo vigencia en los Andes hasta el siglo XVI.

2. La salud pública fue administrada directamente por cada comunidad de base, sin ocasionar gastos a un poder central. El alimento era a la vez medicina y la salud social era producto del bienestar comunitario.

3. La salud en los pueblos originarios andinos tiene dos componentes inseparables: la salud corporal de los individuos y la salud social de la comunidad. Al fallar uno de ambos, se produce la enfermedad.

4. En materia de salud durante los últimos cuatro siglos, lo único que se ha hecho es desestructurar la producción de alimentos y dismantelar todo el plan de salud preventiva puesta en marcha por los amautas en las sociedades originarias inca y preinca.

5. La mayor parte de las enfermedades que agobian a la población indígena del Perú tienen su origen en la desnutrición provocada por la mala alimentación. Y la malnutrición llegó a los Andes con la colonia.

6. La malnutrición, acompañada de los trabajos más penosos que se les impuso a las poblaciones indígenas en los obrajes, en las minas, en las haciendas, ha provocado un estado de salud calamitoso en el Perú. Si a esto agregamos el desarraigo, las muertes forzadas, la Inquisición, la desestructuración económica que impuso la colonia y su secuela republicana, arroja un saldo de apatía e insalud social, cuyos efectos aún sufrimos.

7. Del tributo indígena impuesto desde la colonia, y pagado puntualmente por la población originaria, no se destinó nunca partidas presupuestarias para reciclar la salud de nuestras poblaciones indígenas. Cada comunidad, a costo propio, reciclaba su estado de salud.

8. Por eso resulta asombroso ver que pasados cinco siglos de desnutrición provocada en agravio de nuestra población originaria, los pueblos indígenas del Perú y de Sudamérica siguen en pie gracias a esa magnífica planificación de la salud pública que les dejaron sus ancestros y que hasta el día de hoy subsidia los costos de salud en los Andes.

9. Hoy en día la carga más pesada que soporta el presupuesto del Ministerio de Salud del Gobierno peruano está constituida por el dinero que destina en la curación de las enfermedades que agobian a la población indígena de este país.

10. En cualquier hospital de la República se aprecia un abarrotamiento de enfermos indios, lo que origina que dicho sector público requiera cada vez más un mayor flujo de recursos no retornables en efecto numérico para el Gobierno.

11. Sin embargo, esos requerimientos han servido muchas veces para justificar un endeudamiento en cadena que hasta el día de hoy no resuelve los problemas de salud y malnutrición.

12. Aunque en algunos casos existe buena voluntad de hacer un buen uso de los presupuestos, el excesivo centralismo no permite un efectivo control de los recursos que se destinan para la salud de los pueblos indígenas; la empleocracia y hasta los propios profesionales de la salud, debido a una mala administración, han llevado a la quiebra al sistema de salud en el Perú, donde ahora ningún servicio es gratuito.

13. No hay una partida presupuestaria para fomentar los mecanismos de salud preventiva propia de las comunidades, los yatiris (curanderos), oficialmente no son reconocidos como médicos tradicionales en los Andes; sin embargo, se destina el grueso del presupuesto para cubrir el pago de planillas de un personal médico que no tiene ninguna voluntad para comprender la personalidad originaria de los pacientes indios.

14. La población indígena del Perú no quiere continuar siendo una carga para el presupuesto público de la salud, ni tampoco quiere seguir siendo pretexto para el endeudamiento; lo que reclama es que se le permita hacer uso del derecho a la autodeterminación en materia de planificación y ejecución sanitaria, la que junto a un libre manejo de sus recursos naturales habrá de resolver sus problemas de salud.

15. La población indígena sólo concurre a un hospital en caso extremo de una enfermedad, pues no tiene confianza en los establecimientos oficiales toda vez que allí recibe malos tratos, el personal de auxiliares y enfermeras provienen de los estratos criollos que tiene animadversión a los indios, y cuyo trato, en vez de curarlo empeora la enfermedad del paciente indígena. Por otra lado, ni la salud social ni la salud anímica de la población originaria está cubierta por la acción pública en materia de salud.

16. La medicina oficial en el Perú es la medicina occidental y científicamente no es la más idónea para afrontar los problemas de salud en este país, cuya población mayoritaria es indígena. Se requiere implementar un sistema de salud inspirado en la filosofía de la medicina originaria.

17. La medicina originaria andina se fundamenta, como ya lo hemos dicho, en un plan de salud preventiva basado en la alta producción de alimentos y una adecuada distribución, lejos de todo centralismo.

18. Los recursos en materia de salud que yacen en la amazonia peruana tampoco han sido movilizadas hasta el día de la fecha, salvo casos aislados. Es doloroso comprobar que nativos del oriente trasladados forzosamente a la ciudad padezcan de enfermedades que nunca tuvieron en su lugar de origen.

19. En general, la salud natural tan propicia para ejecutarse en el Perú, no tiene cabida en los actuales programas de la salud pública. La inversión en salud no puede evaluarse contando el número de establecimientos hospitalarios, ni admirando únicamente los adelantos de la medicina occidental aplicados en el Perú, sino permitiendo que sea contrastada con los resultados de un plan alternativo de medicina natural para la población en general.

20. La salud no se puede circunscribir sólo al bienestar del cuerpo sino que comprende las condiciones de vida, las características del medio ambiente, las posibilidades de lograr bienestar, en las que se incluye la economía. El despojo de que fueron objeto los pueblos indios desestructuró su economía, causando un efecto pernicioso en la salud de los pueblos que, hasta el día de hoy, no logran recuperar su estado armónico.

21. El mal estado de salud que padecen gran parte de los pueblos indígenas del Perú se debe a que desde la colonia hasta nuestros días no han tenido la posibilidad de gestionar por sí mismo su propia economía, ni su medio ambiente.

22. Antes la corona y hoy los gobiernos republicanos se han atribuido el derecho de pensar por los indios, privando a estos últimos de decidir sobre su propio destino. Este fenómeno agobia la salud social de los pueblos indios y consecuentemente acarrea un malestar en la salud corporal y mental de sus integrantes. Se habrá hecho justicia cuando se les devuelva el derecho a ser gestores directos de sus propios sistemas de salud.

23. Las presiones sociales a que actualmente están sometidos nuestros pueblos provocan ansiedad, temor, marginabilidad, y ningún pueblo puede vivir sanamente si está agobiado por estos males. Ni los más grandes presupuestos nacionales podrían soportar la carga que significa curar la mala salud de un pueblo oprimido.

PARLAMENTO INDIGENA DE AMERICA

[Original: español]
[8 de mayo de 1996]
[resumen]

1. Para comprender los problemas de salud de los indígenas de las Américas se requiere reconocer su condición de población multiétnica que se traduce en una extraordinaria diversidad de grupos, lenguas, culturas, creencias, tradiciones e identidad. La propiedad y la explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los grupos autóctonos de la región, ya que la tierra es parte fundamental de su vida, su cultura e historia y, a la vez, determinante de su supervivencia y de su nivel de salud y nutrición. La salud de los pueblos indígenas varía en proporción directa con la preservación y demarcación de los territorios que ocupan tradicionalmente. La desnutrición provocada por el desmantelamiento del sistema de producción de alimentos y la destrucción de los medios de supervivencia, es dos veces mayor en la población indígena que en la población de bajos ingresos.

2. El perfil de enfermedades en las poblaciones indígenas, es similar al de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Las enfermedades de origen viral (influenza, sarampión, dengue, poliomielitis, enfermedades respiratorias por arbovirus, hepatitis B, etc.) adoptan con frecuencia un carácter epidémico y explosivo, en particular en aquellos grupos con bajos

niveles de inmunidad. Las tasas de prevalencia de enfermedades endémicas en las áreas tropicales y subtropicales (por ejemplo, leishmaniasis, oncocercosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, etc.) se mantienen altas, afectando particularmente a la población indígena. Otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la malaria han recrudescido. Las tasas de incidencia y letalidad entre las poblaciones indígenas por la epidemia del cólera, son altas, y la frecuencia de las enfermedades por transmisión sexual es mayor. El SIDA representa un grave riesgo adicional para los grupos indígenas que viven en áreas con alta infección por VIH.

3. La incidencia de las enfermedades mentales, alteraciones por el estrés, la violencia, la depresión y el suicidio, y las muertes accidentales y violentas, el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias, ha aumentado en la población indígena joven y adulta de ambos sexos. Los problemas de parasitosis, malnutrición caloricoproteica y enfermedades por deficiencia de micronutrientes, en particular hierro, vitamina A y yodo persisten. La hiperplasia tiroidea, la colelitiasis, la obesidad y la diabetes mellitus son patologías frecuentes particularmente entre los indígenas norteamericanos. El perfil de la salud de la mujer indígena es alarmante, debido en gran parte a las enfermedades descritas anteriormente, sumadas a los problemas derivados de su función productiva (por ejemplo, embarazos en edades tempranas; complicaciones del embarazo y parto; anemia ferropriva, etc.), otros problemas de salud mental (por ejemplo, abusos sexuales y violencia doméstica), los problemas derivados de riesgos por su trabajo en la agricultura o en el sector urbano informal o de servicios, o en la industria.

4. En las áreas rurales, casi la mitad de la población no tiene acceso a agua limpia y las dos terceras partes no tiene servicios de eliminación de excretas y basura. Los países con mayores proporciones de población indígena muestran a la vez los más bajos porcentajes de población servida con agua y servicio de eliminación de excretas. La contaminación por el uso de fertilizantes químicos, plaguicidas e insecticidas organofosforados, sumada a la eliminación de residuos tóxicos o radiactivos, agrava la situación de salud en el medio rural a tal punto que se han encontrado trazas significativas de productos como el DDT y niveles tóxicos de mercurio, en aguas superficiales, en la leche materna y en los alimentos. La persistente y continua sobreexplotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo, y otros recursos, como el caucho, en el pasado), y las olas sucesivas de colonos, junto a la presencia de misiones de evangelización, incursiones de militares (por conflictos fronterizos, represión de actividades subversivas, etc.) o civiles dedicados a actividades ilícitas como el contrabando y el tráfico de drogas, constituyen los desafíos más importantes de la salud humana y ambiental para muchos de los asentamientos indígenas de la región del Pacto Amazónico, particularmente del Brasil y de la vertiente amazónica de los países andinos. Por su parte, la desaparición de los espacios verdes, la construcción de carreteras, represas de agua y plantas hidroeléctricas, así como otros proyectos de desarrollo, ha aumentado considerablemente la proliferación de vectores o huéspedes intermediarios, con el consiguiente aumento en la transmisión de ciertas enfermedades en las poblaciones indígenas.

5. Esta realidad alarmante exige soluciones tanto inmediatas como mediatas, reales, globales, definitivas y que lleven a resultados permanentes. La salud no es un estado de mera ausencia de enfermedad sino la dimensión total y cualitativa de la vida humana. El modelo curativo de salud no es la única solución. El 80% de la población mundial recibe atención primaria de salud a través de la medicina tradicional, remedios a base de hierbas y plantas medicinales; y el 90% de los partos en algunas zonas rurales son atendidos por las parteras. La etnomedicina basada en las creencias religiosas y seculares de la cultura, con sus agentes de salud, tales como herbalistas, shamanes, ritualistas, hueseros, sobadores, adivinadores, parteras y otros especialistas indígenas, forman el núcleo de los trabajadores del nivel primario de atención de salud para muchas comunidades y pueblos alrededor del mundo.

6. Proponer la articulación de la etnomedicina y la biomedicina no implica que la medicina moderna deba retornar a las prácticas médicas del pasado, ni la idealización de la etnomedicina. Implica la inclusión, en el sistema biomédico, de muchas de las prácticas beneficiosas y adaptativas que la etnomedicina tiene para ofrecer. Esta complementación solucionaría las deficiencias de cada una de ellas. La investigación intercultural proveerá la teoría para la colaboración mutua de estos sistemas médicos pluralistas en el sistema nacional de salud. El reto es hacerlo evitando el sincretismo donde los agentes tradicionales de salud practiquen procedimientos de la biomedicina sin previo entrenamiento, o que los agentes de la medicina occidental adopten aspectos de la etnomedicina fuera del contexto. En algunos países como el Ecuador, Nicaragua y Bolivia, ya se cuenta con experiencias valiosas en la integración de estos dos sistemas de salud, que deben ser apoyadas y extendidas. El intercambio de información entre los países de la región evitará la duplicación de proyectos y esfuerzos.
