

COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA. (CESAM)

ACTA CONSTITUTIVA

Los Países Miembros del TCA, con ocasión de la III Reunión del Consejo de Cooperación Amazónica (CCA) (16 al 18 de marzo de 1988):

- Recordando que el TCA prevé en su Artículo XXIV la posibilidad de crear comisiones especiales destinadas al estudio de temas específicos de interés para los países amazónicos;
- Considerando que la salud es un factor fundamental en el proceso de desarrollo armónico de la Amazonia y que es necesario promover la coordinación de los actuales servicios de salud y adoptar las iniciativas que sean aconsejables con miras a mejorar las condiciones sanitarias de la región.
- Teniendo en cuenta la recomendación de la reunión técnica del Grupo Ad-hoc realizado en Brasilia del 9 al 11 de noviembre de 1987 de desarrollar un programa sincronizado de vigilancia y control a través de un instrumento operativo adecuado.
- Teniendo presente que en la III Reunión Ordinaria del CCA, celebrada en Brasilia del 16 al 18 de marzo de 1988, se decidió la necesidad de establecer la CESAM:

ACUERDAN

1 . Crear la CESAM como órgano de coordinación sectorial del CCA.

2. La CESAM tiene los siguientes objetivos:

- Incentivar, coordinar y supervisar la ejecución de programas regionales y otras actividades emprendidas por los Países Parte del TCA en el campo de la salud; y
- Actuar como mecanismo para obtener recursos financieros provenientes de fuentes internacionales y como coordinador de la aplicación de los mismos en programas regionales de salud.

3. El Reglamento de la CESAM será elaborado y aprobado por ella misma, teniendo como base el Reglamento del CCA y como referencia el Reglamento de la CECTA.

Suscrita en la ciudad de Brasilia, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y ocho (1988), con ocasión de la 111 Reunión del CCA.

DELEGACIONES

POR BOLIVIA

POR BRASIL

POR COLOMBIA

POR ECUADOR

POR GUYANA

POR PERU

POR SURINAME

POR VENEZUELA

1 REUNIÓN ORDINARIA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA. (CESAM) ACTA FINAL

I. INTRODUCCION

1. En julio de 1978, los países amazónicos: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela firmaron el TCA con el objeto de conjugar los esfuerzos nacionales para promover el desarrollo armónico de la Amazonia, con una distribución equitativa de los beneficios de ese desarrollo entre las partes contratantes, para elevar el nivel de vida de sus pueblos y con el fin de lograr la incorporación de sus respectivos territorios amazónicos a las economías nacionales.

2. El Artículo VIII del Tratado indica que las "Partes Contratantes deciden promover la coordinación de los actuales servicios de salud de sus respectivos territorios amazónicos y tomar otras medidas que sean aconsejables con vistas a mejorar las condiciones sanitarias de la región y el perfeccionamiento de los métodos tendientes a prevenir y combatir las epidemias".

3. En las reuniones sostenidas en el marco del Tratado tales como la I Reunión de MRE de 1980, la 1 Reunión del CCA, y la II Reunión de MRE, las dos últimas celebradas en 1983, fue reafirmada la relevancia de la cooperación en el campo de la salud. En la II Reunión de MRE de los Países Miembros del TCA firmaron la Declaración de Santiago de Cali, el 8 de diciembre de 1983, por la cual decidieron determinar "la realización de estudios de intercambio de informaciones sobre enfermedades transmisibles, principalmente sobre la fiebre amarilla y el dengue de la región amazónica, sobre todo en lo referente a la amenaza de diseminación de tales enfermedades en las áreas urbanas, a fin de realizar un seminario para discutir el asunto con todas sus implicaciones y establecer planes concretos de acción conjunta para impulsar el apoyo financiero, técnico y de personal de la OPS y de la OMS".

4. El Seminario sobre Infestación del *Aedes aegypti* en los Países Miembros del TCA se realizó del 29 al 31 de octubre de 1984 en la ciudad de Belém de Pará, Brasil. Fue organizado por la Superintendencia de Campañas de la Salud Pública (SUCAM), del Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil y patrocinado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y por la Superintendencia de Desarrollo de la Amazonia (SUDAM).

5. Para implementar las acciones que se hacen necesarias en razón de las conclusiones del Seminario, arriba mencionado, los representantes de los países participantes hicieron varias recomendaciones.

6. La II Reunión del CCA, celebrada en La Paz, Bolivia entre los días 25 y 26 de septiembre de 1986, recogió varias iniciativas en el área de la salud como, por ejemplo, la creación de mecanismos, bajo la coordinación de la SPT, para programas y acciones coordinados de salud de ámbito regional.

7. En octubre de 1987, los representantes de los Países firmantes del TCA, efectuaron una solicitud al Director de la OPS/OMS, para la obtención de apoyo destinado a la realización de programas de salud en la Amazonia. La solicitud fue aprobada y se conformó un Grupo Ad-hoc para que formulara propuestas de acción concreta. Dicho Grupo Ad-hoc se reunió en Brasilia del 9 al 11 de noviembre de 1987 y decidió que, para cumplir los objetivos propuestos, es necesario tomar varias acciones entre las que vale la pena destacar:

La constitución de un grupo de trabajo permanente con el fin de hacer el seguimiento y la evaluación del progreso en la ejecución sincronizada de acciones para la vigilancia, prevención y control de malaria, *Aedes aegypti* y otras epidemias de importancia para la salud pública en la región amazónica.

8. Es así como en la III Reunión del CCA, celebrada en Brasilia en marzo de 1988, fue aprobada el Acta Constitutiva de la CESAM.

II. CEREMONIA DE INSTALACIÓN

9. Se llevó a cabo el día 8 de noviembre de 1988 en Bogotá, Colombia, con la presencia de las delegaciones de Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú, Venezuela y Colombia, representantes de la SPT, del CCA y representantes de la OPS, la UNICEF y de algunas instituciones colombianas. No estuvieron presentes los representantes de Guyana y Suriname. En cuanto se refiere a Suriname, la SPT del CCA informó haber recibido una nota verbal de ese gobierno por medio de la cual manifestaba que motivos de fuerza mayor le impedían hacerse presentes en la reunión.

10. En el acto tomó la palabra inicialmente, el doctor MANUEL MANJARRES ANGULO, Secretario General del Ministerio de Salud de la República de Colombia y Secretario Ejecutivo de la CESAM; a continuación tomó la palabra el Embajador FABIO TORRIJOS QUINTERO, Jefe de la División de Fronteras del Ministerio de Relaciones de

Colombia, en representación de la SPT del CCA. Finalmente el doctor LUIS H. ARRAUT ESQUIVEL, Ministro de Salud de Colombia declaró instalada la CESAM. Los discursos de estas autoridades se encuentran en el Anexo N° 2 del presente informe.

III. ELECCIÓN DE LA MESA DIRECTIVA PROVISIONAL, APROBACIÓN DE LA AGENDA Y DEL REGLAMENTO

11. La Mesa Directiva Provisional fue elegida con la siguiente confirmación:

Presidente

Doctor MANUEL MANJARRES ANGULO Secretario General del Ministerio de Salud de Colombia

Vicepresidentes

Doctor JOSE LEITE SARAIVA Secretario General del Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil

Doctor NELSON DAVILA CASTILLO Director General de Salud de la República del Ecuador

Relatores:

Secretario, Doctor CLAUDIO RAJA GABAGLIA L. División de América Meridional Segunda del Ministerio de Relaciones Exteriores del Brasil

Doctor CARLOS FUENTES MEDRANO

Jefe de Oficina de Organismos y Acuerdos Internacionales del Ministerio de Salud de Colombia.

12. Enseguida fue aprobada por unanimidad la Agenda de la Primera Reunión Ordinaria que aparece en el Anexo N° 3.

13. El Proyecto de Reglamento de la CESAM fue ampliamente discutido por las delegaciones presentes y aprobado con modificaciones, según consta en el Anexo N° 4.

IV. EXPOSICIONES DE LOS PAISES MIEMBROS DEL TRATADO DE COOPERACIÓN AMAZÓNICA

14. Considerándose prematuro proceder al examen y aprobación del programa de trabajo de la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, antes de consolidarse el trabajo de la reunión, las delegaciones procedieron a presentar sus exposiciones sobre la situación de salud de sus respectivas regiones amazónicas, que se resumen a continuación y cuyo texto completo se encuentra en el Anexo N° 5.

15. El representante de Bolivia presentó un cuadro completo de la situación epidemiológica del país, incluyendo datos estadísticos con énfasis en la región amazónica. Se examinaron aspectos parasitológicos, entomológicos, antropológicos, administrativos y gerenciales, de investigación y operacionales. Fue discutida igualmente la problemática sobre la enfermedad de Chagas, Hanseniasis, fiebre amarilla, Aedes aegypti, fiebre hemorrágica boliviana y leishmaniasis.

16. El representante del Brasil habló ampliamente sobre el aspecto de la situación actual de salud de los territorios amazónicos, incluyendo las actividades realizadas en cumplimiento de las acciones acordadas en la reunión técnica del Grupo Ad-hoc, las necesidades de la región en materia de cooperación técnica internacional e, igualmente, sobre las pautas consideradas de importancia para el desarrollo subregional en el área de la salud. Menciona que, a través de los indicadores tradicionales de salud, se puede afirmar que son pocas satisfactorias sus condiciones, encontrándose alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, fiebre amarilla, leishmaniasis, lepra y tuberculosis, agravadas por las condiciones de marginalidad.

17. El representante del Ecuador se refirió en forma pormenorizada a la situación de salud de la región amazónica ecuatoriana, mencionando características generales y poblacionales. Presentó igualmente un perfil detallado de la morbimortalidad en diferentes áreas de la región amazónica con base en diferentes cuadros estadísticos. Finalmente hizo referencia a los servicios de salud que se prestan en la región.

18. El representante del Perú presentó un completo cuadro de las características y situaciones epidemiológicas de las principales endemias de la región amazónica. Se refirió en forma resumida a enfermedades de mayor prevalencia en la región como la diarrea, la fiebre amarilla, la malaria y la leishmaniasis. En el documento presentado se describen las actividades realizadas en cumplimiento de lo acordado en la Reunión Técnica del Grupo Ad-Hoc y se incluyen algunos perfiles de proyectos.

19. El representante de Venezuela presentó diversos aspectos geográficos y étnicos de la Amazonia venezolana, especificando las principales causas de morbilidad del grupo indígena predominante. Se refirió igualmente a la red de atención médica primaria de la región y dio énfasis especial a la malaria, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla y otras patologías frecuentes en la región. Mencionó también el comportamiento de los patrones nutricionales y crecimiento de la población local.

20. El representante de Colombia se refirió a la situación en la región de las enfermedades transmitidas por vectores, enfatizando el comportamiento epidemiológico de las mismas. Se complementó su ponencia con la presentación del

diagnóstico general de salud, las estrategias y acciones que se ejecutan, las posibilidades de oferta y de cooperación técnica internacional en la Amazonia colombiana.

V. METODOLOGIA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

21. Las delegaciones acordaron como áreas prioritarias de trabajo las siguientes:

- Materno -infantil.
- Salud ambiental.
- Endemias.
- Medicamentos básicos, esenciales o genéricos y medicina tradicional.
- Desarrollo y organización de los servicios de salud.
- Desastres con énfasis en inundaciones.

22. Fueron propuestos tres grupos de trabajo:

Grupo I: Legislación y bases legales del TCA. Se consideraron como coherentes para el funcionamiento de la CESAM los principios de bases legales existentes para el TCA.

Grupo II: Preparación de diagnósticos de Salud de la región amazónica, desde el punto de vista macro (Anexo No 6).

Grupo III: Estrategias mínimas establecidas como guía básica para los Países Miembros del TCA (Anexo No 7).

23. Las delegaciones consideran pertinente el establecimiento de criterios para normar la metodología para la elaboración de proyectos subregionales, considerando los siguientes elementos:

- Diagnóstico de la situación de salud de cada País Miembro.
- Objetivos.
- Actividades.
- Resultados esperados.
- Recursos requeridos de orden nacional e internacional.
- Período de duración del proyecto.

VI. PROGRAMA DE TRABAJO DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA

24. La Secretaría Ejecutiva presentó su programa de trabajo (Anexo N' 8).

VII. PLAN DE TRABAJO DE LA CESAM PARA 1988

25. La Plenaria aprobó el siguiente plan de trabajo teniendo como base principal las áreas fronterizas.

Actividades

- a) Diagnóstico de la situación de salud de cada País Miembro del TCA (Anexo N' 9).
- b) Elaboración de perfiles de proyectos por áreas prioritarias de acuerdo con el contenido de las estrategias (Anexo N° 10).
- c) Comunicación de la nominación de los delegados de los Países Miembros.
- d) Cronograma de reuniones bilaterales y/o fronterizas (Anexo No 10).

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

26. Los Delegados de los Países Miembros del TCA consideraron necesario implementar las siguientes recomendaciones finales:

- a) Que los perfiles de proyectos subregionales contemplen las áreas fronterizas de los Países Miembros.
- b) Se reitera la importancia de las seis grandes áreas seleccionadas y de las estrategias y mecanismos de control específicos contemplados en el capítulo V.
- c) Debe ser solicitada cooperación técnica de organismos internacionales para un levantamiento de datos complementarios para la preparación de los perfiles de los proyectos subregionales de cada País Miembro.
- d) Se recomienda que se incluya en la agenda de la IV Reunión del CCA como punto específico el informe y entrega de la Secretaría Ejecutiva de la CESAM. por parte de Colombia al Ecuador, país en el que se ejercerá la SPT.

IX. LECTURA Y APROBACIÓN DEL INFORME FINAL

27. Se dio lectura por parte de la relatoría al presente informe final, el cual fue aprobado por unanimidad por las delegaciones de los países asistentes, y fueron objeto de revisión específica el reglamento de la CESAM (Anexo N'

4) y el documento sobre el diagnóstico (Anexo N' 6).

28. A continuación, se procedió a dar lectura de una comunicación del representante de UNICEF en Brasil dirigida a la doctora Teresa Albanez, Directora Regional de UNICEF, por considerarla de gran interés para las delegaciones, en la cual se menciona, entre otros, la complacencia expresada por UNICEF para apoyar las acciones dirigidas al análisis de la situación de los niños en la Amazonia (Anexo N' 1 I).

X. CEREMONIA DE CLAUSURA

29. Se inicia con las palabras del doctor Luis Miguel León del Perú, en representación de los países participantes (Anexo N' 12).

30. Finalmente, el doctor Manuel Manjarres Angulo, Secretario General del Ministerio de Salud de Colombia y Secretario Ejecutivo de la CESAM, pronunciaron las palabras de clausura (Anexo No 13), refiriéndose a la importancia de las actividades desarrolladas durante el evento como base para la implementación de planes de salud de la región amazónica, y deseando un feliz retorno a las delegaciones de los países presentes.

ANEXO Nº 4

REGLAMENTO DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

Los Países Miembros del TCA, con ocasión de la instalación y Primera Reunión Ordinaria de la CESAM:

- Considerando que en la 111 Reunión del CCA se aprobó el "Acta Constitutiva de la CESAM", y
- Considerando que el "Acta Constitutiva de la CESAM" establece que el reglamento de la CESAM será elaborado y aprobado por ella misma, teniendo como base el Reglamento del CCA y como referencia el Reglamento de la CECTA.

DECIDEN:

Aprobar el presente Reglamento de la CESAM que se incluye a continuación:

1. Origen y objetivos

La CESAM fue creada por decisión de la III Reunión Ordinaria del CCA efectuada en la ciudad de Brasilia, Brasil, en marzo de 1988 por recomendación de la Reunión Técnica del Grupo Adhoc realizada en Brasilia del 9 al 11 de noviembre de 1987, para desarrollar un programa sincronizado de vigilancia y control de la salud a través de un instrumento operativo adecuado, y tiene como objetivos:

- 1.1 Incentivar y coordinar la ejecución de proyectos regionales y otras actividades emprendidas por los Países Miembros del TCA, en el campo de la salud, y
- 1.2 Actuar como mecanismo de intermediación en la obtención de recursos financieros provenientes de fuentes internacionales, y como coordinadora de la aplicación de los mismos proyectos regionales de salud.

2. Composición y estructura

- 2.1 La CESAM estará constituida por ocho (8) miembros titulares, designándose uno por cada País Miembro del TCA.
- 2.2. Cada país designará, igualmente, su suplente, que sustituirá al titular en sus ausencias.
- 2.3. La CESAM tendrá un Secretario Ejecutivo, nombrado por la SPT del CCA. El mandato del Secretario Ejecutivo coincidirá con el mandato de la SPT que lo haya indicado.
- 2.4. El Secretario Ejecutivo tendrá derecho a voz en las reuniones de la CESAM.
- 2.5. La CESAM tendrá una Mesa Directiva, constituida por un presidente, dos vicepresidentes y dos relatores.
- 2.6. La Mesa será elegida en cada reunión ordinaria de la CESAM, con un mandato hasta la reunión ordinaria siguiente; sus miembros podrán ser elegidos hasta por un período adicional.
- 2.7. La Secretaría Ejecutiva de la CESAM coordinará todas sus acciones con la SPT del Consejo del TCA.

3. Atribuciones y funciones

Para alcanzar sus objetivos, la CESAM tendrá las siguientes atribuciones, en lo referente al sector de la salud en el ámbito del TCA.

- 3.1. Definir acciones, estrategias y áreas prioritarias.
- 3.2. Establecer normas para la evaluación y aprobación de proyectos.
- 3.3. Realizar el seguimiento de programas y proyectos.
- 3.4. Estimular la realización de estudios bilaterales o multilaterales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de las regiones amazónicas de los Países Miembros.
- 3.5. Opinar y recomendar con respeto a la utilización de mecanismos de financiamiento de programas y proyectos, inclusive por medio de los organismos internacionales.

- 3.6. Recomendar acciones bilaterales o multilaterales a los Países Miembros del TCA para viabilizar la ejecución de proyectos regionales.
- 3.7. Promover la difusión de las informaciones relativas a las actividades desarrolladas en salud por los Países Miembros del TCA.
- 3.8. Propiciar y establecer mecanismos que permitan el cumplimiento de las decisiones, en materia de salud del CCA.
- 3.9. Examinar y aprobar el programa de trabajo de la Secretaría Ejecutiva.
- 3.10. Instruir a la Secretaría Ejecutiva en lo que fuere de su competencia.
- 3.11. Delegar a la Secretaría Ejecutiva atribuciones para el intervalo de sus sesiones regulares, especialmente en referencia a la apreciación de proyectos y a la coordinación y seguimiento de su ejecución.
- 3.12. Manifestarse a través de decisiones en concordancia con los artículos XXIV y XXV del TCA.

4. Funcionamiento

4.1. La CESAM se reunirá ordinariamente una vez el año y extraordinariamente con la frecuencia que sea necesaria a propuesta de por los menos dos de sus miembros.

4.2. La convocatoria de reuniones ordinarias de la CESAM se hará por intermedio de la SPT, con una anticipación mínima de sesenta (60) días; la convocatoria para las reuniones extraordinarias se hará por la misma vía con una anticipación mínima de treinta (30) días.

4.3. Las reuniones ordinarias se realizarán en el país sede de la SPT, que cubrirá los costos de la Secretaría y sede.

4.4. Las reuniones extraordinarias se realizarán en uno de los países proponentes, el cual cubrirá los costos de Secretaría y sede.

4.5. Los miembros de la CESAM atenderán las consultas técnicas que, por correspondencia, realice la Secretaría Ejecutiva.

4.6. Las reuniones de la CESAM se celebrarán con la presencia de todos sus miembros. A título excepcional, en caso de impedimentos previamente comunicados a la Secretaría Ejecutiva con un quórum mínimo de seis (6) miembros presentes.

5. La Secretaria Ejecutiva

5.1. La Secretaría Ejecutiva de la CESAM, parte integrante de la SPT, es el órgano que cumplirá las acciones de apoyo técnico-científico y administrativo.

5.2. La Secretaría Ejecutiva será ejercida por un profesional, preferencialmente del área de la salud, nombrado por la SPT, quien será apoyado directamente por técnicos y administradores de entidades del país sede la SPT, inclusive por sus comisiones nacionales.

5.3. El Secretario Ejecutivo, en el ejercicio de sus atribuciones, podrá solicitar la cooperación de entidades técnico-científicas de otros países del TCA, a través de los organismos nacionales de salud, así como reunir grupos de trabajo para asesorarlos en determinados asuntos.

5.4. Es competencia de la Secretaría Ejecutiva:

- a. Cumplir las decisiones establecidas por la CESAM.
- b. Identificar nuevos planes, programas y proyectos, analizarlos y someterlos a la consideración de la CESAM.
- c. Apoyar la ejecución de planes programas y proyectos aprobados.
- d. Promover la adecuada integración entre los agentes ejecutivos de los programas y proyectos.
- e. Negociar con organismos internacionales bases para programas y proyectos regionales, respetando siempre las iniciativas de los Países Miembros del TCA.
- f. Realizar el seguimiento de los proyectos regionales, en los que instituciones internacionales tengan participación.
- g. Elaborar y someter a la CESAM informes de ejecución de actividades.
- h. Ejecutar otras actividades que hayan sido específicamente encomendadas por la CESAM.
- i. Coordinar con las agencias nacionales de salud, designadas para tal fin.

j. Elaborar el programa de trabajo que ha de ser aprobado en las reuniones ordinarias de la CESAM.

5.5. Los costos de funcionamiento de la Secretaría Ejecutiva deberán ser cubiertos por el país sede de la SPT.

5.6. La Secretaría Ejecutiva promoverá y gestionará la captación de recursos técnicos y financieros provenientes de agencias internacionales para proyectos en su campo de competencia.

5.7. Los informes de las actividades de la Secretaría Ejecutiva serán encaminados por la SPT a los Países Miembros por vía diplomática.

6. Ejecución

6.1. La ejecución de las actividades de los programas y proyectos de la CESAM, será efectuada por entidades designadas por los Países Miembros del TCA.

6.2. Cada País Miembro del TCA designará, por vía diplomática, una entidad que actuará como órgano de enlace con la Secretaría Ejecutiva indicando, si es posible, el funcionario responsable.

6.3. Será competencia del órgano de enlace la coordinación y seguimiento, en el ámbito de su país, de la ejecución de los programas y proyectos aprobados, en articulación con la Secretaría Ejecutiva y podrá presentar a la CESAM propuestas de alternativas de dichas iniciativas o de nuevos programas y proyectos.

ANEXO N° 7

ESTRATEGIAS MÍNIMAS PARA LAS SEIS GRANDES ÁREAS PROGRAMÁTICAS

I Materno - Infantil

Morbimortalidad infantil, menores de 1 año y de 1 a 4 años. Prevención y control de las cinco primeras causas. Enfermedades diarreicas. Parasitismo intestinal. 1 RA. Enfermedades inmunoprevenibles (incluyendo vacunación antitetánica). Desnutrición. Mortalidad perinatal. Población por cubrir. Delimitación del área geográfica. Identificación de embarazo de alto riesgo. Capacitación de parteras. Diseño de mecanismos y niveles de referencia. Prevención del cáncer ginecológico. Complementación alimentaria y suministro de sulfato ferroso para madres. . Salud Ambiental

II Saneamiento básico

Provisión de agua. Eliminación de excretas y basuras. b) Control de alimentos. Educación y conservación. c) Conservación ecológica del medio ambiente:

Educación. Legislación y reglamentación.

III. Endemias

Control de enfermedades infecciosas. Control de enfermedades parasitarias.

- Control de enfermedades virales.
- Control de enfermedades micóticas: Superficiales y profundas.
- Control de enfermedades de transmisión sexual.
- Control de enfermedades por vectores.
- Control de bocio endémico y otras afecciones nutricionales.
- Control de accidentes ofídicos.

IV. Medicamentos básicos, esenciales, medicina tradicional y biológicos

Listado de medicamentos no mayor de 20, con prioridad para atención primaria de salud.

- Sales rehidratantes orales.
- Antiparasitarios.
- Penicilina.
- Trimetoprim-sulfamizol.
- Antimaláricos.
- Blucantime.
- Clotrimozazol.
- Flúor. Cloro. Quimioterapéuticos: Rifampicina. D.D.S. Dapsona
- Suero antiofídico. Medicina tradicional.
- Investigación aplicada para generar conocimiento.
- Capacitación del recurso humano para administrar los conocimientos de la medicina tradicional.
- Aplicación de medicina tradicional en la comunidad.

V. Desarrollo y organización de servicios de salud

- Fortalecimiento de la infraestructura existente.
- Inflación de la infraestructura necesaria con participación social.
- Dotación de insumos críticos.
- Medicamentos.
- Inmunobiológicos e implementación de la red del frío.
- Equipo e instrumental mínimo, inclusive para urgencias.
- Educación del recurso humano.
- Material educativo.
- Cursos, seminarios.
- Entrenamiento de promotoras en servicio.
- Educación continuada.

- Transporte.
- Semovientes.
- Bicicletas, motonetas. Unidades móviles: botes, deslizadores, motores. Legislación. Normalización del proceso. Homogeneización de acciones. Participación de UNAMAZ. Coordinación: Fuerzas Armadas, Iglesia, asociaciones comunitarias.
- Desastres
- Naturales, como las inundaciones, y las causadas por el hombre, como los daños ecológicos. Desarrollo de un sistema de comunicación eficaz.

ANEXO Nº 8

PROGRAMA DE TRABAJO DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA

En mi calidad de Secretario Ejecutivo de la CESAM del TCA, me permito presentar a consideración de las Honorables Delegaciones de los Países Miembros un Programa de Trabajo que tiene las siguientes características:

- 1 . Se considera importante identificar los avances obtenidos desde la firma del TCA, en julio de 1978, y hasta la fecha, a través de eventos celebrados, dentro del marco del mismo, como el Seminario Internacional sobre infestación de *Aedes aegypti*, realizado, en la ciudad de Belém, Brasil en octubre de 1984, y la Reunión Técnica del Grupo Ad-Hoc efectuada en Brasilia en noviembre de 1987, así como en la V Reunión de Directores de Malaria de la Región de las Américas, llevada a cabo en Bogotá, en el mes de julio de 1987.
2. Dado el papel primordial que desempeña la cooperación técnica para el desarrollo de las acciones de salud, en la región amazónica, se propiciará la utilización óptima de la misma, de tal manera que responda a las necesidades prioritarias tanto de cada país, como del conjunto de los países, en la búsqueda de la mayor eficiencia e impacto.
3. La Secretaría Ejecutiva tendrá en cuenta, para cualquier tipo de acción, las directrices establecidas por la CESAM, y tomará atenta nota de las conclusiones y recomendaciones de esta 1 Reunión, sin escatimar esfuerzos para el apoyo al cumplimiento de las mismas.
4. La Secretaría Ejecutiva instará a la OPS, OMS (OPS/OMS), el Convenio Hipólito Unanue y otros organismos a apoyar con recursos de cooperación técnica, de diversa índole, el desarrollo y planes operativos que acuerden los países, dentro del marco del TCA.
- 5, Presentará a las instituciones antes mencionadas los proyectos que, a solicitud de los países, busquen apoyo de cooperación técnica.
6. Someterá a estudio y apoyará cualquier iniciativa de los países, para el mejoramiento de la salud de la región amazónica, con el fin de lograr su factibilidad en la aplicación y desarrollo más adecuados.
7. De común acuerdo con los países se diseñarán y aplicarán los mecanismos para el seguimiento de las acciones acordadas.
8. Finalmente, con el fin de facilitar el cumplimiento de las acciones propuestas anteriormente y ejercer la mayor coordinación posible, la Secretaría Ejecutiva solicita muy respetuosamente y agradece de antemano a cada país, designar la entidad que actuará como órgano de enlace, indicando, si es posible, el funcionario responsable.
Se recomienda:
 - Articularse con organizaciones o entidades específicas como la Defensa Civil, la Cruz Roja, voluntarios.
 - Elaboración de un Plan para la Prevención y Control de Emergencias causadas por desastres.
 - Control y vigilancia de grandes reservas de agua: Hidroeléctricas, sistemas de irrigación.

ANEXO Nº 9
PLAN DE TRABAJO DE LA COMISION ESPECIAL
DE SALUD DE LA AMAZONIA 1989

Diagnóstico de situación en salud en cada País Miembro y fechas límites para elaboración de perfiles.

ANEXO Nº 10

Cronograma de Reuniones Bilaterales y/o Fronterizas 1989

ACTIVIDADES	FECHAS LIMITES
1. Presentación de protocolos	Noviembre 10 de 1988
2. Levantamiento de la información solicitada	Enero 15 de 1989
3. Consolidación por la Secretaría Ejecutiva	Enero 31 de 1989
4. Revisión del documento	Febrero 1º de 1989
5. Retorno de información	Febrero, 3a. semana de 1989
6. Presentación a reunión de cancilleres	Marzo 6 de 1989

Nº PAISES	LUGAR	FECHAS PROVISTAS
1. Colombia-Ecuador	Ibarra-Ecuador	1a. semana de feb. 1989
2. Colombia-Perú	Iquitos-Perú	Nov. 30 a dic.3/88
3. Colombia-Venezuela	S. Antonio-Venezuela	Marzo-abril 1989
4. Perú-Ecuador	Piura-Perú	Nov. 21-26 de 1989
5. Perú-Colombia	Iquitos-Perú	Feb. de 1989
6. Brasil-Colombia	Bogotá-Colombia	2a. quincena de enero
7. Bolivia-Perú	Puno-Perú	Mayo de 1989
8. Brasil-Venezuela		Agosto de 1989
9. Brasil-Perú	Iquitos-Perú	2a. quincena de marzo/89
10. Bolivia-Brasil	A definir	
11. Guyana-Suriname	A definir	

ANEXO N° 11

COMUNICACION DEL REPRESENTANTE DE UNICEF EN EL BRASIL

Brasilia, 3 de noviembre de 1988

De: JOHN J. DONOHUE,

Representante- UNICEF Brasil.

A: TERESA ALBAÑEZ,

Directora Regional

JOSE CARLOS CUENTAS ZAVALA,

Coordinador de Área para Colombia, Venezuela y Ecuador JACRO).

JANE HAILE,

Representante (Barbados, Guyana y Suriname).

JAMES MAYRIDES,

Representante (Bolivia).

PAOLO BASURTO,

Representante (Perú).

INFO: Allegra Morelli (NYHQS)

Como ustedes recordarán, durante la reunión de Representantes en la Paz, se acordó que yo hiciera seguimiento, a nombre de la Oficina Regional y de las oficinas de área pertinentes, para ver si era posible que el Proyecto Universitario de la Cuenca del Río Amazonas (PREDE), patrocinado por el OEA, manejado a través de la Universidad Federal de Pará, en Belém, incluyera en su Agenda una reunión con el fin de atraer la atención sobre la situación de los niños en la Amazonia transnacional. Subsecuentemente hablé con el Representante de la OEA en Brasil acerca de lo que discutimos y acordamos en La Paz, y con su visto bueno decidimos que ANTENOR NASPOLINI, un educador brasileño de renombre, con vasta experiencia en el ámbito de gobierno estatal en Brasil, y actualmente miembro del equipo de UNICEF en el Noreste del Brasil, asistiera a la Reunión de la UNAMAZ, auspiciada por el Proyecto PREDE durante la primera semana de octubre en Iquitos, Perú. Asistieron 174 profesores universitarios en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Suriname, Perú y Venezuela en representación de 18 universidades. Durante la reunión sobre Documentación e Información Científica, Tecnológica y Cultural en la Amazonia, NASPOLINI trajo a colación el tema de la situación de los niños en la Amazonia y, luego, que el grupo se repuso del impacto (al recapacitar sobre el hecho) de no haber analizado críticamente la situación de los niños en todos sus años de reuniones, se sostuvieron discusiones y se aprobó la siguiente resolución:

"UN GRITO DE ALERTA POR LOS NIÑOS AMAZONICOS"

"Los participantes de 8 países amazónicos en el Seminario Internacional sobre Información y Documentación Científica, Tecnológica y Cultural de la Amazonia".

Considerando:

- 1) Que durante los seis primeros años es cuando se decide la vida futura de una persona;
- 2) Que el futuro humano de la Amazonia depende directamente de la actual situación de los niños que viven en esta región;
- 3) Que se sabe muy poco de la situación concreta de los niños de la Amazonia, especialmente sobre sus condiciones de supervivencia y desarrollo, por ejemplo, el cultural, educacional, social y económico, así como las condiciones de salud de los niños y sus familias;
- 4) Que dentro del contexto del Proyecto PRDE-OEA llevado a cabo por la Universidad Federal de Pará, un Seminario Específico está ya programado sobre "Poblaciones Humanas y Desarrollo Amazónico" que se llevará a cabo en Florencia, Caquetá, Colombia, en noviembre de 1988, patrocinado por la Universidad de la Amazonia, de Colombia.

Recomiendan:

- 1) Que el análisis de la situación de los niños en la Amazonia se incluya dentro de las preocupaciones básicas de UNAMAZ.
 - 2) Que se organice dentro del Seminario sobre Poblaciones Amazónicas, un Sub-grupo de Trabajo Específico, con el fin de presentar una propuesta concreta para iniciar un proceso permanente de estudio sobre los niños en la Amazonia;
- Iquitos, Perú, 7 de octubre de 1988.

Aprobado por unanimidad en la Sesión Plenaria del Seminario.

Firmado : Presidente.

Como se podrá ver, se espera que en la próxima reunión de UNAMAZ en Florencia, Caquetá, Colombia, un subgrupo presente una propuesta concreta para establecer un proceso permanente de estudios y reflexión sobre el niño amazónico.

En una discusión que acabo de tener con Teresa Albáñez referente a estos resultados, estuvimos de acuerdo: uno, en la seriedad del compromiso del grupo de UNAMAZ, como se puede ver por la resolución; dos, existe potencial para, en una forma relativamente económica, iniciar un esfuerzo transnacional de la Cuenca del Río Amazonas, comenzando por analizar primero la situación del niño de la Amazonia; tres, podría cimentar las bases futuras para una acción programática concreta específica para el Amazonas en cada país y tal vez inclusive abarcando varios países.

Considerando este potencial, Teresa Albáñez estuvo de acuerdo con la sugerencia de que Antenor Naspolini represente a UNICEF nuevamente en la próxima reunión de PREDE-UNAMAZ en Colombia, del 14 al 18 de noviembre.

Teresa y yo consideramos que entre las oficinas de Bogotá y Brasil podríamos ofrecer apoyo financiero a la próxima reunión de UNAMAZ en abril-mayo de 1989, que tendría como tema principal "el niño en la Amazonia". El proyecto PREDE/UNAMAZ que está manejado por la Universidad de Pará, está en capacidad de asumir la responsabilidad de la preparación y organización de la reunión, con la idea de tener preparado uno o más documentos para cada país, que cubran la situación cultural, educacional, social, económica, de salubridad y ambiental de los niños. La propuesta es que la reunión se efectúe en Santarem, Estado de Pará, en las riberas del Río Amazonas. Esto reduciría los costos y colocaría la reunión literalmente en medio de la realidad amazónica.

Mientras que lo que se propone es apenas un modesto comienzo, es interesante considerar el potencial del proceso que se está iniciando.

Lo que Teresa Albáñez y yo necesitamos ahora son los comentarios de ustedes sobre este proceso en la etapa actual para cerciorarnos de que se encamina en tal forma en que cada uno de ustedes desearía, conforme al espíritu de nuestra discusión en La Paz.

II REUNION ORDINARIA. COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA ACTA FINAL

En la ciudad de Quito, entre los días 9 y 10 de mayo de mil novecientos noventa y uno, tuvo lugar la 11 Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), con la participación de representantes de Bolivia, Brasil Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, y Venezuela, Países Miembros del TCA, y de observadores de organismos internacionales, especialmente invitados.

La lista de delegados y observadores de la CESAM consta en el Anexo No. 1.

I. Inauguración de la Primera Reunión de la CESAM

En la ceremonia inaugural del evento hizo uso de la palabra, en primer lugar, el Doctor Guillermo Troya, Secretario Ejecutivo de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. Él señaló como objetivo fundamental de esta Reunión el discutir y aprobar los programas y proyectos propuestos a los Países Miembros del Tratado, cumpliendo de esta manera los mandatos de la CESAM. Se refirió, igualmente, a la necesidad de realizar esfuerzos para una nueva concertación que podría cristalizarse en la medida en que se fijen tareas específicas a cumplir al interior de los países y/o nivel subregional. Destacó también la importancia de la cooperación internacional, con el propósito de enfrentar conjuntamente una problemática similar, en especial en momentos en que se vive una grave crisis económica. El texto integral consta como Anexo N. 2

A continuación se dirigió al auditorio el Ing. Luis Carrera de la Torre, Secretario Pro Tempore del TCA, quien se refirió a las enfermedades causadas por el subdesarrollo y a las dolencias que son fruto del desarrollo. Ante estos extremos indicó que es necesario reconocer la validez de lo «adecuado», de lo equilibrado, es decir, una estrategia, una tecnología y una educación adecuadas. Señaló las experiencias alentadoras que se están efectuando en los países amazónicos, como los esfuerzos del doctor Manuel Elvin Patarroyo y sus colaboradores. Destacó, además, que para el TCA la salud es un factor fundamental en el desarrollo armónico de la Amazonia, y que es necesario tratar de promover la coordinación de los actuales servicios de salud y adoptar las iniciativas que sean aconsejables con miras a mejorar las condiciones sanitarias de la Región.

Puso de relieve que la estrategia de promoción de la salud debe consistir básicamente en la ampliación del esfuerzo en la prevención más que en la curación, esto es un trabajo profundo sobre las causas más que en los efectos. Finalmente reiteró el profundo agradecimiento al Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, al PNUD, a la OPS/OMS y al Ministerio de Salud del Ecuador, por el apoyo brindado para realizar este importante evento. La versión integral consta en el Anexo N. 3.

Seguidamente el doctor Julio Larrea, Subsecretario de Salud Encargado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, manifestó que hay que partir del punto de vista de una nueva visión integral de la salud, lo que implica fundamentalmente la promoción de la salud por la propia población. Destacó que la salud es un derecho fundamental inalienable de todas las personas y colectividades y una responsabilidad y un deber del Estado, de las organizadores, de la familia y de la comunidad. Señaló que el lema impulsado por OPS/OMS en 1977 «Salud para todos en el año 2000» ha sido parcialmente cumplido, pues el panorama sanitario mundial nos muestra logros evidentes, pero las condiciones de desigualdad entre países ricos y pobres no sólo se han mantenido sino que se han agudizado por la crisis económica internacional.

Para que el lema mencionado tenga vigencia debe asentarse en un Nuevo Orden Económico Internacional, con un nuevo enfoque de desarrollo social y económico que priorice la satisfacción de las necesidades básicas de las mayorías nacionales y propicie un cambio sustancial de la democracia formal representativa por una democracia real participativa. Texto completo consta como Anexo No. 4.

Finalmente intervino el economista Juan Salazar, Subsecretario de Asuntos Multilaterales del Ministerio de Relaciones Exteriores. Destacó la alta prioridad que el Gobierno del Ecuador ha dado al Tratado de Cooperación Amazonica, especialmente desde que el país, hace exactamente un año, asumió la Secretaría Pro Tempore, poniendo de relieve que con la cooperación de los organismos internacionales, como la FAO, OEA, PNUD, se han elaborado las propuestas de más de 50 programas y proyectos para cada una de las comisiones especiales del Tratado. Las mismas que han sido aprobadas y asignadas para su coordinación a cada uno de los países que conforman el TCA. Concluyó declarando inaugurado el evento, augurando los mejores éxitos en las deliberaciones. Texto completo consta como Anexo No. 5.

II. Elección de la Mesa Directiva

Las Delegaciones decidieron elegir en forma unánime como Presidente al doctor Andrés Mariño Samper, Jefe de la Delegación de Colombia, y al doctor Ramiro Dávila, Jefe de la Delegación del Ecuador, en calidad de Relator de la Reunión.

III. Aprobación de la Agenda

Con respecto a este punto se aprobó el proyecto de agenda, propuesto por la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, que contiene los siguientes puntos.

1. Inauguración de la II Reunión Ordinaria de la CESAM.
2. Elección de la Mesa Directiva.
3. Aprobación de la agenda.
4. Relación de labores del Secretario Pro Tempore del TCA.
5. Informe del Secretario Ejecutivo de la CESAM.
6. Análisis y aprobación de la propuesta de programas y proyectos de la CESAM.
7. Discusión sobre el sistema de ejecución de los programas de la CESAM.
8. Criterios para la selección de proyectos prioritarios
9. Plan de Trabajo de la CESAM para el bienio 1991-1992.
10. Lectura y aprobación del acta.
11. Clausura de la 11 Reunión Ordinaria de la CESAM.

IV. Relación de labores del Secretario Pro Tempore del TCA

El Secretario Pro Tempore del TCA, Ing. Luis Carrera de la Torre, en su exposición se refirió al sistema de ejecución de programas y proyectos establecidos en cada País Parte del TCA. Luego informó sobre los apoyos recibidos de FAO para la elaboración de los programas de CEMAA y CECTA; de la OEA, para CETURA y CETRAM, y del PNUD, Para CESAM y CEAIA. Resaltó el éxito alcanzado en las reuniones anteriormente realizadas, destacando la significativa participación de representantes indígenas de la Coordinadora de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA) en la CEAIA y la aprobación del texto de Reglamento General de Navegación Comercial por los Ríos Amazónicos Internacionales. Indicó, finalmente, que esta etapa culminará con la realización de la iv Reunión de Cancilleres del TCA, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en la segunda quincena del mes de agosto del presente año.

V. Informe del Secretario Ejecutivo de la CESAM

El Secretario Ejecutivo de la CESAM presentó su informe refiriéndose a los antecedentes y actividades desarrolladas, entre las que destacó la elaboración y distribución de la propuesta de los ocho programas prioritarios para la CESAM. Hizo, además, una breve síntesis del contenido y de los objetivos de cada uno de los programas propuestos. Se refirió a las gestiones realizadas ante los organismos internacionales, agradeciendo a la OPS/OMS, al Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, al PNUD por el apoyo brindado para la preparación de la propuesta de programas y para la realización de la presente reunión. Finalmente informó que con el apoyo del Consorcio Canadiense de Asesoramiento en Salud (CHAC) y de la Provincia de Alberta del Canadá se ha propuesto la realización de una reunión de los ministros de salud de los países amazónicos para la primera semana del mes de octubre del presente año. El informe del Secretario Ejecutivo consta como Anexo No. 6.

VI. Análisis y aprobación de la propuesta de programas y proyectos de la CESAM

Las delegaciones dejaron constancia de su reconocimiento a la Secretaría Pro Tempore y a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM por el trabajo serio y eficiente, desplegado para la elaboración de la propuesta de programas y la organización de la presente reunión.

Luego de un amplio debate se aprobó la propuesta de programas con las siguientes modificaciones:

1. Al Programa CESAM 7. «Medicina Tradicional» se agrega el Programa de Salud de Comunidades Indígenas en atención a la resolución adoptada en la II Reunión Ordinaria de la CEAIA.
2. La Delegación de Colombia asumió la responsabilidad de preparar y coordinar un proyecto sobre la problemática de la farmacodependencia.

El documento de propuesta de programas y proyectos de la CESAM consta como Anexo No. 7.

Tomando en cuenta la necesidad de atender en forma urgente la epidemia de cólera que viene difundiéndose en la Amazonia, las delegaciones adoptaron la Resolución que figura como Anexo No. 8.

VII. Discusión sobre el sistema de ejecución de los programas de la CESAM ASIGNACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Para la eficaz ejecución de los programas se decidió asignar la coordinación de los mismos, de acuerdo al interés expresado por cada uno de los países, como sigue:

Programa no. 1 Planificación general de la salud y sistema regional de información. Coordinador: Bolivia

Programa no. 2 Materno -infantil, atención primaria. Coordinador: Brasil

Programa no. 3 Enfermedades tropicales. Coordinador: Ecuador

Programa no. 4 Saneamiento básico. Coordinador: Perú

Este país coordinará un proyecto de combate a la epidemia del cólera.

Programa no. 5 Desarrollo y organizaciones de servicios de salud. Coordinador: Venezuela

Programa no. 6 Desastres. Coordinador: Colombia

Este país coordinará un proyecto sobre la problemática de la fármaco dependencia

Programa no. 7 Medicina tradicional y salud en las comunidades indígenas. Coordinador: Ecuador

Programa no. 8 Medicamentos básicos, esenciales y genéricos. Coordinador: Guyana

Con respecto a Suriname que no asistió a la reunión, podrá manifestar su interés en colaborar en la coordinación de algún programa.

CONFORMACIÓN DE REDES REGIONALES DE COOPERACIÓN TÉCNICA

A fin de poner en marcha los programas y proyectos de la CESAM, se decidió conformar las redes de cooperación técnica para esta Comisión, las mismas que estarían integradas en forma permanente por las instituciones coordinadoras en el ámbito regional y las instituciones coordinadoras en el ámbito nacional (puntos focales) para cada uno de los programas.

Las delegaciones se comprometieron en designar a las instituciones responsables y a los funcionarios que realizarían las funciones de coordinación.

Para el efecto, la Secretaría Ejecutiva de la CESAM presentó una propuesta la cual fue aprobada. El documento consta como Anexo No. 9.

PRESENTACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

1. Dr. John Wilson (BANCO MUNDIAL) resaltó la necesidad de adaptar cualquier tipo de trabajo a la realidad social, económica, cultural y ecológica de la Amazonia. Indicó, además, la necesidad de fortalecer una base de recursos humanos calificada y estable en la Amazonia. Informó que el Banco Mundial ha financiado varios proyectos de desarrollo rural integrados, con componentes de salud, entre los cuales resaltó el Proyecto de Control de la Malaria, Fortalecimiento de la Red Básica de Salud en la Amazonia. Finalmente indicó que se están identificando varios proyectos de cobertura nacional para el control de endemias en la Amazonia venezolana.

2. El doctor Bill Meyers (UNICEF) explicó los mecanismos de procedimientos de cooperación que tiene este organismo para brindar asistencia técnica y financiera para la ejecución de proyectos en el ámbito de países, señalando que no existe un mecanismo establecido para apoyo en el ámbito regional, para lo cual recomienda a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM y a la Secretaría Pro Tempore del Tratado mantener un diálogo permanente con este organismo a fin de buscar y establecer una estrategia que permita la cooperación necesaria para la ejecución de programas y proyectos en el ámbito regional.

3. El señor Mario Salzman (PNUD) indicó que a través de la relación PNUD-BID se abre la posibilidad de apoyar proyectos subregionales en el sector de la salud y básicamente en proyectos de saneamiento básico. Finalmente ofreció apoyar las actividades de la CESAM y de la SPT del TCA.

4. El doctor Italo Barragán (OPS/OMS) hizo una amplia exposición de los mecanismos de apoyo que podrían implementarse con el apoyo de estas organizaciones. Señaló que los ocho programas definidos por la CESAM están contemplados dentro de los objetivos de OPS/OMS.

VIII. Criterios para la selección de proyectos prioritarios

Las delegaciones recomendaron que en cada Programa se procure formular un proyecto prioritario para gestión inmediata. Para la estructuración de los proyectos se recomienda la coordinación entre la Secretaría Pro Tempore, la Secretaría Ejecutiva de la CESAM y los países responsables de los programas.

Para contribuir en la preparación rápida y eficiente de los proyectos, la CESAM recibe con beneplácito las siguientes propuestas de proyectos que han entregado los países, las mismas que se transfieren a la Secretaría Pro Tempore del TCA y a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, para que sean tomadas en cuenta para su elaboración definitiva:

Brasil: «Projeto executivo do plano modelo brasileiro-colombiano para o desenvolvimento integrado das comunidades vizinhas na faixa de fronteira Tabatinga-Apaporis-Pat. setor saúde e saneamento». Anexo no. 10. «Plano modelo brasileiro-peruano para o desenvolvimento das comunidades vizinhas na faixa de fronteira (Asis Brasil-Iñapari). Anexo no. 11. «Proposta dos termos de referencia para o programa de desenvolvimento das comunidades fronteiricas venezuelano-brasileira diagnostico - area de Saude». Anexo no. 12.

Colombia: «Proyecto de cooperación e integración en desastres para los Países Miembros del Tratado de Cooperación Amazónica». «Proyecto piloto de paquetes integrales de atención a asentamientos humanos en países de la cuenca amazónica. Anexo no. 13.

También serán tomados en cuenta los siguientes perfiles de proyectos presentados por la Secretaría Ejecutiva de la CESAM:

Para el Programa CESAM 7 «Medicina Tradicional»:

1. «Preparación de un repertorio bibliográfico sobre la medicina tradicional en la región amazónica».

2. «Inventarios etnobotánicos regionales».
3. «Estudio de las plantas empleadas en la medicina tradicional amazónica: Preparación de galénicos e identificación preliminar de la actividad farmacológica».
4. «Rol del shamanismo y las drogas alucinógenas en las culturas de las comunidades indígenas».
5. «APS y comunidades indígenas de la Amazonia». Anexo No. 14.

Para el Programa CESAM 2 «Materno -Infantil, Atención Primaria»:

1. «Atención primaria de salud y desarrollo sostenido para madres y niños de la región amazónica». Anexo No. 15.

Para el Programa Cesam 6 «Desastres»

1. «Red de alerta temprana para el manejo de la contaminación y los accidentes con sustancias peligrosas en la cuenca amazónica». Anexo No. 16.

Adicionalmente, a sugerencia de la Secretaría Pro Tempore, la CESAM decide impulsar un proyecto de comunicación de vacunación masiva en contra de la malaria en los países amazónicos, con base en la vacuna desarrollada por el doctor Manuel Elkin Patarroyo y su grupo de colaboradores, siguiendo las etapas técnicas correspondientes que incluyen la aprobación de la OMS. Para este efecto se propuso que la SPT y la Secretaría Ejecutiva de la CESAM den todos los pasos para cumplir con este mandato.

Deciden, así mismo, impulsar un proyecto de atención materno -infantil en la Amazonia, para lo cual la Secretaría Ejecutiva de la CESAM y la Secretaría Pro Tempore del Tratado deberán realizar las acciones y buscar la cooperación de las instituciones de los países y organismos internacionales, entre los cuales se hace referencia a la UNICEF que está promoviendo el Programa «Desarrollo Sostenido para Madres y Niños de la Amazonia», con lo cual se procurará acordar una cooperación específica.

IX. Plan de Trabajo de la CESAM para el bienio 1991-1992

El Secretario Ejecutivo de la CESAM presentó el Plan de Trabajo para el bienio 1991-1992, el mismo que con algunas modificaciones fue aprobado, y cuyo texto definitivo figura como Anexo No. 17.

X. Lectura y Aprobación del Acta

El Relator dio lectura a la presente Acta la cual, luego de recoger las observaciones de las delegaciones, fue aprobada.

XI. Clausura de la II Reunión Ordinaria de la CESAM

En la sesión de clausura el señor José Leite Saraiva de la Delegación de Brasil agradeció, a nombre de los asistentes, a la Secretaría Pro Tempore y a la Secretaría Ejecutiva de la Comisión por el éxito de los resultados obtenidos en el presente evento; a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud, por su apoyo para la elaboración de la Propuesta de Programas y Proyectos de la CESAM. Así mismo al Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial y al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por su aporte para la financiación de tan importante Reunión.

Una vez concluidos los temas de la Agenda, el Presidente declaró clausurada la 11 Reunión Ordinaria de la CESAM, felicitando y congratulándose por los resultados y objetivos alcanzados.

Suscrita en Quito, Ecuador, a los diez días del mes de mayo de mil novecientos noventa y uno.

Por la delegación de BOLIVIA Por la delegación de BRASIL Por la delegación de COLOMBIA Por la delegación de ECUADOR Por la delegación de GUYANA Por la delegación de PERÚ Por la delegación de VENEZUELA

ANEXO 1

NOMINA DE PARTICIPANTES

BOLIVIA

Freddy Armijo
Director Nacional de Planificación
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Dirección: Plaza del Estudiante
Teléfono: 363401
Fax: 391590
Casilla: 6807
Héctor Luna Bueno Jefe de Acuerdos de Cooperación
Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto Bolivia
Dirección: Plaza Murillo, esquina Junín
Teléfono: 378879

BRASIL José Leite Saraiva
Responsable de Asuntos de Salud
Ministerio de Salud de Brasil
Consejero Marcio Lage Embajada de Brasil en Quito

COLOMBIA

Andrés Mario Samper
jefe de la Oficina de Organismos
Internacionales
Ministerio de Salud
Dirección: Calle 16 No.7-39
Teléfono: 2822991
Fax: 2820003
Luz Elena Monsalvo
jefe de División Materno Infantil
Ministerio de Salud de Colombia
Dirección: Calle 16 No.7-39 of.505
Teléfono: 2824451
Elbin Patarroyo
Director Instituto de Inmunología de Colombia
Dirección: Hospital San Juan de Dios
Teléfono: 2745090
Fax: 2803999
Julio César Carrillo Fonseca
Investigador- Profesor Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Dirección: Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina Auxología,
Bogotá-Colombia AA. 14490
Teléfono: 2449948
Fax: 2220557
Hotel: Embassador, Hab. 214

GUYANA

Rajenda Mungol
Primer Secretario
Ministerio de Relaciones Exteriores
Dirección: Av. El Paseo, Pdos del Este, Caracas
Teléfono: 771158
Fax: 9763765

PERÚ Efraín Lycuona Rojas

Director General Adjunto
Dirección Técnica de Cooperación Externa
Dirección: Av. Salaverry s/n Jesús María-Lima
Teléfono: 323794

Fax: 323794
Vicente Rojas
Consejero-jefe de Delegación Embajada de Perú en Ecuador
Teléfono: 520134
Oscar Paredes
Tercer Secretario
Ministerio de Relaciones Exteriores Perú
Teléfono: 278306
Fax: 336666
Dirección: Azángaro 450, Lima - Perú

VENEZUELA

Carmen Elena Montano Rigual
Segundo Secretario
Embajada de Venezuela en Ecuador
Dirección: Coruna No. 1733 y Belo Horizonte

ECUADOR

Julio Alberto Yépez Erazo
Director SNEM Encargado
Servicio Control Malaria
Dirección: Mascote 102, Guayaquil
Teléfono: 397551 -392217
Fax: 397551
Casilla: 5810
Víctor Manuel Reyes Lituma
Asesor Epidemiólogo
SNEM
Dirección: Boyacá 1522 y Aguirre,
Guayaquil Teléfono: 514042
Embajadas de Otros Países en el Ecuador

EMBAJADA DE VENEZUELA

Carmen Elena Montano
Segundo Secretario

EMBAJADA DE BELGICA

Bernardette Scheid
Segundo Secretario

EMBAJADA DE COSTA RICA

Edrundo Aguilar
Consultor

EMBAJADA DE FRANCIA

Legrand Pierre-lves
Agregado Adjunto de Cooperación
Organismos Internacionales

UNAMAZ

Oswaldo Veintimilla Marchán
Vicepresidente UNAMAZ
Dirección: Bolívar No. 9-49
Universidad Católica de Cuenca
Teléfono: 827959
Fax: 831040
Casilla: 19A

OEA

Juan Poveda Almeida
Asesor
Dirección: Av. 6 de diciembre 2816 y James Orton
BID
Víctor Hugo Villarroel

Especialista Sectorial
Dirección: Amazonas 477 y Roca 9' piso, 9041
Teléfono: 562141

UNICEF

José Carlos Cuentas-Zavala Ríta Cevallos William Myers
Coordinadores de la Amazonia
Dirección: Universidad Federal de Paraná, Campus Universitario, Guama, Belérrn, PA 66.000 Brasil
(ramal 305)
Teléfono: (090) 2292088
Fax: 2299677
PNUD
Sr. Mario Salzman

OPS-OMS

Italo Barragán Arenas
Edgardo Torres San cristóbal
Consultores de OPS/OMS
Teléfono: 456800

USAID

Fernando Ortega Pérez
Proyectos de Salud
Dirección: Gran Colombia 1573
Teléfono: 238790
Fax: 561228

BANCO MUNDIAL

John Francis Wilson
Consultor en Salud Pública
Dirección: 6821 N 19th Rd. Arlington VA 22205 USA
Teléfono: 7035325037
Organismos Nacionales Ecuatorianos
IEOS

Daniel Polo Yépez
Director Nacional de Medio Ambiente
Dirección: Toledo 684 y Lérica
Teléfono: 562849
Fax: 560338
CREA
Gladys B. Loayza M.
Dirección: Robles y Amazonas
Teléfono: 550448
Fax: 502976

COFENIAE

Johnson Hugo Cerda Shiguano
Coordinador
Fuerzas Armadas
Aura Cecilia Mora Q.
Tnte. Crnel EMS

PREDESUR

Luis Francisco Romero T.
Director Administrativo
MINISTERIO DE ENERGIA Y MINAS COMISION ECUATORIANA DE ENERGIA ATOMICA
Fausto J. Muñoz

INCRAE

Alejandro Flores Rodríguez

CONADE

Julio Palacios C.

MUSEO NACIONAL DE MEDICINA
Eduardo Estrella Director

MISION CARMELITA
Aurora Jiménez

FUNDACION SALUD Y SOCIEDAD
Pedro Vinicio Carrera G.
Médico Investigador

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Juan Salazar Sarncisi
Jefe de Organismos Multilaterales
Carlos Villarreal
Francisco Esteban del Campo Stagg
Luis Moreno
Asesores Técnicos del TCA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA
Roberto Sempértegui

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES-MS
Fernando Sempértegui
Director

COINSOS
Diana Molina Médica
Investigadora
Teléfono: 545899

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
José Alberto Gomez de la Torre Serrano
Facultad de Ciencias Médicas

SECRETARIA PRO TEMPORE
Luis Carrera de la Torre
Secretario Pro Tempore
Armando Vallejo
Coordinador TCA
Roberto Samanez Mercado
Asesor Técnico Principal del TCA-FAO
Jutta Gutberlet
Asesor Técnico del TCA
Michael Gilbertson
Asesor Técnico del TCA
Guillermo Troya
Secretario Ejecutivo CESAM
Nelson Suquilanda Duque
Secretario Ejecutivo CEMAA
Magdalena del Pozo
Coordinadora CEMAA
Francisco Vallejo
Coordinador CESAM
Paulina Martínez
Coordinadora CETURA
Vicente- Rojas
Coordinador CETRAM

ANEXO 2

DISCURSO DEL DOCTOR GUILLERMO TROYA EN LA SESION INAUGURAL DE LA 11 REUNION ORDINARIA DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA (CESAM)

Es muy placentero para la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Especial de Salud del TCA, que hoy nos encontremos reunidos para tratar uno de los asuntos más importantes a los que se refiere el Tratado, como es el de la salud de aproximadamente 22 millones de habitantes de la Amazonia; sin duda el recurso más importante con el que cuentan los países de la cuenca amazónica.

La creación de la CESAM se remonta hacia noviembre de 1988; es decir, cerca de tres años en funcionamiento y hemos llegado a esta instancia tan importante como es celebrar la II Reunión Ordinaria, que tiene como objetivo específico el que se discutan y aprueben los programas y proyectos propuestos a los Países Miembros del Tratado, cumpliendo de esta manera uno de los mandatos de la CESAM.

Los ocho programas prioritarios propuestos -creemos- logran cubrir muchos de los aspectos que deben ser considerados con relación a la salud de los pobladores de la Amazonia. Esto nos permitirá seguir avanzando en la definición de las acciones específicas para poder atender las grandes necesidades de salud de los habitantes de la Amazonia.

Vivimos en un mundo interdependiente en el que la cooperación internacional se hace cada vez más necesaria, con el propósito de enfrentar conjuntamente una problemática similar. La gravedad de la crisis económica de los países, parcialmente producto de la crisis económica internacional, junto al incremento del peso de la deuda externa, constituyen serios obstáculos que impiden una mayor inversión en programas de salud, lo que vuelve imprescindible el recurrir a la cooperación internacional con el propósito de canalizar recursos técnicos y financieros que nos permitan lograr los objetivos planteados en las nuevas políticas de los gobiernos.

Es ineludible y urgente la necesidad de la unión y solidaridad entre los pueblos y, sin duda alguna, los países desarrollados y los organismos y agencias de cooperación externa, son los que llevan sobre sus hombros gran parte de la responsabilidad de ayudar a los países de menor desarrollo, mas no con ribetes de paternalismo, sino con la objetiva perspectiva de adquirir nuestros productos primarios a precios razonables dentro de un nuevo orden económico internacional, en unos casos, y, en otros, entregando su cooperación con el más absoluto desinterés. Estos posibilitarán el impedir la agudización de la dependencia; es más, en todo ese entorno, dependerá, en gran medida, el que en el próximo siglo la brecha del subdesarrollo se acorte.

Los esfuerzos de una nueva concertación subregional solamente se podrán cristalizar en el momento en que nos fijemos tareas específicas por cumplir al interior de nuestros países y al nivel subregional. En las diferentes instituciones del sector salud en cada uno de nuestros países todavía nos hace falta crear las redes de apoyo y de trabajo para poder cumplir lo que aquí nos comprometemos. Esto indiscutiblemente facilitará en el futuro inmediato las acciones de coordinación, inicialmente al interior de nuestros países y luego la coordinación inter-países, que tanta falta nos hace y que es uno de los elementos claves que debemos procurar construir.

Otros esfuerzos de concertación subregional en el campo de la salud como el Convenio Hipólito Unanue y la cooperación andina en salud se beneficiarán sin duda de las acciones de la CESAM, ya que estamos proponiendo una relación estrecha con todos los esfuerzos que se están realizando en el ámbito de nuestros países en el área de la salud. Único camino para que podamos salir adelante. El compartir la dura realidad en la que vivimos posibilita el que unamos nuestros esfuerzos y actuemos conjuntamente en procura de mejorar las deficientes condiciones en la que viven los habitantes de nuestros países y, en especial, los habitantes de la Amazonia.

Nos impulsa el convencimiento de que a través del Tratado de Cooperación Amazónica y de la Comisión Especial de Salud seamos capaces de conseguir el financiamiento para ejecutar los programas y proyectos prioritarios que aquí decidamos. Es realmente alentador lo que hasta hoy las agencias y los organismos internacionales de cooperación han colaborado con el TCA y la CESAM. Queremos agradecer a la OPS/OMS, Banco Mundial, PNUD y a la vez felicitarles por este apoyo que nos brindan, ya que se ha entendido que el camino es el del apoyo a los esfuerzos concertados que nosotros mismos, los países amazónicos hemos sido capaces de construir.

Muchas cosas quedan por hacer y en estos días muchas decisiones por tomar. Les invito a que nos dediquemos al trabajo creador recordando siempre que el más precioso capital con el que cuenta la Amazonia son sus pobladores. Muchas Gracias.

ANEXO 3

PALABRAS DEL ING. LUIS CARRERA DE LA TORRE, SECRETARIO PRO TEMPOR-E SESION INAUGURAL DE LA II REUNIÓN ORDINARIA DE LA CESAM

Se nos dice que el cólera es la enfermedad de la pobreza y la ignorancia, que la gastroenteritis es el reflejo del marginamiento social y económico, que las gentes de nuestros países pobres se mueren con enfermedades del subdesarrollo: dolencias de origen hídrico, porque no hay agua potable; afectaciones respiratorias, porque la vivienda y el vestido son precarios; epidemias que se quedaron con nosotros porque no disponemos de alcantarillado y les hemos asegurado la basura y la suciedad como hábitat permanente.

Por supuesto que el otro extremo es también indeseable, sufrir y morir con dolencias, fruto del "desarrollo": ataques al corazón, accidentes, cáncer, violencia urbana, drogadicción. Esto, más bien, afecta del consumismo desaforado, antihumano, antiambiental al que, por pérdida de la visión de nuestro planeta como un solo hogar de destino común, hemos dado en llamar "desarrollo".

Cosas tan evidentes como las que vemos en los dos extremos, nos conducen a reconocer la validez de lo "adecuado", de lo equilibrado; estrategia adecuada, tecnología adecuada, educación adecuada, rescate adecuado de la sabiduría ancestral. Nos hacen reconocer como válidos hechos que ya hemos empezado a vivir con mejor intensidad y que sirven de fundamento a varios programas de salud, propuestos por la Secretaría Pro Tempore y la CESAM a los países amazónicos; esto es, la investigación propia y desarrollo de vacunas y procedimientos de combate de enfermedades que conviven con nosotros y no con quienes han sido generadores tradicionales de la tecnología que compramos; rescate y difusión de la medicina tradicional de nuestras comunidades; aprovechamiento de invaluables recursos genéticos medicinales existentes en nuestras selvas; nutrición con nuestros productos y plantas de nuestras selvas, reemplazando la dependencia a excedentes agrícolas del Primer Mundo.

En este orden de ideas, nos sentimos enormemente complacidos y orgullosos por los resultados de esfuerzos notables como los que están obteniendo el investigador colombiano doctor Elkin Patarroyo y su grupo de colaboradores en el combate a uno de los tradicionales males de nuestro mundo húmedo tropical, la malaria. Nos llenamos de optimismo ante las noticias de logros con hierbas medicinales de nuestros ecosistemas que logran lo que no medicamentos sofisticados en el alivio de dolencias de impacto mundial. Nos reconforta el uso creciente de alimentos precolombinos de nuestras serranías y productos de las selvas, para combatir el mayor flagelo de todos, la desnutrición.

Pocas cosas unen tanto a los pueblos como la salud o la falta de salud, lo cual también es visible entre los países del Tratado de Cooperación Amazónica, que consideran "que la salud es un factor fundamental en el proceso de desarrollo armónico de la Amazonia y que es necesario promover la coordinación de los actuales servicios de salud y adoptar las iniciativas que sean aconsejables con miras a mejorar las condiciones sanitarias de la región". Amenazas sin fronteras como ahora el cólera, nuevamente la malaria y de siempre la fiebre amarilla, mueven nuestros más profundos sentimientos de solidaridad. Muy rápidamente estamos empeñados en las mismas soluciones con iguales enfoques.

La posibilidad de conservar y fortalecer nuestra potencial capacidad de trabajo y de disfrute de las mejores cosas de la vida mientras somos sanos, de inmediato nos predispone a cooperar, inclusive con iniciativas inusuales. Esta predisposición recoge la propuesta de ocho programas para la consideración y aprobación en la reunión que iniciamos hoy en el marco de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. Estos programas nos hablan de las prioridades que han sido sentidas permanentemente por la mayoría de nuestras comunidades y países, esto es, atención materno-infantil, combate a enfermedades tropicales y su prevención, saneamiento básico, desarrollo y cooperación en servicios básicos de salud, prevención y ayuda mutua en desastres, salud en comunidades indígenas, uso de medicina tradicional, abastecimiento de alimentos básicos y otros asuntos sustanciales.

Estamos conscientes de que sin esfuerzos en educación, los esfuerzos que se hagan en bien de la salud se desperdiciarán en gran medida. Igualmente que la estrategia de promoción de la salud básicamente es la de ampliación de esfuerzo en la prevención mas que en la curación, es decir, trabajo profundo sobre las causas más que en los efectos. En este sentido, nuevamente la educación y la cultura de nuestros pueblos tiene un papel preponderante. Por esto para nosotros son campos indisolubles la salud y la educación, por lo que estamos dispuestos a trabajar paralela y conjuntamente en ellas.

Se habla mucho del deterioro y retroceso en condiciones de vida de los habitantes de ciudades y de comunidades que se acentúan con la actual agudización de la pobreza. Sin embargo, creemos que los habitantes de la Amazonia tienen las condiciones para ir mejorando su calidad de vida y para eso estamos aquí, para apoyarnos, e ir ganando el campo a las adversidades en dirección al mayor bienestar de todos ellos.

Es muy grato reiterar nuestro profundo agradecimiento al Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, al PNUD, a la Oficina Panamericana de la Salud y al Ministerio de Salud del Ecuador por el apoyo en la preparación y realización de la presente reunión.

ANEXO 4

DISCURSO DEL DOCTOR JULIO LARREA SUBSECRETARIO DE SALUD

Hoy se reconoce que la salud es más que una definición médica de la ausencia de enfermedad. El concepto vigente se refiere a un estado de bienestar general que se expresa en una vida social y económicamente productiva en armonía con el ambiente: la preocupación fundamental del sector salud y, por lo tanto, no debe concentrarse exclusivamente en las actividades tradicionales de prevención de las enfermedades y de curación de los enfermos. Debe por el contrario, ajustarse progresivamente a la nueva visión integral de la salud, que implica fundamentalmente la promoción de la salud por la propia población. Se trata de decirlo así de producir salud conscientemente, eligiendo estilos y hábitos sanos y rechazando a los que ponen en riesgo al hombre y al ambiente. Los países más industrializados que son vistos como modelos para el desarrollo al mismo tiempo revelan los peligros de los estilos de vida derivados de la abundancia y la dificultad de modificarlos una vez establecidos. En los países de América Latina los mismos problemas se manifiestan en los consumos de sustancias nocivas, la alimentación inadecuada, la conducta sedentaria y otras formas de comportamiento y trabajo que producen estrés y contribuyen a generar enfermedades y otros estados negativos. Al sector salud compete el liderazgo no sólo de transferir a las comunidades los conocimientos necesarios para que asuman el control de su propia salud y realizar las actividades propias del sector, sino de interesar a los otros sectores en la promoción de este concepto. Para el personal de salud esto significa cambiar el foco de atención de la enfermedad a la salud. Esto significa cambiar el foco de atención de la enfermedad a la salud, comprender su función en la sociedad y aceptar la responsabilidad de educar a las familias y a las comunidades.

La salud es derecho inalienable y fundamental de toda persona y colectividad. Nadie en particular otorga este derecho; es un derecho que es inherente a la vida humana, a la necesidad de una vida digna y saludable. Nadie puede ser despojado de él, pero conlleva una gran responsabilidad.

La salud es también una responsabilidad y un deber del Estado, de las organizaciones, de la familia y de la comunidad. Corresponde pues a cada uno asumir las tareas pertinentes para la real vigencia de este derecho. La salud no es simplemente ausencia de enfermedad. Es el resultado de las buenas condiciones de vida y se refleja en el bienestar colectivo e individual.

La salud es un logro histórico de los pueblos y su avance se mide en los cambios reales de las condiciones de vida y actitudes de la población, de las instituciones y de las prácticas sanitarias. La responsabilidad del cambio necesario en el sector salud debe ser comprendida y asumida en las condiciones que impone el presente. No se trata de cambios para cuando exista una sociedad ideal, como tampoco debe esperarse que ella se produzca para comenzar. En el ámbito de su acción, el sector salud está llamado a propiciar cambios que estimulen el establecimiento de una sociedad más justa, solidaria y humana.

La consecución de salud para la comunidad es un objetivo humanístico que rebasa lo simplemente técnico o mecánico en las relaciones del trabajador de salud y los individuos, de la unidad de salud y la comunidad; rebasa así mismo lo estrictamente científico-médico. Se proyecta hacia el desarrollo armónico de lo personal y lo colectivo, fruto de la interacción de los seres humanos.

En el trabajo de salud se deben superar los vicios característicos de una relación vertical, prepotente y deshumanizante entre el personal de salud, los pacientes y la comunidad. Es necesario propiciar un acercamiento entre los miembros de la comunidad que permita alcanzar metas ciertas para el bienestar de todos; esto es indispensable para conseguir condiciones saludables de vida.

junto a la diferenciación económico-social, existe en el Ecuador una real diversidad cultural. Pueblos y nacionalidades indias, que a pesar de los siglos transcurridos sobreviven y tienen su propia cultura, sus propios valores espirituales y morales que precisa comprenderlos y sobre todo respetarlos. Un 30% de la población ecuatoriana es indígena y a lo largo de la dura historia de la colonización y vida republicana, mantiene su vitalidad que se expresa en costumbres, conocimientos, prácticas de medicas, alimentarias, de organización comunitaria, lengua y cosmovisión propias.

La salud y el quehacer de los pueblos para enfrentar la enfermedad es un campo donde se ve también la diversidad cultural. En el país, junto a los sistemas formales-oficiales de salud, coexisten sistemas de salud no formales, tradicionales e indígenas. Este saber y práctica no formales son una respuesta de la población a la enfermedad y a un sistema oficial que no ha podido o querido reconocer su realidad y satisfacer sus demandas. Pero, el saber médico no formal es, en el caso de los pueblos indígenas, una de las partes fundamentales de su identidad como pueblo. El reconocimiento, la aceptación y el respeto a los sistemas aborígenes y no formales de medicina, vigentes en las comunidades indígenas y en muchos asentamientos urbano-populares, es un reto para el quehacer de salud. La persistencia de gravísimos problemas de salud en el mundo entero y la injusta distribución de los recursos disponibles para hacer frente a esta situación, impulsó a la OMS en 1977 a adoptar el lema "Salud para todos en el año 2000" como expresión del compromiso de los gobiernos miembros de obtener en los próximos decenios

un nivel de salud para sus pueblos, que permita a todos sin distinción alguna llevar una vida social y económicamente productiva.

A sólo 12 años de tan ambiciosa meta, el programa sanitario mundial nos muestra logros evidentes en algunos grupos sociales y en algunas naciones, pero las condiciones de desigualdad entre países ricos y pobres no sólo se mantiene, sino que se han agudizado por la crisis económica internacional, existiendo pocos que comen y duermen bien, frente a las mayorías subalimentadas que viven en deplorables condiciones de marginación, inseguridad y atraso. Esta realidad sugiere que este estatus "salud para todos" a que se aspira debe asentarse en un nuevo orden económico internacional, en un nuevo enfoque del desarrollo social y económico que priorice la satisfacción de las necesidades básicas de las mayorías nacionales y propicie un cambio sustancial de la democracia formal representativa por una democracia real participativa, que permita en el campo de la salud pública un giro radical de la concepción basada en la curación de la enfermedad, hacia el desarrollo de la auténtica cultura en salud para avanzar en el objetivo fundamental de su propia promoción. No sólo se trata de curar y prevenir la enfermedad, sino de promover acciones que generen salud. Nos referimos al acceso a una adecuada alimentación; a la masificación de la educación popular en salud; a la protección del ambiente familiar con vivienda digna; a la provisión de agua potable, sistemas de alcantarillado, letrinas y otras acciones básicas del saneamiento ambiental; y, por supuesto, al empleo, educación, seguridad social, como dinamizadores del desarrollo biológico y psicológico de nuestro pueblo y sustento básico de niveles adecuados de salud.

El problema fundamental del Ecuador radica en las deficiencias de las estructuras económico-sociales que impiden un óptimo aprovechamiento de los recursos y su equitativa distribución.

ANEXO 5

DISCURSO DEL EMBAJADOR JUAN SALAZAR SUBSECRETARIO DE ASUNTOS MULTILATERALES DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

Señor Secretario Ejecutivo de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia.

Señor Dr. Julio Larrea Ministro de Salud Encargado.

Señor Ing. Luis Carrera de la Torre, Secretario Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica.

Señores embajadores de los países amazónicos acreditados en esta ciudad.

Señores delegados y participantes.

A nombre del Gobierno del Ecuador y del Ministerio de RR.EE., me es especialmente grato dar la bienvenida a los distinguidos delegados de los países amazónicos a II Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia.

El Ecuador desde que se hizo cargo de la Secretaría Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica, hace exactamente un año, de acuerdo con las normas reglamentarias, le ha brindado su más decidido apoyo. Ha instalado una oficina, especialmente del Tratado, en la que colaboran técnicos nacionales y extranjeros.

Con la cooperación de los organismos internacionales como la FAO, OEA, el PNUD ha presentado a consideración de los países, en el mes de octubre del año pasado, una propuesta de programas y proyectos para las seis comisiones especiales existentes, de Medio Ambiente, Ciencia y Tecnología, Asuntos Indígenas, Transportes, Turismo y Salud. Las reuniones de estos organismos realizadas, todas en el curso del presente año, han aprobado esos programas y, la mayoría, se ha asignado un programa para que sea coordinado por uno de los Países Parte. El total constituye un plan de acción para la Amazonia que comprende alrededor de 48 programas, más cuatro de importancia general. Coordinados por la propia Secretaría Pro Tempore, como es el caso del Sistema de Información Amazónica, se ha delineado un ambicioso plan de actividades.

Especial significación ha tenido la reunión de la Comisión Especial de Asuntos Indígenas que contó con la participación directa de la Coordinadora Regional de Organizaciones Indígenas de la Amazonia (COICA) y representantes de las confederaciones de varios Países Parte del TCA.

Igualmente cabe destacar la aprobación reciente de un texto de Reglamento General de Navegación Fluvial Comercial en los ríos amazónicos internacionales, que sin duda permitirá el desarrollo de las comunicaciones e integración entre las regiones amazónicas y los Países Parte del TCA.

Cabe destacar que la Secretaría Pro Tempore ha encontrado una voluntad de cooperación en el ámbito internacional tal vez sin precedentes. Los organismos ya citados con enorme celeridad le han brindado su apoyo. Organismos como el Banco Mundial han dado su ayuda para el financiamiento de varias de las reuniones de las comisiones especiales. La Fundación Rockefeller permitió la realización de la II Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Medio Ambiente en la cual se dejaron ya aprobados numerosos proyectos prioritarios para su desarrollo en la región amazónica, y en la que participaron los más distinguidos especialistas en Amazonia dentro y fuera del Continente. El Ecuador da especial importancia a esta última reunión de las comisiones especiales. La salud constituye uno de los componentes de más alta prioridad y básicos para mejorar la calidad de vida de las poblaciones amazónicas, uno de los objetivos fundamentales del Tratado de Cooperación Amazónica .

En este foro se tratarán los problemas más importantes y prioritarios para la salud en la región. Es indispensable un esfuerzo coordinado para investigar y tratar las enfermedades tropicales, para buscar medicinas adecuadas y formas de distribución apropiadas, como en el caso de la vacuna para la malaria. Se ha propuesto un programa ambicioso para mejorar las condiciones de la madre y el niño. El Ecuador es el coordinador del Programa de Enfermedades Tropicales a nivel del G.A. y en esta condición y por convicción propia está realizando acciones muy decididas de cooperación y coordinación también en el caso del cólera y, aprovechando que la Secretaría del TCA está en Ecuador, queremos reiterar nuestro compromiso para que esta circunstancia permita intensificar nuestra contribución al combate de este flagelo.

Creemos finalmente que es básico rescatar la medicina tradicional que han desarrollado por milenios las comunidades indígenas de la Amazonia.

Estoy seguro del éxito y la trascendencia práctica que van a tener estas deliberaciones. Creo que nuestros países cuentan con valiosísimos científicos y profesionales de la salud, cuyo trabajo conjunto y armónico va a permitir desarrollar proyectos concretos para mejorar las duras condiciones en las que muchas poblaciones amazónicas viven.

Gracias.

ANEXO 6

RELACIÓN DE LABORES DEL SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

I. ANTECEDENTES

Con base en las recomendaciones de la Reunión Técnica del Grupo Ad-hoc realizada en Brasilia en noviembre de 1987, en la 111 Reunión Ordinaria del Consejo de Cooperación Amazónica, se resolvió aprobar el Acta Constitutiva de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. La instalación y I Reunión Ordinaria de la CESAM se efectuó en Bogotá, Colombia, en noviembre de 1988.

En mayo de 1990, Ecuador recibió de Colombia la Secretaría Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica (TCA). En el mes de junio de 1990, la Cancillería Ecuatoriana a través de la Secretaría Pro Tempore del TCA me designó como Secretario Ejecutivo de la CESAM, en representación del Ministerio de Salud. El Dr. Francisco Vallejo, funcionario de la Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud, viene actuando como Coordinador de la CESAM desde el mes de agosto de 1990.

II. PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS

Haciendo uso de las atribuciones concedidas a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM se elaboró el documento: "Propuesta de Programas y Proyectos de la CESAM" el mismo que se envió a los Países Miembros de TCA en noviembre de 1990, para su estudio y envío de sugerencias, observaciones. El documento -al que hago referencia consta de dos partes: la primera contiene las políticas que, para la salud, han sido establecidas en las diferentes declaraciones y reuniones realizadas en el marco de TCA; en la segunda parte consta la descripción de ocho programas que han sido identificados para contribuir a superar los principales problemas que afectan a la salud de los habitantes de la región amazónica y que pueden ser abordados mediante los mecanismos que dispone el TCA. Los ocho programas propuestos y sus objetivos principales son los siguientes:

21-CESAM-1. Planificación General de la Salud y Sistema Regional de Información

Objetivo

Formular e implantar una estrategia integral, adaptada a las características físicas y ambientales de la región amazónica, que permita mejorar las condiciones de salud de las poblaciones amazónicas, especialmente de las de más alto riesgo y ubicadas en las zonas fronterizas.

22-CESAM-2. Materno -Infantil, Atención Primaria

Objetivo

Establecer un conjunto de mecanismos que procuren la atención integral para el binomio madre-hijo en la región amazónica, a través de la utilización de la estrategia APS, que básicamente se orientaría al fortalecimiento de los niveles primarios de atención, otorgando importancia a la participación social y compartiendo con las organizaciones comunitarias la responsabilidad de actuar.

23-CESAM-3. Enfermedades Tropicales

Objetivo

Preparar, implantar estrategias y ejecutar acciones que permitan mejorar la prevención, control y combate de las enfermedades que afectan a la población amazónica, principalmente aquellas transmitidas por vectores.

24-CESAM-4. Saneamiento Básico

Objetivo

Mejorar las condiciones ambientales de la población amazónica, urbana y rural, mediante el incremento de la cobertura de servicios de agua potable, alcantarillado, eliminación de excretas y basuras, a fin de reducir la incidencia, entre otras de enfermedades gastroentéricas, infecciosas y parasitarias.

25-CESAM-5. Desarrollo y Organizaciones de Servicios de Salud

Objetivo

Procurar el fortalecimiento físico, técnico y operativo de la infraestructura instalada de los servicios de salud en la Amazonia y tender a la optimización de su aprovechamiento, e incrementar la cobertura de dichos servicios, a fin de brindar una mejor y más amplia atención médica a la población. Crear un sistema regional e internacional de atención de salud en las áreas amazónicas, especialmente las fronterizas.

26-CESAM-6. Desastres

Objetivo

Diseñar e implantar un conjunto sistemático de mecanismos que permitan prevenir los riesgos naturales que ocurran en la región amazónica y que puedan afectar a la salud de la población y superar en forma eficiente y oportuna los impactos negativos que se presenten una vez que el desastre se haya producido.

27-CESAM-7. Medicina Tradicional

Objetivo

Propender a la recuperación del uso de la medicina tradicional y su integración con el sistema de salud occidental.

28-CESAM-8. Medicamentos Básicos, Esenciales y Genéricos

Objetivo

Propender a que se incremente el acceso de la población amazónica a los principales medicamentos genéricos, mediante la armonización de legislación y políticas entre los Países Miembros del TCA, a fin de producir y distribuir dichos medicamentos en condiciones favorables para la población.

Con el objetivo de promover una amplia y efectiva participación de los Países Miembros del Tratado se identificaron los ocho programas referidos, para que cada país, en función de su propio interés, coordine la ejecución de uno de ellos a nivel subregional. Las seis áreas prioritarias de trabajo identificadas en la I Reunión de la CESAM se conservan. Se añaden los programas: Planificación General de la Salud y Sistema Regional de Información y Medicina Tradicional que, por su gran importancia, se les da un tratamiento como programa. La nomenclatura utilizada para los programas de CESAM es la señalada por la Secretaría Pro Tempore del Tratado.

III. PROPUESTA DE PROYECTOS DE CESAM

Para algunos de los programas se proponen los siguientes proyectos.

1. Proyecto 23-CESAM-3/1 Vacunación Masiva Antimalárica. Para tener mayor información acerca de cómo avanza el proceso de investigación de la vacuna antimalárica, la Secretaría Pro Tempore del Tratado ha invitado al doctor Manuel Elkin Patarroyo, prestigioso científico colombiano quien dictará una conferencia el día de mañana en este mismo auditorio. Si todo resulta, como se espera, en poco tiempo podremos realizar este proyecto de vacunación masiva entre los pobladores de la Amazonia. Es sin duda uno de los proyectos más ambiciosos que ha emprendido la Secretaría Pro Tempore del Tratado y la CESAM.

2. La vital importancia que nos merecen los habitantes de la Amazonia, nos hizo pensar en un programa en donde se pusiera de manifiesto nuestro interés por preservar los conocimientos y sabiduría ancestrales que acerca de la salud poseen los habitantes de la Amazonia. Es por esta razón que el programa 27-CESAM-7 Medicina Tradicional ha tenido un trato preferencial. Se proponen 5 proyectos de investigación- acción:

27-CESAM-7/1 Preparación de un Repertorio Bibliográfico sobre la Medicina tradicional en la Región Amazónica.

27-CESAM-7/2. Inventarios Etnobotánicos Regionales.

27-CESAM -7/3. Estudio de las Plantas Empleadas en la Medicina Tradicional Amazónica: Preparación de Galénicos e Identificación Preliminar de la Actividad Farmacológica.

27-CESAM-7/4. Rol del Shamanismo y las Drogas Alucinógenas en la Cultura de las Comunidades Indígenas de la Amazonia.

27-CESAM-7/5 APS y Comunidades Indígenas de la Amazonia. El doctor Eduardo Estrella con apoyo de OPS/OMS realizó el trabajo que ustedes encontrarán entre los documentos entregados.

3. Conocedores del interés de UNICEF por llevar a cabo un programa de desarrollo sostenido en favor de los niños y madres de la Amazonia, nos impulsó a iniciar acciones de coordinación con UNICEF. Hemos invitado a representantes de UNICEF a la presente Reunión para que, en el marco de las deliberaciones, seamos capaces de emprender en un programa coordinado. Proponemos el proyecto 22-CESAM-2/1 Atención Primaria de Salud y Desarrollo Sostenido para Madres y Niños de la Región Amazónica, en el que se toman en cuenta las líneas de acción propuestas por UNICEF, que ustedes lo encontrarán entre los documentos entregados.

4. Para el programa de Prevención de Desastres Naturales proponemos el proyecto 26-CESAM6/1 en el que se establece la necesidad de coordinar acciones con otras instituciones como las de educación, defensa civil y otras, con el sector salud en todos los países. El perfil del proyecto fue preparado con el apoyo de OPS/OMS Ecuador, e igualmente ustedes lo encontrarán entre los documentos entregados.

IV. GESTIONES ANTE ORGANISMOS INTERNACIONALES

La CESAM, junto con la Secretaría Pro Tempore vienen realizando acciones tendientes a lograr el apoyo de los organismos de cooperación internacional. En esta primera etapa se ha podido cristalizar el apoyo del Banco Mundial y el PNUD, lo que nos ha permitido realizar esta Reunión. Agradecemos públicamente a los personeros de estos organismos por su apoyo al Tratado y a la CESAM. Para una segunda etapa, se prevé una acción más decidida en búsqueda del apoyo para poder llevar a cabo programas y proyectos que en esta Reunión está proponiendo la CESAM.

El Consorcio Canadiense de Asesoramiento en Salud (CHAC), corporación privada que tiene como base la Provincia de Alberta, viene cooperando con el Ministerio de Salud del Ecuador desde hace varios años. El CHAC ha invitado a los ministros de salud de los países amazónicos para que, durante la primera semana del mes de octubre próximo, se reúnan en Canadá. El objetivo de la visita es el de lograr relaciones de cooperación entre Canadá y los Países Miembros del Tratado. Durante la Reunión de Ministros de Salud de los Países Amazónicos esta Secretaría insistirá en la necesidad del apoyo político a los programas y proyectos propuestos por la CESAM.

V. ACCIONES POR DESARROLLARSE

La difícil situación en la que vive la mayoría de los 22 millones de habitantes de la Amazonia, nos obliga realizar acciones concretas dentro del marco del TCA y la CESAM. Consideramos que la CESAM, en el poco tiempo que tiene de vigencia, ya ha despertado una gran expectativa; esto es debido, básicamente, a que a nivel del Tratado y CESAM se ofrecen grandes posibilidades para el logro del apoyo internacional para el financiamiento de los programas y proyectos propuestos. En el campo de la salud, somos testigos de los esfuerzos que se han desarrollado desde hace muchos años a través del Pacto Andino y su Convenio Hipólito Unanue. Queremos complementar estos esfuerzos a través de nuevos mecanismos de concertación integrada y de otros organismos que ofrecen gran capacidad de gestión a la hora de la búsqueda de financiamiento de proyectos y programas como es la CESAM del TCA. Por ser un mecanismo que requiere el que nos pongamos de acuerdo acerca de las líneas que debemos seguir y aprobar, hemos querido llegar a esta Reunión en la que esperamos se puedan aprobar los programas propuestos, para que el país al que se lo asigne pueda desarrollarlo de una manera amplia y ofrezca a los otros países una real posibilidad de coordinación y avance.

Un área crítica de la CESAM es el desarrollo impostergable de mecanismos de coordinación efectiva entre los países. Somos partidarios de que en la práctica y con tareas definidas se abren caminos a seguir; de ahí que es importante que ahora con la aprobación y asignación de programas y proyectos por país se estarán estableciendo los mecanismos de coordinación. La Secretaría Pro Tempore del TCA, así como la Secretaría Ejecutiva y la Coordinación de la CESAM, se ofrecen a colaborar en este gran esfuerzo de coordinación. Actividad importante es la de construir las redes de cooperación entre los países, lo cual va a facilitar cuando nos comprometamos a cumplir tareas concretas dentro de cada uno de los programas que hemos definido como prioritarios.

En el pasado quizá han faltado los recursos económicos para ejecutar los programas y proyectos. Ahora consideramos que, a través del TCA y de la CESAM, las posibilidades de lograr financiamiento son grandes. No olvidemos que la CESAM tiene como misión el de cuidar del bienestar de los habitantes de la Amazonia, sin lugar a dudas el recurso más importante que tienen nuestros países en la cuenca amazónica.

Finalmente ratifico a los representantes de los Países Miembros de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, el compromiso en continuar laborando en apoyo de las directrices que se establezcan en el seno de esta II Reunión Ordinaria de la CESAM y en estrecha coordinación con las entidades que aquí se señalen.

Atentamente,

Dr. Guillermo Troya, Secretario Ejecutivo de CESAM.

ANEXO 7

PROPUESTA DE PROGRAMAS Y PROYECTOS

1. REFERENCIAS LEGALES, NORMATIVAS Y OTRAS RELATIVAS A LA COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

En el documento SPT/TCA/ECU/01 "Base jurídica y Reglamentaria de Aspectos Institucionales del Tratado de Cooperación Amazónica" constan los siguientes documentos de interés para la CESAM:

- Tratado de Cooperación Amazónica, 1978.
- Declaración de la Amazonia, Reunión de los Presidentes de los Países del Tratado de Cooperación Amazónica, Manaus, 1989.
- Declaración de Belém - Primera Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores, Belém, Brasil, 1980.
- Declaración de Santiago de Cali - Segunda Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores, Cali, Colombia, 1983.
- Declaración de San Francisco de Quito - Tercera Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores, Quito, Ecuador, 1989.
- Acta Constitutiva de la CESAM, Brasilia, Brasil, 1988.
- Reglamento de la CESAM.

2. ANTECEDENTES

El 3 de julio de 1978, los países amazónicos: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela suscribieron el Tratado de Cooperación Amazónica, mediante el cual "las Partes Contratantes convienen en realizar esfuerzos y acciones conjuntas para promover el desarrollo armónico de sus respectivos territorios amazónicos, de manera que estas acciones conjuntas produzcan resultados equitativos y mutuamente provechosos, así como para la preservación del medio ambiente y la conservación y utilización racional de los recursos naturales de los territorios" (Art. I).

Entre los artículos del TCA se establece que "las Partes Contratantes deciden promover la coordinación de los actuales servicios de salud de sus respectivos territorios amazónicos y tomar otras medidas que sean aconsejables con vistas a mejorar las condiciones sanitarias de la Región y el perfeccionamiento de los métodos tendientes a prevenir y combatir las epidemias" (Art. VIII).

En las reuniones sostenidas en el marco del TCA, tales como la I Reunión de Cancilleres de 1980, la I Reunión del Consejo de Cooperación Amazónica y la II Reunión de Cancilleres, las dos últimas celebradas en 1983, fue reafirmada la relevancia de la cooperación en el campo de la salud. En la II Reunión de Cancilleres, los ministros de relaciones exteriores de los Países Miembros del TCA suscribieron la Declaración de Santiago de Cali, el 8 de diciembre de 1983, mediante la cual decidieron "la realización de estudios e intercambio de informaciones sobre enfermedades transmisibles, principalmente sobre la fiebre amarilla y el dengue de la Región Amazónica, en especial lo referente a la amenaza de diseminación de tales enfermedades en las áreas urbanas, a fin de realizar un seminario para discutir el asunto con todas sus implicaciones y establecer planes concretos de acción conjunta para impulsar el apoyo financiero, técnico y de personal de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud".

La 11 Reunión del Consejo de Cooperación Amazónica, celebrada en La Paz, Bolivia, entre el 25 y 26 de septiembre de 1986, recogió varias iniciativas en el área de la salud, como la creación de mecanismos bajo la Secretaría Pro Tempore para coordinar acciones de salud en el ámbito regional.

En octubre de 1987, los representantes de los países firmantes del TCA presentaron una solicitud al Director de la OPS/OMS para la obtención de apoyo destinado a la realización de programas de salud en la Amazonia. La solicitud fue aprobada y se conformó un grupo Ad-Hoc para que formulara propuestas de acción concretas. Dicho grupo se reunió en Brasilia del 9 al 11 de noviembre de 1987 y decidió que para cumplir los objetivos propuestos era necesario tomar varias acciones, entre las que destaca la constitución de un grupo de trabajo permanente con el fin de hacer el seguimiento y evaluación de la ejecución sincronizada de acciones para la vigilancia, prevención y control de la malaria y otras endemias de importancia para la salud en la región amazónica.

Con estos antecedentes, en la III Reunión del Consejo de Cooperación Amazónica, celebrada en Brasilia en marzo de 1988, fue aprobada el Acta Constitutiva de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. La instalación de la CESAM se efectuó en Bogotá en noviembre de 1988, en la que también se aprobó su Reglamento.

Durante la 1 Reunión de la CESAM, realizada del 8 al 10 de noviembre de 1988, las delegaciones de los países del TCA acordaron como áreas prioritarias de trabajo las siguientes .

- Materno-infantil - Salud ambiental - Endemias
- Medicamentos básicos, esenciales o genéricos y medicina tradicional
- Desarrollo y organización de los servicios de salud
- Desastres con énfasis en inundaciones

Para el efecto, se establecieron criterios metodológicos para la elaboración de proyectos y se aprobó un primer plan de trabajo, teniendo como base principal las áreas fronterizas y como actividades las de diagnóstico de la situación de la salud en

los territorios amazónicos de los países del Tratado, la elaboración de perfiles de proyectos por áreas estratégicas y la preparación de un cronograma para las reuniones bilaterales y/o fronterizas.

Los objetivos de la CESAM son los siguientes:

i) Incentivar y coordinar la ejecución de proyectos regionales y otras actividades emprendidas por los países del TCA en el campo de la salud.

ii) Actuar como mecanismo de intermediación en la obtención de recursos financieros provenientes de fuentes internacionales y como coordinador de la aplicación de los mismos en proyectos regionales de salud. Las principales atribuciones de la CESAM son las siguientes:

Establecer normas para la evaluación y aprobación de proyectos.

Realizar el seguimiento de programas y proyectos.

- Estimular la realización de estudios bilaterales o multilaterales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de las regiones amazónicas de los Países Miembros.

- Opinar y recomendar con respecto a la utilización de mecanismos de financiamiento de programas y proyectos, inclusive por medio de organismos internacionales.

Promover la difusión de las informaciones relativas a las actividades desarrolladas en salud por los miembros del TCA.

Promover y establecer mecanismos que permitan el cumplimiento de las decisiones, en materia de salud del Consejo de Cooperación Amazónica.

- Examinar y aprobar el programa de trabajo de la Secretaría Ejecutiva.

- Delegar a Secretaría Ejecutiva atribuciones para el intervalo de sus sesiones regulares, especialmente en referencia a la ejecución de proyectos y a la coordinación y seguimiento.

La Secretaría Ejecutiva de la CESAM tiene entre otras atribuciones la de identificar nuevos planes, programas y proyectos, analizarlos y ponerlos a consideración de la CESAM.

Con base en los objetivos y atribuciones expuestos, se presenta el documento denominado "Propuesta de Programas y Proyectos de la CESAM", el cual tiene carácter preliminar y permitirá que, luego del estudio correspondiente por parte de los Países Miembros del TCA y una vez que se reciban sus observaciones, pueda ser puesto a consideración de la CESAM para su análisis y aprobación.

El documento consta de dos partes: la primera contiene las políticas que para salud han sido establecidas en las diferentes declaraciones y reuniones realizadas en el marco del TCA; en la segunda parte consta la descripción de los ocho programas que han sido identificados para contribuir a superar los principales problemas que afectan a la salud de los habitantes de la región amazónica y que pueden ser abordados con los mecanismos que dispone el TCA. Para cada programa se presentan: los antecedentes, objetivos, descripción general, la estimación del tiempo requerido para desarrollar sus fases iniciales y su costo aproximado.

3. POLÍTICAS PARA LA SALUD EN LA AMAZONIA

Las políticas para la salud en la región amazónica constan en el Tratado de Cooperación Amazónica, así como en declaraciones y decisiones adoptadas en las reuniones de los organismos del TCA. a) Tratado de Cooperación Amazónica

Al inicio de este documento se citó la política superior en materia de salud, contenida en el texto del Tratado, la que establece que "las Partes Contratantes deciden promover la coordinación de los actuales servicios de salud de sus respectivos territorios amazónicos y tomar medidas que sean aconsejables con vistas a mejorar las condiciones sanitarias de la Región y el perfeccionamiento de métodos tendientes a prevenir y combatir epidemias" (Art. VIII).

b) Declaración de Manaus de los Presidentes de los Países Amazónicos

"Señalamos que la protección y conservación ambiental en la Región, uno de los objetivos esenciales del Tratado de Cooperación Amazónica al que cada uno de nuestros países está firmemente dedicado, no pueden ser alcanzadas sin la mejora de las angustiantes condiciones sociales y económicas que afligen a nuestros pueblos y que son agravadas por la coyuntura internacional cada vez más adversa" (Núm. 6).

c) Declaración de Belém - 1 Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores

"La Cooperación estará orientada a elevar el nivel de vida de los países signatarios del Tratado y otorgará atención prioritaria a los intereses y necesidades de sus poblaciones amazónicas, con el objeto de lograr la plena integración de aquellas a los procesos nacionales de desarrollo, cuidando la preservación de sus valores culturales y sociales" (Núm. 11).

d) Declaración de Santiago de Cali - II Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores

"Determinar que se proceda a efectuar estudios e intercambio de informaciones sobre enfermedades transmisibles, especialmente sobre fiebre amarilla y dengue de la Región Amazónica, sobre todo en lo que se refiere a la amenaza de diseminación de tales enfermedades en áreas urbanas, a fin de realizar un seminario para discutir el asunto en todas sus implicaciones y establecer planes concretos de acción conjunta y para impulsar el apoyo financiero, técnico y de personal de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

"Sugerir que la práctica de acuerdos bilaterales sobre control de enfermedades animales, vigente entre algunos países amazónicos, se extienda a otros países con el ánimo de regionalizar el combate a tales enfermedades".

e) Declaración de San Francisco de Quito - 111 Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores

"Acogen con beneplácito la instalación de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM) y las conclusiones y recomendaciones de la I Reunión realizada en Bogotá del 8 al 10 de noviembre de 1988".

"Coinciden en promover los programas binacionales, con la cooperación internacional, en las áreas prioritarias acordadas en la 1 Reunión Ordinaria de la CESAM".

"Acuerdan como áreas prioritarias las siguientes: Atención materno-infantil; salud ambiental; endemias; medicamentos básicos, insumos críticos y medicina tradicional; desarrollo y organización de servicios de salud; desastres naturales con énfasis en inundaciones; y, desastres ecológicos producidos por acción del hombre".

"Toman nota con satisfacción del Acuerdo para la realización, en julio de 1989, de un seminario en la Ciudad de Manaus sobre lo siguiente: (1) Experiencias del Acuerdo Binacional Brasil -Colombia con miras a que los demás países del TCA se beneficien de ellas e, igualmente, sirvan para la elaboración de proyectos definitivos; (2) diagnóstico del sector salud de cada País Miembro del TCA con el fin de dar cumplimiento al Plan de Trabajo y al Cronograma de Reuniones de la CESAM, aprobados en Bogotá; (3) mecanismos para el intercambio de datos epidemiológicos y modalidades de intercambio de información en salud con énfasis en las áreas prioritarias; y, (4) viabilidad operativa de los sistemas locales de salud (SILOS) en el ámbito fronterizo".

f) Primera Reunión de la CESAM

Entre las conclusiones y recomendaciones finales de la 1 Reunión Ordinaria de la CESAM constan las siguientes:

- Considerar como prioritarias las áreas fronterizas de los Países Miembros del TCA, en la preparación de los perfiles de proyectos subregionales.

- Reiterar la importancia de las seis grandes áreas seleccionadas (materno-infantil; salud ambiental; endemias; medicamentos básicos, insumos críticos y medicina tradicional; funcionamiento y organización de los servicios de salud; desastres).

- Solicitar la cooperación técnica de organismos internacionales para el levantamiento complementario de los datos que permitan la preparación de perfiles de proyectos subregionales.

4. PROGRAMAS Y PROYECTOS PROPUESTOS

4.1 Criterios para la identificación y caracterización de los programas de la CESAM

Para la identificación y caracterización de los programas de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, se han tomado en consideración los siguientes criterios:

i) Las declaraciones y acuerdos adoptados por los organismos del TCA, en materia de salud.

ii) Procurar que los programas cubran, en forma balanceada, los principales aspectos que inciden en la salud de la región y que dichos programas se complementen entre sí y sean manejables con los mecanismos que dispone el Tratado.

iii) Promover una amplia y efectiva participación de los Países Miembros del Tratado, para lo cual se han identificado ocho programas, con el fin de que cada país, en función de su propio interés, coordine la ejecución de uno de ellos.

4.2 Lista de los programas

Los ocho programas propuestos son los siguientes:

Nomenclatura Título

21-CESAM-1 Planificación General de la Salud y Sistema Regional de Información.

22-CESAM-2 Materno -Infantil; Atención Primaria.

23-CESAM-3 Enfermedades Tropicales.

24-CESAM-4 Saneamiento Ambiental.

25-CESAM-5 Desarrollo y Organización de Servicios de Salud.

26-CESAM-6 Desastres.

27-CESAM-7 Medicina Tradicional.

28-CESAM-8 Medicamentos Básicos, Esenciales y Genéricos.

4.3 Programa 21-CESAM-1

Planificación General de la Salud y Sistema Regional de Información

Objetivo

Formular e implantar una estrategia integral, adaptada a las características físicas y ambientales de la región amazónica, que permita mejorar las condiciones de salud de las poblaciones amazónicas, especialmente de las de más alto riesgo y ubicadas en las zonas fronterizas.

La estrategia deberá procurar: (1) el mejoramiento de las condiciones nutricionales y ambientales básicas de la población; (2) el desarrollo y aplicación de métodos más eficaces para la prevención y control de las enfermedades de mayor incidencia; (3) el mayor acceso de la población a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales; (4) el fomento al estudio y desarrollo de investigaciones que permitan adaptar el conocimiento científico y tradicional a las condiciones de la región; (5) la mejor educación de la población en materia de salud; y (6) el robustecimiento institucional de los organismos públicos y privados vinculados con la salud en la Amazonia, a través de la capacitación y transferencia tecnológica y la implantación de un sistema de información regional que facilite la planificación y administración.

Productos

Los productos esperados del programa son:

a) Diagnóstico de la salud en la Amazonia.

- Demografía. - Indicadores de la salud.

- Indicadores de la oferta de servicios e infraestructura.

- Recursos humanos.

- Desarrollo científico y tecnológico. - Servicios básicos de saneamiento ambiental.

- Aspectos socio- económicos complementarios.

b) Legislación, políticas y estrategias en materia de salud.

- Recopilación y análisis de la legislación vigente.

- Recopilación y análisis de políticas nacionales y acuerdos internacionales.

- Organización y características institucionales. - Inventario de proyectos de salud.

- Financiamiento.

c) Diseño de un sistema de información de salud regional.

d) Formulación de un Plan de Salud para la Región Amazónica a mediano y largo plazos. Costos y tiempos de ejecución:

Para la ejecución de los literales a) y b) se requerirían seis meses y su costo se estima en US\$100.000. Para la formulación del sistema de información se ha estimado un tiempo de un año a un costo aproximado de un millón de dólares estadounidenses. Para la formulación del Plan de Salud se ha estimado un tiempo de seis meses a un costo aproximado de US\$150.000.

4.4 Programa 22-CESAM-2:

Materno -Infantil, Atención Primaria

Objetivo

Establecer un conjunto de mecanismos que procuren la atención integral para el binomio madre-hijo en la región amazónica, a través de la utilización de la estrategia APS (Atención Primaria de la Salud), que básicamente se orientaría al fortalecimiento de los niveles primarios de atención, otorgando importancia a la participación social y compartiendo con las organizaciones comunitarias la responsabilidad de actuar.

Productos

Los principales productos esperados del programa son:

a) Identificación de un modelo APS para el binomio madre-hijo, aplicable a las condiciones de la región amazónica y diseño de estrategias para su implantación.

b) Establecimiento de mecanismos que conduzcan a:

- Reducción de la mortalidad infantil en menores de 1 a 4 años.

- Prevención y control de las cinco primeras causas de morbimortalidad:

• Enfermedades diarreicas.

• Parasitismo intestinal, IRA.

• Enfermedades inmunoprevenibles (incluyendo vacunación antitetánica).

• Desnutrición. - Reducción de la mortalidad perinatal.

- Identificación del embarazo de alto riesgo. - Prevención del cáncer ginecológico.

- Complementación alimentaria y suministro de sulfato-ferroso para madres.

c) Diseño de estrategias para la implantación de programas de capacitación dirigidos a la población y a los agentes de la salud. Particular atención se brindaría a la capacitación de parteras.

d) Intercambio de experiencias e información entre los técnicos de los Países Parte del TCA, en materia de atención primaria y materno-infantil.

Tiempos y costos

Para la identificación y formulación del modelo APS se necesitará un tiempo aproximado de 10 meses y su costo se estima en US\$150.000. El diseño de las estrategias para la prevención y control de las principales enfermedades requerirá de nueve meses a un costo aproximado de US\$250.000. Para el diseño del programa de capacitación se necesitará un tiempo de tres meses y su costo será del orden de US\$30.000.

4.5 Programa 23-CESAM-3

Enfermedades Tropicales.

Objetivo

Preparar, implantar estrategias y ejecutar acciones que permitan mejorar la prevención, control y combate de las enfermedades que afectan a la población amazónica, principalmente aquellas transmitidas por vectores.

Acciones relevantes del programa serán las siguientes: (1) intensificación de la vigilancia y control del mosquito Anopheles, del Aedes aegypti, A. albopictus; (2) mejora en la prevención y combate de la malaria (vacunación masiva), dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, oncocercosis y chagas; y, (3) incremento del control de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en las zonas de frontera.

Productos

Los principales productos que se esperan del programa son los siguientes:

- a) Establecimiento de un sistema estandarizado de información epidemiológica para la región amazónica.
- b) Preparación y realización de encuestas periódicas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores;
- c) Establecimiento de una red de diagnóstico microscópico de malaria; d) Masiva vacunación antimalárica.
- e) Formulación e implantación de mecanismos que conduzcan al incremento de la cobertura de la vacunación contra la fiebre amarilla, procurando optimizar la producción y distribución de vacunas, a fin de emprender campañas masivas de vacunación.
- f) Diseño e implantación de programas de capacitación, dirigidos a la población y a los agentes de la salud, relacionados con la prevención, control, y combate de las enfermedades tropicales.
- g) Fomento y apoyo a los proyectos de investigación y desarrollo tecnológico, orientado a reducir la incidencia y afecciones de las enfermedades tropicales. Particular atención y apoyo se otorgarán a los esfuerzos de investigación que viene desarrollando el Grupo de Colombia en el perfeccionamiento de la vacuna contra la malaria y a su posterior aplicación masiva en la región amazónica, una vez que se obtengan buenos resultados al término del proceso investigativo.

Tiempos y costos

El tiempo estimado para el diseño del sistema estandarizado de información epidemiológica sería de seis meses y su costo llegaría a \$US90 000. La preparación de encuestas periódicas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a la malaria y otras enfermedades tropicales requeriría seis meses y su costo sería de aproximadamente US\$100 000. La preparación de mecanismos para incrementar la cobertura de la vacunación contra la fiebre amarilla demandaría siete meses, a un costo estimado de US\$300 000. La elaboración del programa de capacitación dirigido a la población y a los agentes de la salud requerirá seis meses y su costo aproximado sería de US\$500 000.

Programa 23-CESAM-3 Proyecto 23 CESAM 3/ 1 Vacunación Masiva Antimalárica

Antecedentes

El Dr. Patarroyo y un grupo de investigadores colombianos han desarrollado una vacuna antimalárica, la cual se encuentra en la última etapa de investigación, aplicada a poblaciones de Colombia, Venezuela y Ecuador. Los resultados que se han venido obteniendo son positivos, por lo que podría promoverse una vacunación masiva en la Cuenca Amazónica, donde la malaria es una enfermedad de alta incidencia desde hace varios años. Previamente deberá solicitarse y lograr la aprobación del Gobierno de Colombia para el uso de la vacuna en la Amazonia.

Objetivos

- Producir vacuna suficiente para campañas regionales.
- Efectuar una vacunación masiva contra la malaria en la Amazonia.

Proceso y costos

Bajo la coordinación de la Secretaría Pro Tempore se gestionará la consecución de un apoyo financiero de donantes por un monto aproximado de un millón de dólares para la producción industrial de la vacuna en la forma que autorice el Gobierno de Colombia y bajo la dirección y supervisión del Dr. Patarroyo.

La vacunación masiva se haría a través de los servicios nacionales responsables de esta actividad, que contarán con un apoyo financiero especial.

Para las donaciones que apoyen este proyecto se recurrirá a países desarrollados de Europa y América.

4.6 Programa 24-CESAM-4: Saneamiento Básico

Objetivo

Mejorar las condiciones ambientales de la población amazónica, urbana y rural, mediante el incremento de la cobertura de servicios de agua potable, alcantarillado, eliminación de excretas y basuras, a fin de reducir la incidencia, entre otras, de enfermedades gastroenteríticas, infecciosas y parasitosis.

Productos

Los Productos esperados del programa son los siguientes:

- a) Diagnóstico actualizado de la cobertura y características de los servicios de agua potable, alcantarillado, disposición de excretas y eliminación de basuras en las poblaciones amazónicas.
- b) Preparación y divulgación de documentos y T anuales técnicos que contengan metodologías, recomendaciones y tipos de sistemas de abastecimiento de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas, disposición de excretas y eliminación de basuras. Los documentos se prepararán tomando en consideración las condiciones físicas y socio-económicas de las distintas zonas de la región amazónica.
- c) Realización de seminarios y encuentros entre técnicos de los Países Miembros que faciliten el intercambio de experiencias, información y tecnología.
- d) Formulación de políticas y estrategias que permitan lograr una mejora efectiva de las condiciones ambientales básicas de la población amazónica.

e) Apoyo a las investigaciones y desarrollo tecnológico aplicado al saneamiento básico de las poblaciones amazónicas.

Tiempos y costos

Para la elaboración del diagnóstico se requerirán cinco meses y el costo aproximado será de US\$ 100 000. La preparación de documentos técnicos básicos se realizaría en 12 meses a un costo aproximado de US\$300 000. La formulación de políticas y estrategias se efectuaría en tres meses a un costo estimado de US\$100 000.

El tiempo y costos de los seminarios y encuentros se determinarán posteriormente en función de las necesidades.

4.7 Programa 25-CESAM-S:

Desarrollo y Organización de los Servicios de Salud

Objetivo

Procurar el fortalecimiento físico, técnico y operativo de la infraestructura instalada de los servicios de salud en la Amazonia y tender a la optimización de su aprovechamiento, e incrementar la cobertura de dichos servicios, a fin de brindar una mejor y más amplia atención médica a la población.

Crear un sistema regional e internacional de atención de salud en las áreas amazónicas, especialmente fronteras.

Productos

Los principales productos que se esperan del programa son los siguientes:

a) Inventario actualizado de la infraestructura básica (fija y móvil), equipamiento básico e insumos críticos y recursos humanos técnicos y tradicionales disponibles para los servicios de salud.

b) Estimación de los requerimientos actuales y futuros de infraestructura, equipamiento básico y recursos humanos necesarios para brindar un adecuado servicio de salud. Determinación de los déficit en cada subsector y en las diferentes zonas pobladas de la Amazonia.

c) Establecimiento de un sistema regional e internacional de atención de salud en áreas amazónicas, principalmente fronteras.

d) Preparación de un plan general de servicios de salud y formulación de estrategias para su implantación en cada uno de los Países Miembros del TCA.

e) Preparación de un programa de capacitación, para lo que será necesario conocer la infraestructura operativa que se dispone en la región y preparar estrategias para optimizar la capacitación a través de procesos sistemáticos en los que participen los niveles científicos, tecnológicos y tradicionales.

f) Estudio de la factibilidad de establecer centros regionales de investigación de las patologías prevalentes en la Amazonia, en coordinación con UNAMAZ.

Tiempos y costos

Para la realización de las actividades señaladas en los literales a), b) y d) se ha estimado un tiempo de 10 meses, a un costo aproximado de US\$200 000. Para los estudios y la gestión de establecimiento de un sistema de salud en la Amazonia, un año, con un costo aproximado de US\$500 000. Para la ejecución de las actividades descritas en los literales e) y f) se necesitan cuatro meses, a un costo estimado de US\$80 000.

4.8. Programa 26-CESAM-6 Desastres

1

Objetivo

Diseñar e implantar un conjunto sistemático de mecanismos que permitan prevenir los riesgos naturales, que ocurran en la región amazónica y que puedan afectar la salud de la población, y superar en forma eficiente y oportuna los impactos negativos que se presenten una vez que se haya producido el desastre.

Productos

Los productos que se esperan del programa son los siguientes:

a) Inventario de los desastres significativos que han ocurrido en las zonas pobladas de la región amazónica y de los impactos que han ocasionado en la vida y salud de sus habitantes; y, estimación de los riesgos naturales a los que están sujetas las áreas pobladas de la Amazonia y su posible incidencia en la seguridad y salud de la población.

b) Análisis de la capacidad operativa de los organismos encargados de la defensa civil y otras instituciones de carácter nacional e internacional, que estarían en posibilidad de brindar su auxilio en situaciones de desastre. El análisis deberá brindar una clara evaluación sobre la capacidad de acción, organización y coordinación institucional; los recursos humanos disponibles; la infraestructura técnica, equipamiento, medios de transporte, centros de atención médica y demás medios necesarios para superar los impactos negativos provocados por los desastres naturales.

c) Preparación e implantación de políticas y estrategias que contribuyan al establecimiento de Programas permanentes para la prevención de desastres, educación y organización de la población, robustecimiento de las entidades vinculadas con la defensa civil y gestión para lograr su acción coordinada, dotación de infraestructura y equipamiento mínimo para superar situaciones emergentes, intercambio de experiencias y transferencia tecnológica.

Tiempos y costos

El tiempo estimado para la preparación de los aspectos contemplados en el literal a) es de 11 meses a un costo aproximado de US\$200 000. Para la elaboración de los puntos previstos en el literal b) se ha estimado un tiempo de cuatro meses con un costo aproximado de US\$80 000. La elaboración de los temas considerados en el literal c) requerirá un tiempo aproximado de siete meses y tendría un costo aproximado de US\$200 000.

4.9 Programa 27-CESAM-7 Medicina Tradicional

Objetivo

Propender a la recuperación del uso de la medicina tradicional y su integración con el sistema de salud occidental. La integración no sería una simple legitimación jurídica del ejercicio de la medicina tradicional, sino la adaptación de un programa serio y concreto de integración en el campo de la atención primaria de salud para las comunidades rurales y urbano marginales de la Amazonia. Esto implica que habría que realizar una discusión bilateral en un plano de absoluta igualdad de los aspectos positivos que aportarían los dos sistemas, los que se integrarían con el objeto de reconstruir una nueva teoría de la salud, adaptada en mejor forma a las condiciones socioculturales y económicas de las poblaciones amazónicas. El programa se complementaría con el aprendizaje bilateral de los funcionarios, líderes comunitarios y agentes de la salud.

Productos esperados

Los productos esperados del programa son los siguientes:

- a) Sistematización de la información acerca de la medicina tradicional en la región amazónica y preparación de un documento de amplia circulación sobre las aplicaciones y resultados de la medicina tradicional.
- b) Preparación e implantación de un programa de investigación sobre la medicina tradicional, en el que se identifiquen, seleccionen y prioricen proyectos de investigación para ser realizados en coordinación con la Asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ) y con la Comisión Especial de Ciencia y Tecnología de la Amazonia (CECTA).
- c) Preparación y divulgación de guías para la elaboración de la farmacopea de los productos amazónicos .
- d) Formular e implantar mecanismos que permitan brindar apoyo técnico y organizativo a la práctica positivamente comprobada de la medicina tradicional.

Tiempos y costos

Para la realización de las actividades indicadas en el punto a) se requieren aproximadamente seis meses y su costo se ha estimado en US\$200 000, incluyendo la publicación del documento. Las actividades previstas en el punto b) necesitan aproximadamente cuatro meses para ser realizadas y su costo sería del orden de US\$100 000. Para la ejecución del punto c) se requieren ocho meses y su costo estimado asciende a US\$ 100 000.

4.10 Programa 28-CESAM-8 Medicamentos Básicos, Esenciales o Genéricos

Objetivo

Propender a que se incremente el acceso de la población amazónica a los principales medicamentos genéricos, mediante la armonización de legislación y políticas entre los Países Miembros del TCA, a fin de producir y distribuir dichos medicamentos en condiciones favorables para la población.

Productos

Los productos que se esperan de este programa son los siguientes:

- a) Análisis y selección de no más de 20 medicamentos genéricos de interés regional en la Amazonia.
- b) Cuantificación de la demanda actual y potencial de 20 medicamentos genéricos seleccionados.
- c) Análisis y cuantificación de la capacidad productiva (actual y prevista) de los Países Miembros del TCA y las posibilidades reales de atención a la región amazónica.
- d) Estudio de la legislación y políticas vigentes en los países amazónicos, con relación a la producción, comercialización y apoyo gubernamental al acceso de la población amazónica a los medicamentos genéricos.
- e) Diseño de estrategias para facilitar el acceso de la población de la Amazonia a los medicamentos genéricos, con base en la acción coordinada entre los Países Miembros del Tratado: estrategias productivas, comerciales, socio-culturales y organizacionales.

Tiempos y costos

El tiempo requerido para la ejecución de las actividades previstas en los puntos a), b), c) y d) se ha estimado en seis meses con un costo aproximado de US\$100 000; para las actividades consideradas en el punto e) un tiempo de tres meses y un costo de US\$50 000.

ANEXO 8

LUCHA CONTRA EL COLERA

La 11 Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia

CONSIDERANDO:

- Que los países amazónicos se encuentran frente a la amenaza inminente de una potencial extensión de la epidemia del cólera a toda la cuenca amazónica.
- Que las condiciones de salud y vida de la población amazónica y de la deficiente estructura de servicios de salud en la región son factores propicios a la extensión de la epidemia.
- Que es deber de los gobiernos de los países amazónicos el proteger la región amazónica, preservar el equilibrio ecológico, incentivar su desarrollo sostenible y mejorar las condiciones de salud y vida de sus habitantes.
- Que en varios foros internacionales, los ministros de salud de los países amazónicos han manifestado su preocupación por este problema y han resuelto actuar junto con una estrategia común de lucha contra el cólera, que cuente con el decidido apoyo político en cada país y con la cooperación de organismos y agencias internacionales.

RESUELVE:

1. Acoger y respaldar las resoluciones de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, Brasil y Chile y de la xv REMSAA, respecto de una acción conjunta de lucha contra el cólera.
2. Solicitar un tratamiento preferencial y especial de la cuenca amazónica frente a la potencial extensión de la epidemia del cólera en la región dadas sus condiciones frágiles.
3. Pedir el apoyo de agencias y organismos internacionales de cooperación, especialmente de la OPS/OMS, del PNUD, del BID, y Banco Mundial para el diseño, formulación y ejecución de un proyecto de lucha contra el cólera en la región amazónica, que incluya un importante componente de saneamiento ambiental.
4. Encargar al Perú, coordinador regional del área de saneamiento ambiental, la formulación y ejecución de este proyecto.
5. Respaldar la creación de un fondo internacional para enfrentar el cólera en América Latina y el Caribe.
6. Incentivar y apoyar la ejecución de programas bilaterales o trilaterales de lucha contra el cólera con miras a la elaboración de un programa integral de atención de salud a la población amazónica.
7. Poner en conocimiento de la próxima Cumbre Presidencial Andina, que se llevará a cabo en Caracas, Venezuela, a mediados de mayo, nuestra preocupación por este problema y solicitar su decidido apoyo político.
8. Encargar a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, en coordinación de la Secretaría Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica, la ejecución de esta resolución.

ANEXO 9

CONFORMACION DE REDES REGIONALES DE COOPERACION TECNICA

Antecedentes

Con el propósito de canalizar las políticas, estrategias y demás recomendaciones que en salud se han emitido en las diferentes instancias del TCA, la Secretaría Pro Tempore y la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), prepararon y presentaron a consideración de los Países Parte del TCA una propuesta de programas y proyectos, cuyos programas se señalan a continuación:

Programa 1: Planificación General de la Salud y Sistema Regional de Información

Programa 2: Materno -Infantil: Atención Primaria

Programa 3: Enfermedades Tropicales

Programa 4: Saneamiento Ambiental

Programa 5: Desarrollo y Organización de Servicios de Salud

Programa 6: Desastres

Programa 7: Medicina Tradicional

Programa 8: Medicamentos Básicos, Esenciales y Genéricos

En la caracterización de los programas y proyectos, se ha tratado de cubrir los principales aspectos relacionados con la temática de salud de la Amazonia. Además, se ha procurado la identificación de puntos de convergencia entre los diversos temas, de tal manera que los programas puedan complementarse entre sí y con los programas y proyectos de las otras comisiones especiales.

En la ejecución de los programas y proyectos señalados se espera una amplia y efectiva participación de los Países Miembros del Tratado, por lo que se han identificado ocho programas, con el fin de que cada país, en función de su propio interés, coordine la ejecución de uno de ellos.

Definiciones básicas

Para viabilizar en términos operativos la coordinación y ejecución de los programas y proyectos por parte de cada uno de los países, se propone la constitución de redes de cooperación técnica, en las que se involucre a entidades públicas o privadas existentes en los países, por su especialización en el tratamiento de salud en la Amazonia (investigación, planificación del desarrollo, definición de políticas, infraestructura existente y necesaria, líneas de acción, investigación, etc.).

En este sentido, las redes regionales de cooperación constituirían agrupaciones de las agencias o instituciones existentes en la región, especializadas en salud de la Amazonia, que participen en la formulación y ejecución de los proyectos propuestos por la CESAM.

Estas instituciones estarían coordinadas con los respectivos puntos focales de cada una de las redes que se implementen. Las instituciones que actúen en calidad de puntos focales serían designadas por cada gobierno de los Países Parte del TCA. Estos puntos focales constituirían, por otra parte, las instancias de enlace con los organismos del TCA (Secretaría Pro Tempore y Secretaría Ejecutiva de la CESAM).

Objetivos

La constitución de las redes permitiría la delimitación del marco institucional requerido para el cumplimiento de las actividades de la CESAM en la región, particularmente en lo que corresponde a la implementación de su propuesta de programas y proyectos.

Complementariamente, la conformación de las redes aportaría en las siguientes direcciones:

1. Conformación de espacios institucionales apropiados en cada uno de los Países Miembros del TCA para fines de la planificación, coordinación y seguimiento de los programas y proyectos propuestos por la CESAM.
2. Identificación de las instituciones responsables en cada uno de los países frente a los programas y proyectos de la CESAM.
3. Movilización de recursos técnicos y financieros internos e externos a los países en torno de la formulación y ejecución de los programas y proyectos para el tratamiento de la salud de las poblaciones de la Amazonia.
4. Participación efectiva de los Países Miembros en la formulación de los proyectos, mediante el concurso de sus propios técnicos y profesionales, lo que garantizaría que los proyectos recojan la realidad específica de cada uno de los países.

5. Estrechamiento de lazos de cooperación e intercambio de experiencias y conocimientos entre las diferentes instituciones de la región, especializadas en el tema de salud en la Amazonia.

6. Constitución, afirmación y consolidación de estructuras institucionales técnicas permanentes, a lo interno de cada uno de los Países Miembros, orientados al cumplimiento de los objetivos del TCA en salud de la Amazonia.

Constitución de las redes

Se propone la constitución de una red por cada uno de los programas propuestos por la CESAM. En este sentido, el ámbito de influencia de cada red se remitiría a la coordinación de un programa específico y sus respectivos proyectos, lo que implica la estructuración de ocho redes, en correspondencia con el número de programas propuestos por la CESAM.

En cada uno de los países, corresponderá a sus respectivos gobiernos la designación de la institución pública o privada que asumiría la función de coordinación del programa bajo su responsabilidad

Las instituciones designadas tendrían el rol de puntos focales de las diversas redes que se constituyan, en conformidad con cada uno de los programas propuestos.

Cada uno de los países sería la sede de un punto focal de red. En cada punto focal se requiere la designación de un(os) funcionario(s) que pueda asumir las funciones de representante del punto focal y, en consecuencia, de la red correspondiente.

Para efectos de coordinación de las actividades de las diferentes redes, se propone la constitución de un comité técnico, el mismo que se integraría con cada uno de los representantes de los puntos focales de las redes.

Las redes, además de contar con sus respectivos puntos focales, deberán tenerlos en cada uno de los países con sus respectivos puntos de conexión. Estos puntos tendrían la calidad de puntos nodales.

Funciones del Punto Focal

1. Constituir la instancia institucional de enlace oficial de los países con los organismos del TCA (Secretaría Pro Tempore y Secretaría Ejecutiva de la CESAM) para efectos de ejecución, coordinación y seguimiento de los proyectos.
2. Apoyar a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM en las gestiones para la obtención de recursos financieros necesarios a la implementación de los proyectos.
3. Realizar en coordinación con los respectivos puntos nodales de su red la planificación de los proyectos que se encuentren bajo su responsabilidad.
4. Constituir los equipos técnicos encargados de la formulación, planificación y ejecución de los proyectos.
5. Coordinar con los puntos nodales de su red la definición de los proyectos, en sus versiones específicas para cada País Miembro del TCA.
6. Actuar en calidad de contraparte para la recepción de consultorías externas necesarias para la elaboración y ejecución de los proyectos.
7. Efectuar acciones de coordinación con las comisiones especiales del TCA que presenten puntos o temas de confluencia con los temas específicos de su red.
8. Preparar los informes de avance, informes parciales y finales de los proyectos.

Funciones de los Puntos Nodales

1. En coordinación con su respectivo punto focal, trabajar en el diseño y ejecución de los proyectos que conforman el programa coordinado por la red a la que se encuentren integrados.
2. Presentar a su respectivo punto focal los informes de avance sobre los proyectos, así como sus versiones definitivas.

Para el caso de la ejecución de proyectos o acciones regionales, al interior de cada programa, se deberá prever una organización similar a la establecida para la administración de los programas regionales

Organismos del TCA y redes

A fin de que puedan operar las redes, se precisa la participación decidida de la Secretaría Pro Tempore del TCA y, particularmente, de la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, dada su responsabilidad específica en la coordinación de la Comisión.

En este sentido consideramos de fundamental interés que estos organismos contribuyan en las siguientes líneas básicas de acción:

1. Constitución de las redes de cooperación técnica.
2. Gestión y trámite para la obtención de los recursos financieros requeridos para la planificación y ejecución de los proyectos.
3. Gestión y trámite ante organismos internacionales para la obtención de las consultorías técnicas especializadas que se requieran para el diseño, formulación y ejecución de los proyectos.
4. Coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades encargadas a las diversas redes que se constituyan.

ANEXO 12.2
PAQUETES INTEGRALES
DE ATENCION A ASENTAMIENTOS HUMANOS
EN PAÍSES DE LA CUENCA AMAZONICA
FASE I

Unidad ejecutora de la U.N.: Facultad de Medicina - Unidad de Auxología.

Investigadores: Carrillo Julio César, Caro Luis, Carrascal Roberto, Moreno Santiago.

Descripción de la propuesta: Se trata de un trabajo pionero inter- y multidisciplinario de carácter regional que busca, fundamentalmente, establecer líneas de acción bidireccionales entre los asentamientos humanos y los grupos de investigación, en el ánimo de conseguir el incremento de factores de bienestar y la mejora de la calidad de vida.

Objetivos específicos: Integrar recursos y esfuerzos sectoriales, territoriales, nacionales, regionales e internacionales en una actividad multinacional conjunta que estimule el crecimiento económico, el desarrollo humano, el conocimiento y la investigación en el área. Criterio de impacto: Geopolítico, estratégico, científico, cultural, económico y social, entre otros. Estado actual del proyecto: En preparación (elaboración del anteproyecto). Tipo de investigación: Puntual, multidisciplinario: X

Entidades cofinanciadoras: UNICEF - FAO - PNUD - Comunidad Económica Europea - ONG - organismos nacionales varios.

Entidades de apoyo: Entidades de gobierno de los países de la cuenca (educación, salud, oficinas de plantación etc.), organizaciones indígenas y comunitarias, entidades nacionales con programas y proyectos.

Duración: Tres años

Fecha probable de inicio: 03/92

Fecha probable de finalización: 03/95

Costo total US\$: 4'400000

Costo directo (entidad(cs)

cofinanciadora(s): 3,000000

Costo indirecto (Universidad

Nacional de Colombia y

asociadas): V400000

ANEXO 13

PROYECTO DE COOPERACION E INTEGRACION EN DESASTRES PARA LOS PAISES MIEMBROS DEL TRATADO DE COOPERACION AMAZONICA

Descripción del problema

Los Países Miembros del TCA han realizado esfuerzos para desarrollar sus programas de apoyo político y recursos que permitan su autosuficiencia.

Si bien existe un adecuado nivel de motivación y una organización racional en el ámbito central, todavía hay vacíos que llenar en los mecanismos de respuesta del sector, tales como el buen conocimiento de los riesgos potenciales, la vulnerabilidad de los establecimientos hospitalarios, la respuesta coordinada entre las diferentes instituciones y sectores y la activa participación comunitaria en la planificación y la respuesta frente a la emergencia.

También existe la necesidad de fomentar la cooperación interpaís dentro de la subregión ya que se comparten riesgos comunes a diferentes tipos de desastres.

Un proyecto de cooperación e integración puede ser posible a través del intercambio frecuente de conocimientos y experiencias, así como para propiciar una rápida asistencia internacional dentro de los Países Miembros del Tratado de Cooperación Amazónica.

Descripción del proyecto

El proyecto está orientado a favorecer y promover el intercambio de información de experiencias y de conocimientos que acompañan el fortalecimiento de los programas de atención a desastres.

El proyecto apoyará el desarrollo de un proceso de colaboración, integración y trabajo en el ámbito nacional, así como entre los países de la subregión amazónica, el cual podrá ser implementado en la medida en que los países desarrollen sus propios programas de preparativos para desastres.

Población objeto

Prácticamente toda la población de los Países Miembros del TCA está propensa a sufrir los efectos de los desastres naturales y tecnológicos.

Objetivos del proyecto

1. Promover la cooperación entre los Países Miembros del TCA para situaciones de desastres y crear mecanismos de ayuda eficaz que fortalezcan los servicios de salud de los países afectados, cuando estos así lo requieran. Establecimiento de un sistema de alerta temprana, centro de información y creación de un fondo económico y de suministros de rápida movilización.
2. Incrementar la capacitación de recursos humanos orientados a subsanar las deficiencias críticas de conocimientos en el ámbito directivo y establecer la enseñanza regular de los conceptos de preparativos y manejo de desastres en el ámbito universitario.
3. Facilitar la preparación y participación de las comunidades en riesgo en las etapas de diagnóstico situacional, planeamiento y ejecución de acciones en casos de desastres.
4. Disponer de profesionales y técnicos calificados y reconocidos por todos los países de la subregión para la asistencia internacional en desastres naturales y tecnológicos.

Componentes del proyecto

Promover la cooperación interamazónica para situaciones de desastres y crear mecanismos de ayuda mutua:

Elaboración de análisis de vulnerabilidad y un mapa regional de amenazas y riesgos.

Establecimiento de un centro de información que mantenga el intercambio necesario entre los Países Miembros y que facilite las solicitudes y el suministro de elementos de socorro dentro de la región.

Creación de un fondo de reserva regional con suministros de rápida movilización.

Establecimiento de convenios de cooperación en casos de desastres entre los Países Miembros.

Colaboración permanente de expertos en el ámbito internacional y un mayor intercambio entre las oficinas de desastres de los ministerios de salud de los Países Miembros.

Creación de un sistema de alarma temprana para desastres naturales y tecnológicos en la región.

Incrementar la capacitación de recursos humanos:

Identificación y apoyo de universidades con competencia y excelencia en aspectos relacionados con emergencias y desastres para que sirvan de centros de referencia.

Capacitación del personal directivo y operativo de los servicios de salud de los Países Miembros en centros de capacitación internacional (p.ej. Universidad de Antioquia de Colombia, CETESBE en Brasil y otros).

Implementar la enseñanza regular de temas de desastres en todas las facultades de salud del área.

Preparar y hacer participar a las comunidades:

Conocimiento del grado de aplicabilidad de los proyectos: 'Preparación para desastres en comunidades' (Cuzco-Perú). 'Prevención de riesgos con participación comunitaria' (Tolima-Colombia).

Desarrollo de proyectos similares en otras cinco zonas de alto riesgo en los Países Miembros.

Disposición de material didáctico de difusión en el ámbito comunitario en la prevención, preparación y atención de desastres.

Lograr la asistencia internacional mutua:

Establecimiento de los requisitos mínimos que respalden la acreditación del personal profesional y técnico que podría participar en la atención de desastres en cualquier país de la región.

Oportunidad de asistencia profesional y técnica inmediata durante los desastres.

Duración del proyecto: 4 años

Presupuesto	US\$
Promover la cooperación amazónica para situaciones de desastre y crear mecanismos de ayuda mutua.	410.000
Incrementar la capacitación de recursos humanos	330.000
Preparación y participación de las comunidades	600.000
Asistencia internacional mutua	100.000
Subtotal	. 1' 440.000
Costo de apoyo al programa (13%)	187.200
Gran Total	1'627.200

ANEXO 14

MEDICINA TRADICIONAL EN LA REGION AMAZONICA

1. SITUACIÓN DEL PROBLEMA

1. Practica médica y sociedad en la región amazónica

La medicina, en tanto producto de la actividad humana, emerge y se desarrolla en la sociedad, es decir, dentro de una estructura que posee características propias derivadas del ordenamiento del proceso productivo, las relaciones sociales y la historia; consecuentemente, la medicina está articulada con el modelo productivo prevalente, con el cuerpo ideológico que predomina en ese ambiente social, pero también tiene que ver con la vida práctica y la imagen del mundo de los sectores poblacionales que han quedado rezagados o que han sido marginados en el proceso de ascensión de la sociedad. En este sentido, la práctica médica no es única ni universal, ya que se establecen distintos sistemas, de los cuales uno es el dominante.

La región amazónica, con su gran dimensión geográfica (7.8 millones de kilómetros cuadrados) y su carácter plurinacional, alberga sociedades en las cuales es posible identificar sectores plenamente incorporados al sistema de mercado, que reciben en mayor o menor grado los beneficios sociales entre los que destaca la atención médica; pero también existen otros estamentos rezagados, pobres y olvidados, que desconocen estos beneficios o los reciben en forma precaria. En varias zonas de la Amazonia, además, perviven importantes nacionalidades indígenas, integradas cultural y étnicamente, lo que introduce una nueva variable en el ámbito de las relaciones sociales, ya que junto a los vínculos de clase, establecidos por el diferente acceso al bienestar general, surgen relaciones étnicas que van a definir notablemente ciertos comportamientos sociales.

La situación de salud de la población de la región amazónica, comparte los rasgos generales que califican a los países latinoamericanos; población joven, con una tasa de crecimiento relativamente alta y con una tendencia a la concentración urbana. Los índices de mortalidad general, infantil y materna se mantienen elevados y las causas de muerte corresponden en su mayoría a patologías prevenibles y reducibles. La morbilidad hospitalaria demuestra la presencia de patologías prevenibles con atención médica oportuna, uso apropiado de tecnología, medicamentos y mejoramiento del medio. La desnutrición es un grave problema de salud pública y crecen los trastornos Psico-sociales, consecuentes con las importantes transformaciones que sufre la región. A esta situación general, hay que añadir ciertas particularidades en el caso de la Amazonia.

Su población tiende a incrementarse básicamente por procesos migratorios, lo que introduce un factor condicionante de muchas patologías; las comunidades aborígenes, por otra parte, son impelidas a penetrar cada vez más en la selva si quieren seguir manteniendo su economía y sus rasgos culturales propios; pero habitualmente se van desintegrando, disminuyendo el número de personas por enfermedades, privaciones sociales, ambientales y violencia. Dentro de cada etnia, por otra parte, puede presentarse una incidencia especial de problemas de salud que, en algunos casos, están bien identificados (Kroeger y Freedman 1984).

Además, hay que considerar los trastornos culturales, los accidentes, que por lo que se conoce tienen una alta incidencia. Varias enfermedades infecciosas y parasitarias afectan tanto a los colonos como a los aborígenes. El paludismo, la fiebre amarilla, el dengue, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, representan graves y crecientes problemas de salud; igualmente, las poliparasitosis intestinales, las micosis y otras infecciones como el sarampión, la hepatitis, la tos ferina, la gripe que afectan, en mayor medida, a las poblaciones aborígenes. Los trastornos psicosociales, la violencia, el alcoholismo, conforman con todo lo descrito un panorama poco alentador, que debe ser considerado integralmente para la búsqueda de soluciones adecuadas y oportunas.

Para hacer frente a todos estos problemas, en la región amazónica, podemos identificar un sistema de atención médica que puede ser dividido en dos grandes categorías: a) Medicina formal, oficial, occidental o científica y b) medicina tradicional.

La primera se define como formal porque conlleva el cumplimiento de ciertas normas para su ejercicio, existiendo un proceso formativo de los agentes de salud, legitimado por la sociedad. Es oficial porque es la medicina aceptada y legalizada por el Estado, el cual vela por su mantenimiento, aplicando una legislación especial, apoyando la formación de los recursos humanos y generando un mercado de trabajo. Esta medicina, finalmente, es catalogada como "occidental" o "científica" porque sus contenidos científico-técnicos y su organización se basan en los conocimientos y experiencias generados en occidente. Esta denominación se relaciona también con el carácter positivista de su conformación ideológica y la connotación liberal de su ejercicio.

Dentro de esta medicina oficial, destacan varios modelos de atención como son los proporcionados por los sistemas de seguridad social, los ministerios de salud y la medicina privada. Cada uno de estos modelos tiene una cobertura de población propia y unas finalidades específicas: la protección de la fuerza de trabajo, la promoción de los valores del Estado que vela por la salud de todos, especialmente de los más necesitados; el paternalismo o el afán de lucro son aspectos que caracterizan a estas prácticas, independientemente de su valor científico- técnico, de sus éxitos o fracasos. Así esta medicina no llega, o cuando llega es deficiente, a todos los sectores poblacionales, especialmente a

las zonas marginadas de las ciudades, a los conglomerados rurales y peor aún a las comunidades étnicas de la Amazonia. Por otra parte, la falta de preparación del personal de salud para comprender otras formas culturales de concebir la vida, la salud y la enfermedad dificultan el acceso a esta práctica, que ante la incompreensión, el rechazo o su propia incapacidad económica de pagar por el acto médico y las medicinas, se recurre a las prácticas de su cultura (Estrella 1980).

Veamos cuales son los elementos que caracterizan a la medicina tradicional, en general, y a la de la región amazónica, en particular:

2. Fundamentos de la medicina tradicional

Es una medicina que nace y se desarrolla con el hombre a través de milenios de prehistoria, que posteriormente recibe en mayor o menor grado las influencias de la medicina popular europea y que incorpora progresivamente algunos elementos popularizados de la medicina científica. Es una práctica viviente en la cual podemos identificar las siguientes características estructurales:

a) Representa la aplicación de un conjunto de reglas, modelos, rituales, expresiones y acciones que emergen de la vida práctica, de las necesidades y del mundo de ideas que maneja un grupo social y que conforman una serie de enunciados sobre la salud y la enfermedad.

b) Estos enunciados están organizados como un auténtico "saber", que ha generado técnicas apropiadas y que ha dado -o puede dar lugar- al desarrollo de proposiciones coherentes (o no), a la realización de descripciones adecuadas o a la conformación de teorías. Si bien estos conocimientos no se constituyen como una ciencia con una estructura ideal bien definida -en el sentido de Foucault (1972: 305)-; tampoco son conocimientos aislados y amontonados unos junto a los otros, procedentes de experiencias o tradiciones y unificados únicamente por la persona que los genera; no son saberes articulados, son materiales mágicos, míticos, religiosos, empíricos o racionales, organizados en una manera diferente de ver la vida o de concebir la enfermedad.

Para comprender adecuadamente la estructura y funciones de la medicina tradicional, es necesario reconocer la imagen del mundo que tiene del hombre que utiliza esta práctica. Visión o imagen del mundo significan, en este caso, la comprensión de la realidad, la continuidad de las memorias, los conceptos y normas que el individuo ha incorporado a su personalidad tanto a través de su experiencia concreta como por la transmitida por el grupo social. Los aspectos más significativos de esta cosmovisión, que tienen relación con los conceptos de salud y enfermedad, son los siguientes:

a) Trascendencia de lo sagrado. Son numerosos los ejemplos de la trascendencia de lo sagrado en la evolución de las sociedades americanas prehispánicas y en la vida misma de aquellas comunidades de la Amazonia que, a lo largo de los siglos, quedaron en cierto modo fuera de la influencia de la sociedad occidental; a esta variedad de ejemplos hay que sumar las modalidades de expresión o revelación, desde las formas más simples como el mana, el totemismo o el animismo, hasta la constitución de experiencias o teorías religiosas más desarrolladas como el culto a un ser supremo (Eliade 1974: 28-49). A esto hay que añadir la progresiva incorporación del cristianismo, con las variantes de un sincretismo religioso nunca concluido. La trascendencia de lo sagrado significa, en síntesis, los esfuerzos que hace el hombre para encontrar a través de la magia, el animismo o la religión, un sitio en la tierra, en medio de un esquema de elementos tan vastos e inconmensurables, donde sólo por esta intermediación puede encontrar seguridad, norte y control.

b) Relación cuerpo -espíritu. El equilibrio la integridad y la armonía son los elementos esenciales de la concepción de la relación cuerpo-espíritu, entidades que se considera son donadas por una potencia superior. El organismo humano es la morada del cuerpo y el alma, que se conjugan en una totalidad, que a su vez existe en relación constante con una naturaleza vivificada y un orden social preestablecido. El alma puede ser hálito, soplo, respiración, viento en unos casos; o sombra en otros, pero siempre es un elemento material, invisible pero real. El alma puede abandonar el cuerpo, ser descarnada, robada o reemplazada por un mal espíritu, por la acción de las fuerzas de la naturaleza o por el maleficio de un enemigo, quedando el cuerpo inerte, presa fácil de la enfermedad; pero también el alma puede ser reincorporada por medio de un ritual, con lo que se consigue el retorno a la integridad y a la salud. El cuerpo es concebido como una superficie limpia que puede ser manchada o como una ventana por la cual se introducen objetos extraños, restableciéndose la armonía con el ritual de la limpieza o la eliminación. El alma es trascendente, no desaparece ni con la muerte; se puede quedar junto al cuerpo del difunto, salir, o incorporarse a otros hombres, objetos o animales.

Cuerpo y alma no son, además, propiedad exclusiva del portador, ya que cualquier lo que le suceda a un individuo repercute en la totalidad, en las relaciones hombre -naturaleza: en la naturaleza por la consanguinidad de vida con la que es concebida y en la sociedad por los efectos sobre las normas de solidaridad y reciprocidad.

c) Unidad de la existencia y vivificación de la naturaleza. La visión de la existencia es sintética y no analítica; la vida del hombre no se halla dividida; se concibe la vida como un todo continuo que no admite escisión ni diferenciación específica. La vida del hombre es permanente y ni siquiera la certidumbre de la muerte puede alterar la secuencia de lo vital, ya que el hombre en tanto ser dotado de cuerpo y espíritu, puede dominar la fatalidad a través de la sobrevivencia del alma. Por otra parte, el hombre no se atribuye a sí mismo un carácter único, ya que por el imperio de la analogía, toda la naturaleza está vivificada. Existe la convicción profunda de una gran solidaridad de vida que traspasa todo límite (Cassirer 1975:117). Por esta consanguinidad tienen vida y sienten los elementos de la naturaleza: la tierra, el agua, las plantas; la luna, el rayo, el arco-iris, etc.

d) Idealización de las relaciones sociales. No son únicamente los poderes superiores sagrados los que se reflejan en forma ilusoria en la conciencia de los hombres, sino que también las condiciones sociales de existencia, que se expresan por la pertenencia de todos a una comunidad mal o bien organizada, son idealizadas. De esta forma, las relaciones sociales, las normas comunitarias, actúan como elementos supuestos, dados, divinizados. Por esta razón se sacralizan ciertos comportamientos y en el caso de los campesinos e indígenas americanos, la reciprocidad, la solidaridad y la re-distribución de conocimientos y técnicas con valor de uso, forman parte de esta mentalización. Estos conceptos son incorporados por la experiencia a la personalidad de los individuos y actúan como matrices de conducta que si se transgreden, pueden ocasionar daños y enfermedades.

3. Salud y enfermedad: armonía, pecado y culpa

La salud es considerada como una relación armónica entre el hombre y su concepción de lo sagrado; la contravención a los designios de la divinidad, lleva a la enfermedad. La salud también es armonía entre el hombre y la sociedad, que se expresa a través del cumplimiento de las normas comunitarias. Numerosas formas de hechicería, que causan enfermedades y conducen a la muerte, se practican en algunas poblaciones, ocultando los enfrentamientos reales provocados por envidias y rencores; en la Amazonia colombiano-ecuatoriana a este trastorno se le conoce con el significativo nombre de "mal de la humanidad". El mal ojo es un problema frecuente, tanto en la población migrante como en la nativa que ha asimilado este concepto que se origina en una alteración de las relaciones personales. La enfermedad es un castigo a la contravención de las normas sacralizadas y llega a través de la acción de las fuerzas sobrenaturales que dominan al hombre y a la naturaleza, y son un daño hecho a la persona, quitándole lo sustancial de su ser, el alma o las almas; ensuciándole o introduciendo un objeto extraño en su cuerpo. Puede provenir de los hombres o de la naturaleza en forma de emanación, o por las diferentes manifestaciones de la magia de contacto o la magia imitativa, cuando alguien expresa materialmente su rencor o su envidia (Estrella 1977: 65-103). Cualquiera sea su origen, para esta mentalidad, la enfermedad es considerada como una presencia independiente del individuo, incorporada temporalmente al hombre, aunque sin dejar de permanecer extraña a él (Coury 1972). Este concepto de enfermedad como aquello que viene de fuera, propicia el desarrollo de técnicas preventivas y curativas, cuya función es limpiar, extraer o eliminar.

Finalmente considerada la enfermedad como un hecho social, para el hombre representa una experiencia de la vida, una nueva dimensión de la existencia, tanto en el ámbito individual como de la colectividad. El sujeto que enferma no tiene una parte, órgano o sistema enfermos, sino que él en su totalidad se siente mal, él y su vivencia actual, él y su experiencia pasada; el concepto de enfermedad es totalizador, holístico y esta nueva dimensión vital afecta su existencia y la de la comunidad.

4. Causalidad y clasificación de las enfermedades

La noción de causalidad trasciende los límites de la medicina y entra en el campo de los planteamientos filosóficos; ya no se trata de buscar el origen de la enfermedad únicamente, sino de encontrar una imagen coherente del mundo, el hombre y las organizaciones sociales. En esta perspectiva, el saber médico tradicional distingue, en general, dos causas en la producción de enfermedades: sobrenaturales y naturales o reconocibles.

Dentro de los factores sobrenaturales están las creencias mágicas, el animismo y la religión; aquí también se incluyen los elementos que alteran la relación armónica del hombre con la naturaleza y el grupo social. Entre los factores naturales o mejor reconocibles, tenemos las influencias ambientales, los accidentes, la pobreza; ciertas condiciones personales como el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el mal comportamiento, la ira o el coraje retenidos, las penas o los sufrimientos, los deseos insatisfechos. Sin embargo, siendo la metamorfosis una característica de la mentalidad tradicional, en donde nada posee una forma definitiva o invariable, un trastorno de origen natural o reconocible a causa de su gravedad o incurabilidad, puede ser achacado a la acción de las fuerzas superiores.

Las enfermedades sobrenaturales tienen su origen en creencias comunitarias institucionalizadas y mantenidas a través del tiempo por medio de la tradición. El animismo, la magia, el mito y la religión son los elementos que, con su carácter desconocido, conforman su núcleo específico. El curandero o "shaman" de la medicina tradicional es quien hace el diagnóstico, sobre la base de su experiencia, la historia del enfermo, las referencias de los familiares y sobre todo por un ritual adivinatorio. El descubre y explica institucionalmente una forma de etiología institucionalizada; es decir, suministra al enfermo una solución a su enfermedad en virtud del sistema de valores que practican ambos (Comelles 1973:8).

A través de la acción curanderil, el enfermo adquiere el "conocimiento" de su enfermedad y con ello se reduce el temor que su ignorancia le producía. En otras palabras, en las situaciones humanas existen acciones nocivas, estresantes, para las cuales la cultura tiene una respuesta, un modelo que ayuda al individuo a estructurar sus defensas y sus síntomas restitucionales (Devereux 1973:28-53). En esta perspectiva, estas enfermedades sobrenaturales o del alma tienen que ver con algo más que corresponde a la colectividad y a la cultura, por eso se les puede catalogar como enfermedades culturales. Ackerknecht (1985: 113) anota que esta medicina aparece mucho más como una función de la cultura que de la biología, ya que la existencia de la enfermedad no se decide por la presencia de un cambio biológico, aun cuando éste exista; lo que es fundamental es la decisión de la comunidad, de considerar ese cambio como una enfermedad.

Algunos ejemplos de estas enfermedades son el susto o espanto, el mal aire, el ojo u ojeado, la brujería, el mal del arco-iris y una serie de síndromes, que dentro de cada nacionalidad indígena tienen su denominación específica. Así, por ejemplo, entre los jíbaros o shuar de la Amazonia ecuatoriano-peruana, una nacionalidad indígena que se ha mantenido cohesionada desde la época prehispánica hasta la actualidad, hay una distinción clara entre brujería (tunchi y enfermedad sungara). El tunchi es una flecha o un objeto material que los hechiceros envían a los enemigos; la enfermedad causada por este ataque -dice Karsten (1989,11:448)- es propia de los indios y no produce ningún efecto entre los blancos. Según este autor, los jíbaros se consideran brujeados cuando les duele el cuerpo y sienten "intensos congajos" en alguna parte de él, mas aún si los dolores se acompañan de inflamación y tienen una presentación súbita. Los dolores de cabeza, reumatismos, las heridas que tardan en resolverse y supuran, las enfermedades del corazón, del hígado o del estómago, son claras señales de la presencia de un hechizo. Se considera sungaras todas las enfermedades que producen fiebre. El tunchi o brujería se debe a un ser demoníaco, y la sungara es ocasionada por un espíritu, el espíritu de un hombre blanco. Estos conceptos de enfermedad y estas nociones de clasificación sirven para que una vez realizado el diagnóstico, se inicie el tratamiento que incluye en una unidad de acto elementos mágicos, religiosos, empíricos y racionales. Hay que destacar el amplio uso de plantas medicinales.

5. Situación actual de la medicina tradicional en la región amazónica

La región amazónica, desde los más remotos tiempos prehistóricos, ha sido un lugar de residencia del hombre, que en ese hábitat y aprovechando sus recursos, especialmente los aportados por la gran biodiversidad, construyeron organizaciones sociales de menor o mayor grado de desarrollo. En relación con la salud y la enfermedad, estos pueblos crearon un saber mágico-religioso y empírico, cuyo grado de evolución estuvo articulado con la visión del mundo de la comunidad y con el nivel de complejidad de la estructura social. A partir de la conquista y colonización europeas, iniciadas en el siglo XVI, se recogieron las primeras noticias sobre los modos de vida de estos pueblos, y desde esa época se inició, en algunos casos, un proceso de transculturación que afectó las concepciones de enfermedad y tratamiento, con la incorporación lenta y progresiva de la medicina occidental.

Siendo la región amazónica una zona de difícil acceso, dominada por la selva, con una diversidad de pueblos étnica y lingüísticamente diferenciados y con una limitada oferta de réditos económicos para los colonizadores, el proceso de penetración fue dejado en manos de misioneros religiosos, especialmente españoles y portugueses, que desde las estribaciones de la cordillera andina, los unos, y desde la orilla atlántica, los otros, trataron de evangelizar a los indios con resultados mas bien modestos. La religión cristiana ingresó como otro mecanismo interviniente en el moldeamiento ideológico de las poblaciones reducidas, modificando consecuentemente las concepciones de salud y enfermedad. Estos conocimientos y prácticas también fueron modificados en algunas zonas amazónicas por la introducción de población africana, que trajo su propia cultura.

Desde la segunda mitad del siglo XIX, y especialmente en las primeras décadas del xx, se inicia un lento y progresivo proceso de colonización, bajo la atracción de las riquezas minerales y forestales, poblándose las orillas de los ríos y surgiendo pueblos y ciudades de extracción étnica blanco-mestiza y, en algunos casos, negra. Este proceso se ha acelerado en las últimas décadas con el hallazgo de petróleo y otros recursos, lo que ha provocado migraciones incontroladas de las que han surgido pueblos y ciudades con graves deficiencias estructurales que, en relación con la salud, se especifican en un limitado o nulo saneamiento básico, alta incidencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales, graves problemas sociales y deficiente sistema de atención médica estatal. No pocos conflictos se han producido por el enfrentamiento entre la población migrante -colonos- y los indígenas, siempre en detrimento de estos últimos que han visto reducida su tierra y destruido su hábitat natural.

La medicina tradicional es una realidad incuestionable en la región amazónica, siendo en muchos casos el único sistema de salud al que puede recurrir la población pero dada la diversidad cultural que hemos anotado y el impacto de la influencia de la medicina occidental, no se puede hablar de "una" medicina tradicional sino de la coexistencia de varias formas de expresión del saber médico tradicional. De esta manera, para facilitar nuestra comprensión, podemos dividir al sistema en dos categorías: a) Medicina tradicional popular o folclórica y b) etnomedicina.

a) Medicina tradicional popular o folclórica. Su definición ha sido ya enunciada al comienzo de este capítulo, pero aquí reiteramos que se trata de un conjunto de conocimientos y prácticas que tienen como base el saber médico ancestral de la población, modificado a lo largo de los siglos por la influencia de la medicina popular europea, la religión cristiana y los elementos popularizados de la medicina científica. Es una práctica que se trasmite oralmente por medio de la tradición familiar o comunitaria, que tiene sus propios agentes de salud y sus ideas sobre enfermedad y curación. Es el saber del pueblo -folklore- que, además, es llevado por la población migrante, de tal manera que hay una mezcla de creencias y técnicas no muy fáciles de diferenciar.

b) La etrimedicina está conformada por los conocimientos y prácticas médicas realizadas dentro de estructuras socioculturales distintas a las occidentalizadas, cerradas etnolingüísticamente y que conforman un saber tradicional sobre la etiología de la enfermedad, su clasificación, diagnóstico y tratamiento, cuyos lineamientos básicos hemos expuesto anteriormente. Teóricamente es la expresión mas pura de la medicina tradicional, que correspondería a agrupaciones cultural y étnicamente aisladas de las corrientes principales de la civilización occidental (Seguin 1974). Estos grupos humanos, así considerados, prácticamente ya no existen, pero si sobreviven en la Amazonia numerosos pueblos que mantienen este ideal etnomédico en respuesta a una cosmovisión particular de su cultura. En general, podemos hablar de etnomedicina, cuando se investigan las prácticas médicas de los pueblos Shuar, Cashinahua, Sharanahua, Campa, Cubeo, Tucano, Desana, Macu y muchos otros.

6. Shamanismo y drogas alucinógenas

Podemos decir que el "shamanismo" es una de las expresiones más genuinas de esta categoría de la medicina tradicional que llamamos etnomedicina. El término "shaman" que proviene de la lengua de la tribu de los tungus en Siberia, ha sido introducido en la antropología para designar a un individuo de las sociedades primitivas que se caracteriza por poseer un poder mágico, por haber sido iniciado en el mantenimiento de una relación con lo sobrenatural, por conocer los mitos, las curaciones y otras prácticas de hechicería y maleficio dentro de su comunidad. El "shaman" es dueño de un universo poblado de espíritus y es, al mismo tiempo, sacerdote, curandero, protector del grupo y conjurador. A través de un estado de trance se pone en contacto con el mundo sobrenatural, teniendo a su favor uno o más espíritus que oyen sus súplicas y le ayudan en su decisión de hacer el bien o el mal. El "shaman" es capaz de preguntar por la enfermedad, por el destino del enfermo, tratando una variedad de trastornos moldeados culturalmente.

En la región amazónica, históricamente, el "shaman" ha utilizado drogas alucinógenas para alcanzar esos estados psicológicos en los cuales la alteración de la percepción le permite ponerse en contacto con lo sobrenatural. La literatura histórica y etnológica ha identificado en algunos casos -noroeste amazónico- el uso de un rape narcótico de cohoba, yopo o niop (*Anadenanthera peregrina*) o de especies del género *Virola* (*V. calophylla*, *V. collophyloidea*, *V. theidora*). Pero lo más generalizado es el uso de una bebida conocida como yagé en Colombia, ayahuasca en Perú y Ecuador y caapi en Brasil; esta bebida se elabora con base en una planta del género *Banisteria* . *opsis*, la *B. caapi*, a la que se añade otras especies del mismo género o de otros como el *Psychotria* (*P. viridis*), con lo cual adquiere mayor poder alucinatorio.

Shamanismo y consumo de drogas alucinógenas van de la mano y la investigación etnológica ha logrado identificar un patrón de relación entre el shamanismo y los jaguares o los espíritus -jaguar. En medio de este complejo sistema de creencias está la enfermedad, su tratamiento y el uso de los recursos vegetales.

7. Medicina tradicional y Estado

¿Qué actitud han tomado el Estado y la medicina científica frente a la medicina tradicional?

En primer lugar ha existido persecución y rechazo. Se ha considerado una práctica nociva, producto de la ignorancia y el primitivismo, superchería barata. La medicina científica a través de todas sus instancias formativas y gremiales, ha considerado a esta práctica como un puro empirismo que debía ser rechazado y perseguido oficialmente. La medicina tradicional ha quedado fuera del contexto de la formación del personal de salud y ha sido legalmente perseguida y reprimida.

En las últimas décadas, sin embargo, sobre todo por el avance de la investigación etno-botánica, etnológica y médica, que ha aportado elementos de juicio válidos sobre la importancia del saber tradicional, la situación ha comenzado a modificarse. Además, las propias organizaciones campesinas e indígenas han tomado una mayor conciencia sobre sus derechos, lo que ha servido para que exijan la protección de su sistema de salud. Todo esto ha permitido un acercamiento más objetivo a la realidad del problema. El Estado y la medicina oficial, muy a su pesar, han tomado en cuenta esta situación, y del rechazo y la hostilidad -que no han terminado- han pasado a un cierto paternalismo que tampoco es constructivo. En algunos países, como Bolivia, el proceso reivindicatorio ha conseguido la adopción de una legislación que protege el ejercicio de esta práctica.

Finalmente es necesario anotar que la Organización Mundial de la Salud estableció en 1977 una propuesta política sintetizada en la frase "Salud Para Todos en el Año 2000", que fue impulsada en Alma Ata en 1978 con la creación de la estrategia de atención primaria de salud, en cuyos programas se incluye la participación de la comunidad y su saber médico tradicional. A partir de estas decisiones aceptadas por todos los países del mundo, la medicina tradicional ha sido objeto de una mayor preocupación por parte de los ministerios de salud. Actualmente se ejecutan algunos programas para incorporar ciertos conocimientos y prácticas tradicionales en los programas de atención primaria.

Varios aspectos del saber tradicional, sobre todo aquellos que se consideran prácticos, como la atención del parto o el uso de las plantas medicinales, han merecido la atención de las instancias oficiales; sin embargo, la relación con el saber médico tradicional en su totalidad no se ha producido todavía. Se habla mucho de la "integración" de los dos sistemas, pero los mecanismos de esta articulación todavía no están claros.

En todos los países amazónicos existe una necesidad sentida por alcanzar la incorporación de la medicina tradicional al plano de la legalidad, es decir, el ámbito abierto de la exposición de problemas y resultados. La medicina oficial no ha sido capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad amazónica y ha encontrado una barrera en su relación con la población indígena; los usuarios siguen asistiendo a sus curanderos o "shamanes", que habitualmente utilizan en sus curaciones el extraordinario arsenal de drogas de la selva. Todo esto significa que es necesario que se modifiquen las políticas oficiales frente a la medicina tradicional.

8. Insumos para una nueva política en la medicina tradicional

A continuación enumeramos algunos objetivos que podría tener una nueva política estatal frente a la medicina tradicional:

- Reconocer la existencia de una práctica médica sustentada en valores culturales propios.
- Reconocer que esta práctica puede ayudar a resolver los problemas de salud de la población.
- Aprovechar una milenaria experiencia en el uso de la materia médica vegetal.

Para llevar adelante estos objetivos, se podrían promover las siguientes actividades:

- Mantener en todas las instancias culturales, científicas, políticas, etc. de la sociedad civil, preocupadas por el tema, y en todos los ámbitos -formativos, de servicios y gremiales- de la medicina oficial, un proceso de discusión permanente sobre la medicina tradicional, considerándola no sólo como un modelo de hacer medicina, sino como una expresión de la cultura que tiene sus propios valores y metas. Este diálogo debe sustentarse en un mejor conocimiento de la realidad, para lo que es necesario profundizar en la investigación. La participación de los agentes de salud de la medicina tradicional y de las organizaciones comunitarias, en general, debe ser muy activa en esta discusión. Se debe conocer más para proteger y promover.

Promover en todas las instancias de la medicina oficial el respeto a esta práctica, eliminando el rechazo y, peor, la persecución.

Difundir a todos los niveles los valores reconocidos hasta hoy en esta medicina y profundizar la investigación en áreas específicas, respetando a la población poseedora de esos conocimientos y prácticas, y solidarizándose con su situación y su lucha por conseguir la satisfacción de sus más urgentes necesidades.

Crear las condiciones a través de un proceso de reivindicación constante, para que en el marco legal de la legislación de la salud de cada uno de los países amazónicos, queden expresadas las normas relacionadas con el respeto y protección de esta práctica.

Iniciar procesos de coordinación e integración, reconociendo que por principio no se dará una integración total por la intervención de valores culturales diferentes.

Tomar conciencia de que la región amazónica es una de las pocas regiones del mundo, que por su biodiversidad ofrece posibilidades para la investigación de drogas derivadas de los vegetales, siendo la población indígena, los curanderos y "shamanes", los que mejor conocen esos recursos, que es necesario preservar para bien de la humanidad. Estos lineamientos políticos deben tener un correlato programático en el ámbito de los ministerios de salud. Se sugiere, en el caso de que no exista, la creación de un departamento de medicina tradicional que tendrá un programa específico para la región amazónica.

II. Perfiles de proyectos de investigación

1. Programa de medicina tradicional de la Comisión Especial de la Amazonia (CESAM)

La Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), con el objeto de viabilizar las políticas de salud que constan en el Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) y en las declaraciones y decisiones adoptadas en las reuniones de los organismos del Tratado, ha establecido ocho programas prioritarios, entre los cuales consta el de la medicina tradicional. El objetivo de este programa es: "Propender a la recuperación del uso de la medicina tradicional y la integración de ésta con el sistema de salud occidental". A través de este proceso de recuperación, se pretende identificar los aspectos más relevantes de esta práctica, para planificar los modelos de integración con los planes y programas oficiales de salud, generando una forma diferente de hacer salud que responda a las necesidades de la población amazónica. Para llevar adelante este programa se ha considerado indispensable la ejecución de las siguientes actividades:

- a) "Sistematización de la información sobre la medicina tradicional en la región amazónica y preparación de un documento de amplia circulación sobre las aplicaciones y resultados de la medicina tradicional".
- b) "Preparación e implantación de un programa de investigación sobre la medicina tradicional, en que se identifiquen y prioricen proyectos de investigación que han de ser realizados en coordinación con la Asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ) y la Comisión Especial de Ciencia y Tecnología de la Amazonia (CECTA)".
- c) "Preparación y divulgación de guías para la elaboración de la farmacopea de los productos amazónicos".
- d) "Formulación e implantación de mecanismos que permitan brindar apoyo técnico y organizativo a la práctica positivamente comprobada de la medicina tradicional".

Como se puede observar por estas declaraciones, tanto el Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) como su Comisión Especial de Salud (CESAM) están conscientes de la necesidad de iniciar un activo proceso de investigación sobre la medicina tradicional en el Amazonia. A través del señalamiento de estas cuatro actividades, se pretende abrir un camino que debe ser construido con urgencia y decisión. El tiempo es el peor enemigo de la Amazonia y mientras más pronto se inicien los programas de investigación y conservación, será mejor para el futuro de la región y de la propia humanidad.

2. Líneas de investigación, prioridades y problemas

Las líneas o unidades básicas de investigación deben sustentarse en la identificación de problemas fundamentales, los cuales a su vez emergen de la observación de la realidad. En las actividades programadas por la CESAM aparece la necesidad de sistematizar la información como un problema básico: recopilar la información producida, sistematizarla y difundirla; recopilar la información sobre drogas para preparar una farmacopea amazónica; destacar mediante el análisis de la información los elementos "positivamente comprobados de la medicina tradicional". En realidad el tratamiento de la información es un problema fundamental; sin embargo, hay otros aspectos que deben ser abordados con urgencia, tanto por el progresivo y acelerado deterioro ecológico de la Amazonia, como por el grave proceso de aculturación de la población aborígen, con la consecuente e irremediable pérdida de su cultura y sus conocimientos sobre el manejo del ambiente; por esta razón, los inventarios etnobotánicos y etnomédicos y las tareas de conservación deben ocupar un lugar preferente en los programas de investigación. Estos inventarios se deben sustentar en el trabajo de campo de los biólogos, botánicos, etnólogos, médicos, farmacólogos, etc. Al trabajo de campo seguirá la investigación de laboratorio, clínica, etc.

Otro problema básico resulta del análisis de la situación de salud de la población amazónica, especialmente de las comunidades aisladas, pobres, que tienen un difícil acceso a la atención médica estatal y a los medicamentos de la medicina occidental. En este caso es indispensable la planificación adecuada de programas de atención primaria de salud, mediante la utilización de los propios recursos de la comunidad y el adiestramiento en ciertos conocimientos y técnicas. Para que estos programas sean efectivos, deben sustentarse en un buen conocimiento de la realidad, por lo que la investigación es una tarea indispensable. En algunos países ya se han ejecutado o se están llevando a cabo este tipo de programas, por lo que es necesario realizar un análisis operativo. Con base en todos estos conocimientos, será posible establecer un esquema teórico de los modelos de integración entre la medicina tradicional y la medicina oficial. El siguiente sería un listado preliminar de líneas o unidades de investigación:

- a) Información sobre la medicina tradicional.
- b) Biodiversidad y medicina tradicional.
- c) Plantas medicinales y medicina tradicional.
- d) Cultura y salud.
- e) Medicina oficial y medicina tradicional.

La definición de las líneas preliminares propuestas se ha sustentado en la identificación de problemas y necesidades, en la búsqueda de causalidades y en la valoración de posibles mecanismos de solución. Una línea de investigación es una abstracción sobre la realidad que se quiere observar y no es, ni corresponde a una determinada disciplina científica, ni hace referencia a un solo problema; es una totalidad donde puede coexistir una variedad de problemas o situaciones interconectadas, que deben ser estudiadas en forma multidisciplinaria.

Si procedemos a la operacionalización de estas líneas de investigación, identificaremos los problemas prioritarios. Estos problemas pueden ser inmediatamente advertidos o necesitar de una observación estructurada para su valoración. En nuestro caso la priorización va a depender de la gravedad de los problemas y de la necesidad de buscar soluciones, tanto para detener el deterioro ecológico como para que la población amazónica alcance un nivel de bienestar, no sólo a través de la ampliación de los servicios sociales sino con un mejor manejo de sus propios recursos.

Los problemas prioritarios que pueden ser objeto de investigación dentro de cada una de las líneas, son los siguientes:

a) Información sobre medicina tradicional Problemas prioritarios

- Dispersión y desconocimiento de la información
- Limitada utilización
- Inaccesibilidad

Temas o proyectos de investigación

- Repertorio bibliográfico sobre la medicina tradicional en la región amazónica
 - Estudios histórico- bibliográficos sobre ámbitos específicos de la medicina tradicional
 - Bases para una farmacopea amazónica
 - Banco de información sobre la medicina tradicional.
- b) Biodiversidad y medicina tradicional

Problemas prioritarios

- Deterioro ecológico y pérdida de especies biológicas
- Acelerado proceso de aculturación de la población aborígen
- Disminución de los conocimientos tradicionales sobre salud y enfermedad

Temas o proyectos de investigación

- Inventarios regionales sobre plantas medicinales
 - Conservación biológica, restauración ecológica y manejo del medio ambiente, con referencia especial a las plantas medicinales
 - Estudios de caso sobre salud, enfermedad y curación en comunidades en proceso acelerado de aculturación o en peligro de extinción
 - Elaboración de programas educativos sobre el manejo del ambiente y la utilización de plantas medicinales
- Plantas medicinales y medicina tradicional

Problemas prioritarios

- Poco conocimiento sobre la utilización de plantas medicinales en enfermedades específicas
 - Limitada información sobre las formas farmacéuticas aborígenes
 - Altos costos de la investigación de principios activos
 - Infrautilización de extractos crudos y formas galénicas
 - Escasa información sobre observaciones clínicas
 - Alta competencia de los países desarrollados en la investigación de laboratorio y en la contrastación clínica
 - Falta de defensa de los conocimientos tradicionales
- Temas o proyectos de investigación
- Método simplificado para el estudio de las plantas medicinales
 - Elaboración de formas galénicas de productos regionales básicos
 - Investigaciones sobre eficacia e inocuidad de productos específicos
 - Investigaciones clínicas con extractos crudos o productos galénicos
 - Legislación para la defensa de los derechos de los indígenas sobre sus propios conocimientos.
- Cultura y salud

Problemas prioritarios

- Acelerado proceso de aculturación y/o destrucción de las comunidades aborígenes
 - Disminución del número de agentes de salud, curanderos y "shamanes"
 - Falta de información sobre las enfermedades culturales
 - Desfase entre la investigación empírica y el correlato interpretativo
- Temas o proyectos de investigación
- Estudios de caso sobre shamanismo y utilización de drogas alucinógenas
 - Interpretación de los estados alucinatorios del "shaman"
 - Terapéutica shamánica: fundamentos psicológicos

- Etnopsiquiatría en la Amazonia
- Enfermedades culturales: Estudios de caso
- e) Medicina oficial y medicina tradicional

Problemas prioritarios

- Limitada cobertura de la medicina oficial y escasa utilización de los recursos de la comunidad
- Falta de evaluación de los programas de atención primaria de salud con la participación de los agentes de salud de la medicina tradicional
- Inexistencia de programas de atención primaria de salud elaborados por la propia comunidad

Temas o proyectos de investigación

- Atención primaria de salud y comunidades indígenas de la Amazonia
- Investigaciones operativas sobre los programas de integración entre la medicina oficial y la medicina tradicional que actualmente se implementan en los países amazónicos.

3. Ejecución del plan de investigaciones

De acuerdo con el espíritu del Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) y las resoluciones de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), es necesario fortalecer las instituciones científicas y culturales de la Amazonia, proporcionándoles oportunidades para su desarrollo; por lo tanto, el Plan de Investigaciones que se propone, debe ser ejecutado por las universidades integradas dentro de la Asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ) y por otras instituciones científicas que, en cada uno de los países de la región, tengan un reconocido prestigio. Todos los proyectos serán coordinados con la Comisión Especial de Ciencia y Tecnología de la Amazonia (CECTA).

Dadas las limitaciones de la investigación en nuestros países, se tratará de realizar proyectos conjuntos o de buscar la coordinación o la asesoría entre los grupos de investigadores de los países de la región. Se buscará la colaboración de instituciones científicas extranjeras, de los organismos internacionales de cooperación, de los organismos no gubernamentales y de otras instituciones nacionales o extranjeras que tengan finalidades comunes. El financiamiento de la investigación es un punto clave, que debe ser objeto de una decisión del CESAM, procurando por una parte buscar una fórmula para un financiamiento permanente por parte de los países, y por otra, promoviendo la gestión ante organismos internacionales, para la ejecución de proyectos específicos. El financiamiento debe contemplar fondos para el desarrollo de la infraestructura de las instituciones científicas de la Amazonia, fondos para el desarrollo de los proyectos y ayudas para la formación de recursos especializados en los diferentes campos de la investigación; sólo de esta forma, se fortalecerá la investigación y su participación en el desarrollo regional. Operativamente, si se logra que la CESAM tenga los fondos para financiar proyectos, se debe llamar anualmente a un concurso de presentación de proyectos, que deben referirse al plan de investigaciones y que recibirían una ayuda parcial o total dependiendo de los fondos de la CESAM y de la validez científica de los proyectos.

ANEXO 14.1

PREPARACION DE UN REPERTORIO BIBLIOGRAFICO SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA REGION AMAZONICA

1. Antecedentes

1.1. La Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), con el objeto de viabilizar las políticas de salud que constan en Tratado de Cooperación Amazónica y en las declaraciones y decisiones adoptadas en las reuniones de los organismos del Tratado, ha establecido ocho programas prioritarios, entre los cuales consta uno destinado a la medicina tradicional. El objetivo de este programa es: "Propender a la recuperación del uso de la medicina tradicional y la integración de ésta con el sistema occidental". A través de este proceso de recuperación, se pretende identificar los aspectos más relevantes de esta práctica, para planificar los modelos de integración con los planes y programas oficiales de salud, generando una forma diferente de hacer salud que responda a las necesidades de la población amazónica. Para llevar adelante este programa se ha considerado indispensable la ejecución de las siguientes actividades:

- a) "Sistematización de la información sobre la medicina tradicional en la región amazónica y preparación de un documento de amplia circulación sobre las aplicaciones y resultados de la medicina tradicional".
- b) "Preparación e implantación de un programa de investigación sobre medicina tradicional, en el que se identifiquen y prioricen proyectos de investigación que han de ser realizados en coordinación con la Asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ) y la Comisión Especial de Ciencia y Tecnología (CECTA)".
- c) "Preparación y divulgación de guías para la elaboración de farmacopea de los productos amazónicos".
- d) "Formulación e implantación de mecanismos que permitan brindar apoyo técnico y organizativo a la práctica positivamente comprobada de la medicina tradicional".

1.2. La región amazónica, desde los más remotos tiempos prehistóricos, ha sido un lugar de residencia del hombre, que en ese hábitat y aprovechando sus recursos, especialmente los aportados por la gran biodiversidad, construyeron organizaciones sociales de menor a mayor grado de desarrollo. En relación con la salud y la enfermedad, estos pueblos desarrollaron un saber mágico-religioso y empírico, cuyo grado de evolución estuvo articulado con la visión del mundo de la comunidad y con el nivel de la complejidad de la estructura social. A partir de la conquista y colonización europeas iniciadas en el siglo XVI, se recogieron las primeras noticias sobre los modos de vida de estos pueblos.

Desde esa época se inició, en algunos casos, un proceso de transculturización que afectó las concepciones de enfermedad y tratamiento, con la incorporación lenta y progresiva de la medicina occidental. Siendo la región amazónica una zona de difícil acceso, dominada por la selva, con una diversidad de pueblos étnica y lingüísticamente diferenciados y con una limitada oferta de réditos económicos para los colonizadores, el proceso de penetración fue dejado en manos de los misioneros religiosos, especialmente españoles y portugueses, que desde las estribaciones de la cordillera andina, los unos, o desde la orilla atlántica, los otros, trataron de evangelizar a los indios con resultados más bien modestos. La religión católica ingreso como otro mecanismo interviniente en el moldeamiento ideológico de las poblaciones aborígenes reducidas, modificando consecuentemente las concepciones de salud y enfermedad.

Desde la segunda mitad del siglo XIX y especialmente en la primera del siglo XX, se inicia un lento y progresivo proceso de colonización, bajo la atracción de las riquezas minerales y forestales, Poblándose las orillas de los ríos y surgiendo pueblos y ciudades de extracción étnica blanco-mestiza, con una cultura de prevalentes matices occidentales. Este proceso se ha acelerado en las últimas décadas, con el hallazgo de petróleo y otros recursos, lo que ha provocado migraciones incontroladas de las que han surgido pueblos y ciudades con graves deficiencias estructurales, que en relación con la salud se especifican en nulo o limitado saneamiento básico, deficiente sistema de atención médica e incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales.

La diversidad cultural de los pueblos que actualmente se encuentran habitando en la extensa hylea amazónica, conlleva también una conceptualización distinta de salud y enfermedad y, consecuentemente, el desarrollo de estrategias diferentes de atención médica. Entre el saber mágico - mítico-religioso y empírico de varias comunidades étnica y lingüísticamente diferenciadas y el saber médico occidental o científico de las facultades de medicina o de las organizaciones médicas establecidas en algunas grandes ciudades de la Amazonia, existe una variedad de prácticas que es necesario identificar y reconocer, para viabilizar cualquier programa de mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Por todo lo expuesto podemos afirmar que la práctica médica de la región amazónica no es única ni es universal y que, por razones didácticas y de comprensión, la podemos clasificar en dos grandes categorías: a) occidental, oficial o científica y b) tradicional.

Las características del sistema occidental, formal u oficial son comprensibles, por lo que, ateniéndonos al tema de nuestro estudio, nos vamos a detener en la práctica tradicional.

En general, entendemos Por medicina tradicional, una práctica que nace y se desarrolla con el hombre a través de milenios de prehistoria y que ha recibido o no en forma sustancial las influencias de la medicina europea a partir de la conquista, que igualmente ha incorporado a lo largo de los siglos los conocimientos popularizados de la medicina científica. Bajo este concepto, podemos clasificar a la medicina tradicional en dos grandes categorías: a) Medicina tradicional popular o folklórica y b) etnomedicina.

a) La medicina tradicional, popular o folklórica, es un conjunto de conocimientos y prácticas que integra el saber médico ancestral de la población, modificado a lo largo de los siglos por la influencia de la medicina popular europea, influencia ideológica de la religión católica y ciertos conocimientos y prácticas de la medicina científica. Es una practica que se transmite oralmente por medio de la tradición familiar y comunitaria, que tiene sus propios agentes de salud y sus ideas sobre enfermedad de curación. Es el saber del pueblo -folklore- que se transmite generacionalmente y que está ampliamente extendido no sólo entre la población de la Amazonia, sino en todas las otras regiones del continente en donde se produjo este proceso de transculturización entre las poblaciones aborígenes y las influencias aportadas por la cultura occidental europea.

b) La etnomedicina está conformada por los conocimientos y prácticas médicas realizadas dentro de estructuras socio-culturales distintas a las occidentalizadas, cerradas etnolingüísticamente y que conforman un saber tradicional sobre la etiología de la enfermedad, su clasificación, diagnóstico y tratamiento. Teóricamente es la expresión más pura de la medicina tradicional y que correspondería a agrupaciones cultural y étnicamente aisladas de las corrientes principales de la civilización occidental. Estos grupos humanos, así considerados prácticamente, ya no existen, pero si hay en la Amazonia numerosos pueblos en donde en general se mantiene este ideal etnomédico en respuesta a una cosmovisión particular de esta cultura.

1.3. Con estos antecedentes y considerando la importancia de la medicina tradicional como una práctica extendida entre la población culturalmente diferenciada de la Amazonia, práctica que debe ser respetada y estudiada, para programar su propia difusión y mantenimiento y rescatar su valiosa contribución para la solución de los problemas de salud en la población amazónica, se considera necesaria la elaboración de un instrumento que ayude eficazmente a la obtención de estos fines. Sin una adecuada información sobre lo que ya se ha investigado o escrito sobre la medicina tradicional en la Amazonia, mal se pueden iniciar otras tareas de investigación, recuperación, planificación de salud y, peor aún, promover mecanismos de integración con la medicina oficial o formal.

2. Proposición

Realización de una investigación para la preparación de un repertorio de la bibliografía sobre la medicina tradicional en la región amazónica.

3. Objetivos

- 3.1. Recolectar la información bibliográfica, sobre la medicina tradicional en la Amazonia.
3. 2. Preparar un repertorio bibliográfico general.
3. 3. Difundir la información.
3. 4. Propiciar la creación de un banco de información sobre medicina tradicional en la Amazonia.
3. S. Planificar la ejecución de estudios histórico- bibliográficos sobre temas de interés dentro del campo de la medicina tradicional.

4. Metodología

4. L Modelo teórico

Las definiciones básicas que serán utilizadas en este proyecto, han sido expuestas en la introducción. Más adelante se definirán los ámbitos temáticos.

4.2. Arca de estudio

El arca geográfico-poblacional, implicada en este estudio, es toda la región amazónica, que incluye Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela.

4.2. 1 Reglas generales

La recopilación incluirá obras impresas (libros, folletos, impresos, artículos de prensa y publicaciones periodísticas), nunca documentos de archivo ni otro tipo de materiales. Sin embargo, y aunque no deben ser objeto prioritario de la búsqueda, se incluirán siempre que sea posible referencias de tesis doctorales.

Límites cronológicos: no existe ningún tipo de límite, tanto para lo que se refiere a la fecha de publicación (s.m-1991) como para el ámbito cronológico del estudio (Época precolombina -1991).

4.2.2. Observaciones y procedimiento

En cada uno de los países se identificarán los principales repositorios en los cuales presumiblemente se pueda encontrar la información bibliográfica requerida. Se preferirán los repositorios de carácter nacional y, de existir, los centros de información sobre el tema.

En cada repositorio se averiguará sobre la medicina tradicional, en general, o sobre alguno de sus ámbitos temáticos. Estos repertorios serán una buena guía para iniciar el trabajo, por lo que se comenzará la recolección de información a partir de estas fuentes. Posteriormente se pasará a revisar los libros, folletos, recortes de prensa y publicaciones periódicas. En general, la información que buscamos se encuentra diseminada principalmente en las publicaciones periódicas, por lo que es necesario proceder a su vaciamiento. La decisión de vaciar una publicación la tomará el investigador, frente a la posibilidad del hallazgo de títulos con garantías. Los artículos sobre medicina tradicional se publican habitualmente en revistas médico-farmacéuticas, historias y antropologías. Se vaciarán únicamente las publicaciones periódicas nacionales, ya que las publicaciones de fuera del ámbito de los países amazónicos serán revisadas por el Grupo de Trabajo Central. Esto no quiere decir que no se incluyan en la bibliografía las separatas de artículos de estas revistas extranjeras que consten en los repositorios nacionales y que se refieran a la medicina tradicional de ese país o de los otros países amazónicos. Igual cosa podemos decir de los libros y folletos publicados fuera de los países amazónicos.

Los datos bibliográficos se consignarán de la siguiente manera:

Libros y folletos. Las referencias de libros y folletos constarán de los siguientes elementos: Apellidos y nombres de todos los autores o editores, si son seis o menos; si son siete o más anotarán sólo los tres primeros y la expresión et al. (subrayada), o nombre de la entidad colectiva. (Los apellidos irán en mayúsculas, seguidos de una coma, y los nombres en minúsculas seguidos de un punto y coma si viene de otro autor, o de un punto si ya es el último nombre.) Título subrayado o en cursiva, seguido de un punto. En el caso de que la obra tenga más de una edición, se pondrá una coma después del título seguido del número de la edición en arábigos, al que seguirá la letra a (minúscula) y la expresión ed (minúsculas), seguida de un punto. Lugar de publicación (dos puntos) entidad editorial, (coma) año de publicación (punto), número de páginas en arábigos seguidos de la expresión pp. Cuan o proceda, se agregarán el número del volumen o la serie a la que pertenece y número que le corresponde en la serie (punto).

Ejemplos:

RELCHHEL-DOLIVUTOF, Gerardo. El Chaman y el jaguar. México: Siglo XXI, 1978. 266 pp. (código de país y ámbito temático) (Repositorio).

La forma de anotación de los códigos de país y ámbito temático y las abreviaturas de los repositorios, se explicará más adelante.

NARANJO, Plutarco. Ayahuasca: Etnomedicina y Mitología, 2a ed. Quito: Ediciones Libri-Mundi, 1983. 222 pp. (Códigos de país y ámbito temático) (Repositorio).

LA FUENTE, Antonio y ESTRELLA, Eduardo, eds. La Condamine. Viaje a la América Meridional por el Río de las Amazonas. Estudio sobre la Quina. Barcelona: Ed. Alta Fulla, 1986, 112 pp. Serie Noctulabium 1.

- Publicaciones periódicas

Incluirán los siguientes elementos:

Apellidos y nombres de los autores o editores como se indicó antes. (punto). Título del artículo entre comillas. (punto) Nombre completo de la revista subrayado (o en cursiva). Ciudad de publicación (entre paréntesis) volumen (en arábigos) número (en arábigos y entre paréntesis): (dos puntos) página inicial (guión) página final, (coma) año de publicación. (punto)

Ejemplos:

SAN ROMAN, Víctor Hugo. "Visiones, curaciones y brujerías". Amazonia Peruana (Lima) 2(4):7-32, 1979. (códigos de país y ámbito temático) (Repositorio).

DUCKE, Adolpho. "Capi, caapi, cabi, ayahuasca e yagé". Revista Brasileira de Farmacología (Río de Janeiro) 38(12):283-284, 1977 (Códigos de país y ámbito temático) (Repositorio).

- La referencia a un capítulo de un libro se presentará de la siguiente manera:

SISKIND, Janet. Visiones y curas entre los sharánahua. In: Harner, Michel J. Alucinógenos y chamaniSmo. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1976. pp. 38-50. (Códigos de país y ámbito temático) (Repositorio).

- Las referencias a trabajos publicados en memorias o actas de congresos, simposios, conferencias y reuniones similares tienen un formato parecido al anterior:

Ejemplos:

NUÑEZ OLARTE, Enrique. Aspectos farmacológicos de yegé, planta alucinógena colombiana. In: Anales del V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y V111 Congreso Colombiano de Psiquiatría, Bogotá, 1970. Bogotá: s.c., 1970. pp. 606-607. (Código de país y ámbito temático) (Repositorio).

PERES, Eleucy, JURUPE, Hilda; CARDENAS, Williams, et al. Estudio de 4 plantas de la zona de Huallaga con actividad cicatrizantes. In: Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área Farmacognosia, Lima, 1988. Lima: s.e., 1990. pp. 3-7. (Código de país y ámbito temático) (Repositorio).

- Las tesis tendrán este formato:

DOBIGNY DE RIOS, Marlene. The use of hallucinogenic substances en Peruvian Amazon folk healing. California: University of California, 1972. Tesis de Ph.D.

- Un documento sin autor incluirá el nombre de la entidad colectiva en lugar del nombre del autor. Título del documento. Ciudad: año y número del documento.

Ejemplo:

MINISTERIO DE SALUD, Dirección de participación de la comunidad. Primer Taller Nacional: prestación de servicios de salud a las comunidades. Conclusiones. Bogotá, 1979.

En el apartado código del país y ámbito temático, que debe constar entre paréntesis debajo de la cita, se anotará lo siguiente:

Código de país. Se trata del país al que se refiere el estudio o si corresponde a la Amazonia en general (lo que para nuestro estudio será una cita que trate de más de un país amazónico). Se utilizará el siguiente código:

1 Brasil 2 Bolivia 3 Colombia 4 Ecuador 5 Guyana 6 Perú 7 Suriname 8 Venezuela 9 Amazonia en general

Código temático. Se refiere a los ámbitos temáticos que se incluirán en el estudio:

* Obras auxiliares B Historiografía C Literatura * Medicina tradicional en general E Etnomedicina F Etnobotánica en general/ Etnofarmacología G Drogas alucinógenas H Shamanismo 1 Medicina occidental y Medicina tradicional J Medicina tradicional y Atención Primaria de Salud K otros.

La forma de anotación de los códigos de país y temático será colocando entre paréntesis el número arábigo del país, guión, seguido de la letra mayúscula del código temático. Ejemplo: (7-H), que significa Suriname-Shamanismo.

- Repositorio. Este apartado que va entre paréntesis, corresponde a la procedencia o localización de la publicación, por lo que se debe señalar la abreviatura del repositorio. En el informe final del trabajo (vid.infra) se presentará un listado de las equivalencias de las respectivas abreviaturas.

4.2.4. Ámbitos temáticos

El principal criterio para la inclusión de una obra en la bibliografía será el de que expresamente aluda en su título a aspectos relacionados con la medicina tradicional de la región amazónica del país donde se efectúa la búsqueda. Quedan excluidas, por lo tanto, las obras generales o de referencia (historias nacionales, económicas, religiosas, etc.) que suelen dedicar una parte de su contenido a la Amazonia, donde se incluyen informaciones muy generales sobre la medicina tradicional y etnomedicina. El investigador, en todo caso, dispone de la plena libertad para insertar aquellos títulos que considere lo suficientemente especializados para figurar en el repertorio, aunque su título no remita de manera directa a los ámbitos temáticos que explicamos a continuación.

Sobre esta base se incluirán los siguientes temas:

OBRAS AUXILIARES (Código A)

Diccionarios sobre medicina tradicional o etnomedicina, vocabularios, repertorios bibliográficos N, documentales, periódicos y revistas, catálogos de exposiciones, catálogos de museos.

Observaciones

La presencia de diccionarios será muy limitada, pero sí será posible el hallazgo de vocabularios. Los repertorios bibliográficos y documentales, tampoco son numerosos; a veces, cuando se elabora una monografía, se incluye una bibliografía básica que será muy útil en este trabajo.

Bajo el epígrafe Periódicos y Revistas nos referimos no a las publicaciones periódicas consagradas a la investigación o a la publicación de artículos científicos, sino a las dedicadas exclusivamente a la difusión de la problemática de la medicina tradicional, las plantas medicinales, etc. Este no es, sin embargo, un objetivo prioritario de la bibliografía; en

la medida de lo posible, el investigador incluirá todas las referencias de este tipo que considere oportunas. Será importante que se obtenga una ficha general de cada una de estas publicaciones, anotando su nombre, lugar de edición, periodicidad y tiempo de vida de la misma.

Ejemplo:

CMA-Boletín. Boletín Informativo de; Centro de Medicina Andina. Lima, Perú. Trimestral, 1985 - continúa.
HISTORIOGRAFÍA_ (Código B)

Desde el siglo XVI, los cronistas, exploradores, viajeros, misioneros y posteriormente los historiadores y otros científicos sociales, han escrito obras en las que han incluido capítulos importantes sobre las concepciones de enfermedad, los métodos de curación, los agentes de salud, las plantas, etc. Consideramos de enorme valor la recuperación de una información que, generalmente, es poco conocida y utilizada en la investigación actual.

LITERATURA. (Código C)

Este es un ámbito que en los proyectos se requiere destacar con especial cuidado, para proporcionar al investigador una información generalmente infrautilizada. Se incluirán relatos (novela y cuento), ensayos, narraciones folklóricas, libros de viajes, dramas y poesías que versen sobre el tema.

MEDICINA TRADICIONAL EN GENERAL (Código D)

En la introducción de este proyecto hemos señalado las características básicas de la medicina tradicional popular o folclórica: concepciones de salud y enfermedad, clasificación de enfermedades, enfermedades culturales o folklóricas, métodos de diagnóstico y tratamiento, estudios sobre los agentes de salud o curanderos, etc.

ETNOMEDICINA. (Código E)

En la introducción de este proyecto hemos definido lo que entendemos como etnomedicina. Consecuentemente se incluirán en este estudio todas las informaciones sobre salud y enfermedad dentro de las comunidades amazónicas diferenciadas étnica y lingüísticamente; se destacará la relación entre medicina y religión, medicina y estructura social, magia y medicina, terapéutica etnomédica, el "shaman" y su mundo, etc. Muchas veces se presentarán dificultades para clasificar un estudio dentro de los ámbitos: medicina tradicional, etnomedicina o shamanismo; en estos casos debe prevalecer el criterio del investigador.

ETNOBOTÁNICA EN GENERAL Y ETNOFARMACOLOGÍA (Código F)

La etnobotánica es un amplio campo de estudio que incluye todos los conocimientos y prácticas que tiene el indígena de la Amazonia en relación con el manejo de las plantas útiles, destacando entre éstas las plantas medicinales y las utilizadas en el proceso diagnóstico-terapéutico. Históricamente, la selva amazónica ha sido una fuente de productos medicinales; por esta razón, en este capítulo se deben incluir todos los estudios sobre la identificación, conservación y uso de estos vegetales; los datos botánicos, históricos, sociológicos y lingüísticos; la relación con las enfermedades, formas farmacéuticas utilizadas, reacciones, etc.; estudios químicos, farmacodinámicos, clínicos (etnofarmacología), etc.; inventarios de drogas.

DROGAS ALUCINÓGENAS (Código G)

En la región amazónica, históricamente, se han utilizado drogas alucinógenas para alcanzar estados psicológicos en los cuales la alteración de la percepción permite el contacto con el mundo sobrenatural, y es el llamado "shaman" el elegido para esta ceremonia cuyas finalidades pueden ser curativas o de otra índole. Habitualmente se utiliza una bebida llamada yagé en Colombia, ayahuasca en el Ecuador y el Perú, y caapi en Brasil; esta bebida se elabora con base en una planta del género *Banisteriopsis* (*B. caapi*), que se mezcla con otras especies del mismo género o de otros como el *Psychotria* (*P. viridis*), para que adquiera mayor poder alucinatorio. En este capítulo se incluirán todos los estudios botánicos, etnobotánicos, químicos, farmacológicos, etc. Sobre estas drogas y otras que tengan propiedades alucinatorias.

SHAMANISMO (Código H)

El término "shaman" que proviene de la lengua de la tribu de los tungus en Siberia, es utilizado en la antropología para designar a los personajes que se enfrentan directamente con lo sobrenatural. Se pone en contacto con el mundo de los espíritus mediante un estado de trance, teniendo a su favor uno o más espíritus que oyen sus súplicas y le ayudan en su decisión de hacer el bien o el mal. El "shaman" es capaz de preguntar por la enfermedad, por el destino del enfermo, tratando una variedad de trastornos moldeados culturalmente por la cosmovisión de la comunidad. El "shaman" de las culturas amazónicas, para conseguir el trance, utiliza en general las drogas psicodélicas mencionadas anteriormente. En este capítulo se incluirán todos los estudios sobre las prácticas shamánicas, la utilización de drogas alucinógenas; los vínculos de esta práctica con la salud y la enfermedad. El "shaman" de la región amazónica no sólo cura las enfermedades sino que tiene que ver con otros acontecimientos de la relación del hombre con lo sobrenatural.

MEDICINA OCCIDENTAL Y MEDICINA TRADICIONAL (Código 1)

Este ámbito se refiere a la relación que históricamente se ha establecido entre la cultura occidental y la cultura aborigen y más específicamente entre la medicina oficial y las prácticas tradicionales, el shamanismo, la utilización de drogas provenientes del amplio arsenal de la selva. En general, la primera reacción ha sido de rechazo, por lo que se encontrará una abundante literatura sobre este problema, y no sólo eso, sino que se encontrará probablemente una legislación que prohíbe el uso de la medicina tradicional y que persigue a sus agentes. Por otra parte, se encontrarán varios trabajos en los que se hará evidente una posición etnocéntrica o paternalista. Muchos investigadores, sobre todo en las últimas décadas, han destacado la importancia de la medicina tradicional, desde otras posiciones ideológicas y las propias culturas amazónicas han definido sus valores; finalmente la Organización Mundial de la Salud ha propiciado una tarea de rescate de esta práctica, sugiriendo a los gobiernos que tomen una nueva actitud frente a una realidad que habitualmente han ignorado. Como resultado de estas acciones, se ha producido una abundante literatura sobre la necesidad de integrar la medicina tradicional a los programas oficiales de salud.

En el caso de existir legislación sobre la medicina tradicional, se incluirán en este capítulo los estudios, recopilaciones de ordenanzas coloniales y leyes republicanas; reglamentos, contenciosos, etc.

MEDICINA TRADICIONAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (Código J)

Este capítulo lo separamos del anterior, no sólo porque se espera encontrar numerosa literatura, sino porque permitirá dar a los investigadores una fuente ya clasificada de esta relación, que es la que se espera en el futuro sea la más fructífera en términos de la planificación de la salud dentro de las comunidades amazónicas.

4.3. Plan de trabajo

El proyecto se desarrollará en tres etapas bien definidas y tendrá una duración de diez meses.

4.3. 1. Primera etapa

Duración: dos meses

Actividades: Preparación del proyecto definitivo. Organización del Grupo de Trabajo Central que estará conformado por el investigador responsable, un ayudante de investigación y una secretaria. A través de la Secretaría de la CESAM se identificará un centro colaborador del proyecto en cada uno de los países y se pedirá la identificación de un investigador que será designado como coordinador de país y será el responsable de la recolección de información de su país. Envío del proyecto definitivo de un programa de trabajo a los coordinadores.

4.3.2. Segunda etapa

Duración: 4 meses

Actividades: Trabajo de campo tanto en el ámbito central como en cada uno de los países. El Grupo de Trabajo Central se encargará de la recopilación de la información del país sede del grupo y de la recolección de la información general. Se denomina información general H a la bibliografía publicada fuera de los países de la región amazónica y que se puede encontrar en publicaciones periódicas latinoamericanas, así como en revistas especializadas de los Estados Unidos de América. El Grupo Central establecerá contacto con la Biblioteca Regional de Medicina de la Organización Panamericana de la Salud (BIREMEOPS) con sede en Sao Paulo. Sería plenamente justificable un viaje del investigador responsable a la sede del Instituto Indigenista Interamericano (III) en México y a las siguientes bibliotecas en Washington: Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos; Biblioteca Nacional de Medicina, Biblioteca de la Oficina Sanitaria Panamericana y Biblioteca de la Organización de los Estados Americanos. En el Instituto Indigenista Interamericano, se debe vaciar la publicación América Indígena y otras revistas de carácter indigenista o de contenido botánico-antropológico. En Washington se procederá a la investigación de las siguientes publicaciones:

- American journal of Pharmacy
- American Anthropologist
- Bulletin and Reports of the Smithsonian Institution
- Current Anthropology
- Economy Botany
- Ethnopharmacology
- journal of Psychedelic Drugs
- journal of American Folklore
- Science
- Otras

El coordinador del país se encargará de la recolección de la información en su propio país ' elaborará la ficha bibliográfica de acuerdo a los lineamientos establecidos y elaborará el Repertorio Bibliográfico de su país, presentándolo finalmente en orden alfabético de autor. Este repertorio será enviado al investigador responsable, junto con un Informe Final de trabajo en el que se hará constar:

- Relación de repertorios consultados y su abreviatura.
- Publicaciones periódicas vaciadas con especificación de los años consultados.
- Todas las observaciones que considere necesarias sobre el trabajo realizado.

4.3.3. Tercera etapa

Duración: 4 meses

Actividades: El Grupo de Trabajo Central recibirá los repertorios bibliográficos de cada uno de los países procediendo a su análisis y corrección en los casos pertinentes, el investigador responsable hará nuevas consultas a los coordinadores de país. Después de esta corrección se procederá a la integración de los repertorios con la información general obtenida por el Grupo de Trabajo Central; de esta manera se preparo un solo repertorio que deberá quedar listo para su publicación. El investigador responsable escribirá una introducción en la que consten los antecedentes, el desarrollo del trabajo, sus alcances y las limitaciones; ofrecerá una visión general sobre el valor de la información recopilada y proporcionará las indicaciones sobre el manejo de este instrumento bibliográfico.

La difusión de los resultados del estudio podrá seguir dos canales:

a) Publicación del repertorio.

b) Introducción del repertorio en un sistema computarizado que permitirá su reproducción en disquetes que se pondrán a disposición de los países de las instituciones especializadas y de los investigadores.

Finalmente, el investigador responsable presentará un proyecto para el establecimiento de un banco de información sobre medicina tradicional en la Amazonia.

4.4. Modelo administrativo y económico

4.4. 1.Recursos humano

Personal de la investigación

Grupo de Trabajo Central

- Un investigador responsable - Director del Proyecto. Funciones: Dirección del proyecto, programación, investigación de campo y elaboración del informe final y del repertorio listo para publicación.

- Un ayudante de investigación. Funciones: Colaboración con el investigador responsable, trabajo de campo, procesamiento de la información.

- Una secretaria

Tiempo de trabajo del grupo:10 meses

- Coordinadores de país - Siete coordinadores (uno por país). Funciones: Realización del trabajo de recopilación y presentación de un informe final que será enviado al investigador responsable. La información en Brasil y Perú será más numerosa que la de los otros países, por lo que los coordinadores de estos dos países deberán buscar un ayudante.

Tiempo de trabajo de los coordinadores de país: Cuatro meses.

4.4.2.Recursos materiales

Material de secretaría.

4.3.4. Cronograma de trabajo

Preparación	Trabajo de campo	Elaboración del Informe
Primera etapa	Segunda etapa	Tercera etapa
1 2	3 4 5 6	7 8 9 10 meses

4.4.3.Presupuesto

	US\$
Grupo de trabajo central	35 000
Coordinadores de país	32 000
Procesamiento de la información en computadora, programas y edición de disquetes	10 000
Publicación del repertorio (5 000)	25 000
Imprevistos	10 000
SUMA TOTAL	US\$ 112 000

ANEXO 14.2

INVENTARIOS ETNOBOTANICOS REGIONALES

1. Antecedentes

La diversidad biológica hace referencia a la variación y la variabilidad de los organismos vivos y a sus relaciones con los complejos ecológicos donde estos procesos tienen lugar. La diversidad puede ser definida como el número de diferentes especies y su frecuencia relativa. Por la diversidad biológica estas características se organizan en varios niveles, partiendo desde los ecosistemas completos hasta las estructuras químicas y las bases moleculares de la herencia. Así mismo, el término diversidad encierra diferentes ecosistemas, especies, genes y su relativa abundancia.

Se conoce que más de 50% de las especies biológicas del mundo, se encuentran en las selvas húmedas tropicales, que a su vez sólo ocupan 7% de la superficie terrestre. Este rico ecosistema está sometido en las últimas décadas a un grave deterioro, con la consecuente pérdida de especies útiles para la vida humana actual y futura. Esta disminución de la diversidad biológica es muy grave ya que la existencia humana depende de los recursos proporcionados por la tierra. La prosperidad del hombre está basada en su habilidad para utilizar estos recursos, aplicando con ventaja todas las propiedades que tienen las plantas, los animales, los hongos y los microorganismos, en general, en su alimentación, vestido, vivienda y cuidado de su salud.

La selva tropical húmeda de la región amazónica es una de las áreas de diversidad biológica más ricas del mundo, pero lamentablemente se encuentra en un proceso de deterioro acelerado. La deforestación, la ampliación de la frontera agrícola, la explotación de los recursos mineros y petroleros, la apertura de vías de comunicación están disminuyendo ostensiblemente la biomasa y, lo que es más grave, están acabando con la población aborigen que históricamente ha vivido en esta zona, mediante la explotación racional de sus recursos. La aculturación y la pérdida de las tradiciones están atentando gravemente contra la reserva de conocimientos que estas culturas indígenas han logrado acumular a través de una centenaria experiencia. Uno de los aspectos más significativos de este conocimiento ancestral, es el que tiene que ver con la utilización de los vegetales en el tratamiento de las enfermedades. La selva amazónica ha sido históricamente una gran proveedora de drogas útiles, cuya eficacia se ha comprobado por el mantenimiento de la vida de la propia comunidad y la solución de sus problemas de salud. La medicina tradicional y sus agentes de salud, el curandero y el "shaman" son los máximos portadores de este saber que es necesario estudiar y proteger.

2. Justificación

El acelerado proceso de deterioro del ecosistema amazónico, con la consecuente pérdida de los recursos aportados por su extraordinaria biodiversidad y la aculturación y hasta desaparición de la población nativa, justifican que se actúe con urgencia y que se desarrollen programas de investigación destinados a la inmediata ejecución de inventarios. Estos inventarios se acompañarán de programas de conservación que permitan preservar las especies biológicas para el futuro. Una parte importante de la biomasa en peligro es la que la comunidad ha identificado con valor significativo en el tratamiento de las enfermedades y la protección de la salud en general.

3. Objetivo general

Contribuir al estudio y la conservación de la biodiversidad de la región amazónica, identificando el potencial biológico relacionado con la lucha contra la enfermedad y la protección de la salud.

4. Objetivos específicos

- Identificar especies biológicas de origen vegetal o animal, utilizadas local o regionalmente, con finalidades curativas.
- Recoger y preservar la memoria histórica de la comunidad sobre las cualidades terapéuticas de estos productos.
- Identificar modelos de manejo del medio ambiente.
- Identificar el potencial económico proporcionado por la etnobotánica regional y el posible desarrollo de productos naturales.
- Proporcionar a la investigación de laboratorio y clínica muestras e informaciones útiles para sus observaciones.
- Rescatar el valor de la medicina tradicional como fuente de drogas terapéuticas
- Difundir el valor de las especies útiles en la medicina.

5. Metodología

5.1 Áreas de estudio

La identificación de la localidad o la región donde se realizará el inventario se hará tomando en cuenta las siguientes prioridades: a) Evidente amenaza de pérdida de la biodiversidad; b) acelerado proceso de aculturación o de desaparición de la población aborigen. Por la revisión bibliográfica se determinará si en esta zona se han realizado

estudios similares. En general, en el pasado, se realizaban observaciones y descripciones, sin pasar a la ejecución de inventarios y a la toma de muestras. Estos estudios previos, si los hay, serán de valor para este trabajo.

5.2 Observaciones y procedimientos

Una vez escogida la región, se procederá al estudio general de la comunidad en sus aspectos socioeconómicos y culturales. Se identificarán informantes claves, que pueden ser o no curanderos o "shamanes". Es conocido que en estas comunidades hay una gran socialización de los conocimientos sobre las plantas medicinales, de tal manera que la información también puede ser recogida en el ámbito familiar, donde las mujeres generalmente son las que más saben de estas cuestiones. Se recabará la información etnológica sobre el uso de las plantas (o animales) en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades; las formas de preparación, aplicación y consumo.

- Con la información anterior, se planificará la identificación y clasificación de las especies, mediante salidas o excursiones, con la participación de recolectores locales. Los biólogos harán las descripciones in situ; las colecciones correspondientes, el montaje, etc. También se recolectará germoplasma para su conservación. Se recolectarán todos los productos utilizados por los agentes de salud en sus tratamientos: resinas, polvos, emplastos, brebajes, etc.
- Una importante alternativa de estudio, que puede aplicarse, en algunos casos, es la identificación cuantitativa del potencial etnobotánico de un área experimental de bosque tropical de una hectárea de superficie, tal como lo han propuesto los investigadores del New York Botanical Garden. Se hace el inventario de las especies que se encuentran dentro del área experimental, recolectando ejemplares (de varias partes de la planta) de cada una de las 300 a 500 especies estimadas; este inventario debe ser cruzado con la información de los indígenas locales (informantes claves) mediante entrevistas subsiguientes. Se ha encontrado que los informantes indígenas de la Amazonia conocen cerca de 80% de las plantas que se encuentran creciendo en la selva circundante a su localidad
- Las muestras recolectadas serán llevadas a los herbarios de las instituciones, sedes de la investigación; un duplicado se remitirá al Herbario Nacional y otras muestras se enviarán a especialistas para consultas sobre la clasificación. En el herbario de la institución responsable del proyecto se procederá a la conclusión del montaje y a la clasificación. Las muestras de plantas y las formas farmacéuticas utilizadas en los tratamientos, en cantidad suficiente, se conservarán en el laboratorio, en frío a 200 bajo cero. El germoplasma (semillas) recolectado también se conservará en frío, a esta temperatura. La conservación de especies de reproducción vegetativa se conseguirá realizando siembras periódicas o también utilizando la técnica in vitro a través del cultivo de meristemas, con medios adecuados. En las instituciones donde sea posible, se usará la biotecnología para la conservación y manejo de los recursos filogenéticos .
- El estudio etnobotánico se complementará con la identificación y descripción de la especie en el idioma o lengua local.
- En la institución, sede del proyecto, se procesará la información etnobotánica y etnomédica; se elaborará el inventario y se escribirá el informe final.

5.3 Recursos humanos

Se trata de una investigación multidisciplinaria que debe estar integrada por los siguientes especialistas: Biólogo, antropólogo y médico; a este grupo se deben incorporar informantes y recolectores locales. Uno de los especialistas, preferiblemente el biólogo, será el investigador principal.

5.4 Plan de trabajo

La duración de este tipo de estudios es de aproximadamente 2 a 3 años. El plan de trabajo debe contemplar una primera etapa de preparación, una segunda de trabajo de campo y una final de procesamiento, preparación del inventario e informe final. La institución, sede de la investigación, hará el seguimiento solicitando informes trimestrales al investigador principal

5.5 Recursos materiales

Se requiere una institución como sede de la investigación, que debe poseer un herbario y un departamento de conservación con cámaras de frío a -200C, y un laboratorio. Algunos de los insumos para estos departamentos pueden contar en el presupuesto del proyecto, lo que naturalmente elevará sus costos. Se requerirá entre otras cosas: material para las colecciones botánicas, grabadora, máquina fotográfica, material de secretaría. El presupuesto debe proveer gastos de transporte, residencia, etc. para los investigadores.

5.6 Presupuesto

El presupuesto mínimo para este tipo de estudios puede alcanzar la cantidad de US\$200 000.

ANEXO 14.3

ESTUDIO DE LAS PLANTAS EMPLEADAS EN LA MEDICINA TRADICIONAL AMAZONICA: PREPARACION DE GALENICOS E IDENTIFICACION PRELIMINAR DE LA ACTIVIDAD FARMACOLOGICA

1. Antecedentes y justificación

En todos los países y en todos los sistemas de salud es frecuente el uso de las plantas o de sus principios activos en la terapéutica. La identificación del valor curativo de las plantas, ha provenido generalmente de la información proporcionada por el saber médico tradicional, que ha permitido la incorporación del uso de plantas secas o de diferentes formas farmacéuticas; igualmente ha sido la fuente para la investigación fitoquímica, la identificación de principios activos y, en algunos casos, el desarrollo de nuevas drogas. El progreso de la industria farmacéutica, la producción de drogas sintéticas y la medicalización de la población han limitado en alguna medida la aplicación de la fitoterapia; sin embargo, en los últimos años ha crecido el interés por las plantas, lo que ha intensificado su búsqueda. Para los países en desarrollo, además, la producción de preparaciones galénicas tradicionales, estandarizadas e inocuas, para su uso potencial en la atención primaria de la salud, puede ser un gran objetivo a corto plazo. El trópico americano ha proporcionado valiosos principios a la medicina: quinina, quinidina, cocaína, escopolamina, tubocurarina, entre otros.; se conoce que aproximadamente 70% de las plantas con efectos antitumorales, proceden de la selva tropical. Esta gran riqueza de drogas es sólo un ejemplo de lo que puede dar un potencial todavía inexplorado como el de la Amazonia. Ahora bien, el problema de la investigación y de la planificación de la salud está en decidir si se deben continuar utilizando las plantas medicinales en las preparaciones tradicionales, sin intentar identificar los principios activos, o si se prefiere llegar al descubrimiento de compuestos puros, que constituyan la posible fuente de nuevas drogas. Naturalmente en la toma de decisiones participan aspectos económicos, infraestructurales, de potencialidad de los recursos humanos, ac., sin olvidar que el tiempo requerido para el desarrollo de una nueva droga es de unos diez años, con los ingentes gastos que esta actividad implica. Sin renunciar a las posibilidades de la investigación a largo plazo de los principios activos, que se deben continuar ejecutando en los centros científicos de los países amazónicos, una decisión importante sería iniciar programas de producción de galénicos eficaces e inocuos y, al mismo tiempo, realizar la preselección farmacológica simplificada de extractos de plantas (Farnsworth 1989).

2. Objetivo general

Promover el uso de formas farmacéuticas estandarizadas e inocuas procedentes de plantas medicinales en la atención primaria de salud y en grupos de enfermedades específicas.

3. Objetivos específicos

- Identificar las plantas medicinales más frecuentemente utilizadas en la medicina tradicional de regiones específicas de la Amazonia.
- Estudiar las formas farmacéuticas desarrolladas por la medicina tradicional.
- Incorporar el uso de las plantas medicinales en la atención primaria de salud de la población. - Estudiar mediante metodologías simplificadas la acción farmacológica de plantas específicas.

4. Metodología

4.1 Tipo de investigación y lugar

Esta es una investigación de laboratorio que se podrá ejecutar en instituciones seleccionadas de los países amazónicos.

4.2 Observaciones y procedimientos

Por revisión bibliográfica, se procederá a la identificación de un grupo de plantas más frecuentemente utilizadas en la medicina tradicional de una determinada región de la Amazonia. Igualmente se estudiarán las dosis, las formas farmacéuticas, las enfermedades a las que están destinadas, etc.

Los datos publicados serán evaluados, lo que servirá para la calificación de la inocuidad. Si las formas tradicionales son inocuas, se procederá a la preparación, estabilización y estandarización de extractos y, posteriormente, al establecimiento de métodos de producción industrial de galénicos .

Incorporación de estos productos en los programas de atención primaria de salud y difusión y comercialización en el ámbito poblacional.

En el caso de que existan dudas sobre la inocuidad, y en plantas medicinales específicas cuyo potencial farmacológico se quiera investigar, se procederá al ensayo siguiente: recolección de las plantas, ejecución de bioensayos de inocuidad y toxicidad, determinación del tipo de actividad biológica, preparación, estabilización y estandarización de extractos, pruebas clínicas en el hombre, elaboración de métodos de producción industrial. De acuerdo con el potencial de investigación del laboratorio, se seguirá el camino de la investigación de los principios activos. Los bioensayos se harán in vitro y en sistemas de cultivos celulares. Este método ha sido denominado "de preselección farmacológica simplificada de extractos de plantas". Así se obtendrá un nuevo producto de la medicina tradicional, que podrá ser expendido en preparaciones galénicas tradicionales. (Para la descripción del método simplificado, véase: Farnsworth, N. et al. "Las plantas medicinales en la terapéutica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 107(4):314-329, 1989).

4.3 Plan de Trabajo

Este proyecto se podrá desarrollar en un tiempo aproximado de dos años y requerirá de una institución especializada, preferiblemente una facultad de farmacia de una universidad amazónica o un laboratorio farmacéutico en asociación con una universidad.

El plan tendrá una fase de preparación, con la recolección de información, una fase de ensayo de laboratorio y una fase de preparación de productos galénicos y su consecuente comercialización .

4.4 Recursos humanos

Se trata de una investigación multidisciplinaria en la que deben participar médicos, químicos y farmacólogos. La producción de galénicos se debe encargar a una institución (facultad de farmacia, laboratorio farmacéutico).

4.5 Recursos y materiales

- Para el desarrollo de los bioensayos y las pruebas con cultivos celulares se hace indispensable un equipo mínimo de laboratorio, que podrá constar en el presupuesto.

4.6 Presupuesto

Sin contar con el equipo de laboratorio, esta investigación puede alcanzar el costo de US\$ 200 000.

ANEXO 14.4

ROL DEL SHAMANISMO

Y LAS DROGAS ALUCINOGENAS EN LA CULTURA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS, DE LA AMAZONIA

1 . Antecedentes y justificación

Ya hemos señalado en el punto 6 de la exposición sobre la situación general de la medicina tradicional en la Amazonia, las características del shamanismo y su relación con la utilización de drogas alucinógenas. Debemos reiterar que el "shaman" es el personaje de la comunidad que más conoce de la enfermedad, de las técnicas de diagnóstico y curación y sobre todo del uso de medicamentos de origen vegetal. Lamentablemente, con el deterioro de la ecología amazónica, las poblaciones aborígenes están sufriendo el impacto de esta situación y su propia integridad física está amenazada, con el peligro de la consecuente pérdida de la memoria ancestral sobre una diversidad de aspectos. Es urgente, entonces, la detención del deterioro y la protección de la población aborigen. Por otra parte, el propio proceso de aculturación está cambiando los modelos de existencia y las formas de conciencia social y, consecuentemente, la cosmovisión aborigen de la vida, el mundo, la salud y la enfermedad. El "shaman" es el último representante de esta memoria histórica y aun cuando se han realizado esfuerzos por recoger sus valiosas informaciones e interpretaciones, queda todavía una larga tarea de investigación.

Como bien anota el estudioso de la Amazonia, Reichei-Dolmatoff en su obra Shaman y Jaguar (1978:12): "Urge que investiguen este campo equipos de especialistas, porque para este tipo de estudios parece que el tiempo está transcurriendo muy aprisa.(...) El derrumbamiento de los sistemas simbólicos indígenas, la muerte de la vieja generación de indios, que todavía aman su modo de vida tradicional, y la rápida aculturación en los aspectos de la cultura aborigen están conduciendo actualmente a la irremediable pérdida de un vasto cúmulo de conocimientos acerca de las propiedades y aplicaciones de las plantas, adquirido por los amerindios a lo largo de miles de años. Es probable que una buena parte de este saber sea de gran valor para la civilización moderna, que ya tiene en este respecto una deuda con los indios americanos. Yervas medicinales, venenos, anticonceptivos, alucinógenos y muchas otras drogas forman parte de la cultura india, pero ese caudal de información se perderá si no se hacen pronto esfuerzos para salvarla".

Todos estos antecedentes justifican la profundización de los estudios del "shaman" en las culturas amazónicas, no sólo como fuente de información sobre plantas medicinales, sino y más específicamente en este tipo de proyectos, en sus funciones dentro de la comunidad, en las vivencias que expresa bajo los efectos de las drogas alucinógenas. Hay que resaltar que, por lo que hasta hoy se conoce, estas manifestaciones del "vuelo shamánico" parecen ser la fuente de muchas ideas y creencias de la comunidad. En varios pueblos indígenas de la Amazonia, el consumo de estas drogas no está únicamente en manos del "shaman", sino de otras personas de la comunidad, especialmente varones, que lo usan para tener visiones y revelaciones, adquirir poder sobrenatural o para acompañar al "shaman" en una cura o un ritual.

Ya hemos anotado en la mencionada introducción del capítulo 6, que habitualmente la droga utilizada es un brebaje elaborado con base en una planta del género Banisteriopsis (B. caapi), a la que se añaden otras plantas de este género o del Psychotria para aumentar el poder alucinatorio. Ayahuasca, natema, yajé, yave o caapi son algunos de los nombres aborígenes de esta planta y de su brebaje. Actualmente se conoce que el uso de la B. caapi entre los indígenas se extiende desde el noroeste de Colombia, al norte, hasta la tierra baja del sur de Bolivia, encontrándose al este y al oeste de los Andes, y llegando al este, hasta el interior de la zona del Orinoco. Se han reportado noticias sobre esta planta en la zona de las Guayanas, y hasta en el oriente más lejano en Pará, Brasil, en la desembocadura del Amazo~ nas, pero no se sabe exactamente si los indios de, estas zonas lo han utilizado (Harner 1976:14). En síntesis, hay varias informaciones empíricas sobre el shamanismo y las drogas, pero es necesario aclarar otras tantas situaciones y sobre todo interpretar los hechos a la luz de los actuales conocimientos y teorías sobre la cultura, los límites de la normalidad y la anormalidad, la salud y la enfermedad.

2. Objetivo general

Estudiar el shamanismo y el consumo de drogas alucinógenas como elementos fundamentales de la cultura de la comunidad.

3. Objetivos específicos

- Estudiar la formación, conocimientos y prácticas del "shaman".
- Identificar su rol implícito dentro de la comunidad.
- Establecer el rol de las drogas alucinógenas en la cultura local.

- Investigar los aspectos básicos de la vida mágico-mítico-religiosa de la comunidad
- Interpretar el simbolismo de la cosmovisión del "shaman" y de la comunidad.
- Establecer la relación entre shamanismo y enfermedad en la comunidad.
- Efectuar un estudio etnopsiquiátrico del "shaman" y conformar una posible nosografía etnopsiquiátrica local.

3. Metodología

3.1 Lugar del estudio

Se efectuará primeramente una revisión bibliográfica, para establecer las localidades donde se han realizado este tipo de trabajos; se hará una evaluación de la información para determinar si es necesario realizar una nueva investigación en ese lugar. Para tomar una decisión sobre el sitio del estudio, hay que tomar en cuenta el grado de aculturación o el peligro de extinción de una comunidad indígena. A esto hay que sumar los problemas de organización del grupo de investigación, ya que es indispensable el manejo del idioma nativo o al menos la compañía de un intérprete que conozca adecuadamente los aspectos más destacados de la cultura de su pueblo y que pueda acompañar con solvencia al grupo de investigación. Con base en estas premisas se decidirá finalmente el lugar de trabajo

3.2 Observaciones y procedimientos

La fase empírica de la investigación se iniciará con la observación documental sobre las características sociales y culturales de la comunidad; en este último capítulo interesará sobre todo la vida ceremonial. Identificación de los "shamanes" e informantes claves. Entrevistas abiertas y grabadas del "shaman" y de los informantes claves de la comunidad; referencias especiales a la literatura oral: cuentos, mitos, cantos, poesías, relatos de viajes. Observación y descripción de los rituales comunitarios relacionados con la vida cotidiana o los grandes acontecimientos colectivos. Observación de los rituales shamánicos; entrevistas y grabaciones y, de ser posible, observación participante. Estudio de las drogas alucinógenas, obtención, tecnología de preparación, dosis, etc. Seguimiento de los enfermos tratados en las sesiones shamánicas. Características del consumo de drogas alucinógenas entre otros miembros de la comunidad; vivencias del trance. Estudio etnopsiquiátrico del "shaman" y la comunidad. En esta fase del estudio se aplicarán todos los métodos etnológicos conocidos. En estos estudios, no es prioritaria la colección de muestras, pero será mejor aprovechar la oportunidad para realizar las colecciones etnobotánicas.

- Una vez concluido el trabajo de campo se pasará al trabajo de gabinete donde se iniciará el procesamiento de la información. Se harán nuevas visitas o entrevistas de comprobación en caso de dudas. La fase más importante de la investigación corresponde a la interpretación del material empírico, para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. Elaboración del informe final.

3.3 Plan de trabajo

El tiempo mínimo requerido para la ejecución de este tipo de investigaciones es de dos años.

El plan de trabajo debe contemplar tres fases: a) preparación, con la revisión documental, preparación del trabajo de campo y adiestramiento del personal investigador; b) trabajo de campo, que tendrá una duración mínima de un año; y c) procesamiento de la información, interpretación de los hallazgos e informe final.

3.4 Recursos humanos

Es indispensable el concurso de un antropólogo con experiencia en trabajo de campo, excelente formación teórica y conocimientos del idioma nativo. El equipo se puede completar con un médico, un etnobotánico y un informante o intérprete local. En la fase de procesamiento de la información se requerirá la ayuda del personal de secretaría.

3.5 Recursos materiales

Grabadora, cámara fotográfica, filmadora. En el caso de que se realicen recolecciones botánicas, se debe proveer del equipo correspondiente.

3.6 Presupuesto

No menor de US\$150 000.

ANEXO 14.5

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y COMUNIDADES INDÍGENAS DE LA AMAZONIA

1. Antecedentes

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", propuso una nueva política de salud que fue aceptada por todos los países del mundo. En 1978, en la reunión de Alma Ata, se estableció la estrategia definida como Atención Primaria de Salud (APS), cuyos programas están destinados a grupos poblacionales o a problemas específicos. Las metas que han de ser alcanzadas en estos programas son integrales y no se refieren únicamente a la curación, sino que ponen énfasis en la prevención. Este nivel Primario de atención se sustenta en la organización de los recursos (humanos, físicos, financieros) en servicios básicos, que parten de la propia comunidad y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad. A través de estos programas, se busca la ampliación de la cobertura de los servicios, dándoles mayor eficiencia, eficacia y efectividad, llegando a zonas y a grupos poblacionales a los que el sistema de salud convencional no había podido penetrar. El requisito fundamental del programa de APS es la participación activa e integral de la comunidad.

La estrategia de atención primaria ha planteado un gran desafío a los administradores de salud de los países amazónicos, sobre todo por los problemas que ha enfrentado, sin resolverlos, el sistema clásico de atención en sus contactos con las poblaciones aborígenes de esta región. En todos estos países se han desarrollado varios programas de extensión de cobertura mediante esta estrategia, pero se desconocen globalmente sus resultados, por lo que es necesario evaluarlos convenientemente; sin embargo, al margen de que se realice esta evaluación, es indispensable explorar nuevas modalidades del programa de APS, sustentados en las comunidades amazónicas, en su propia cultura médica y sus agentes de salud. Este es el gran desafío del presente, que es necesario enfrentarlo con imaginación, voluntad de servicio, solidaridad con la situación de los pueblos amazónicos y capacidad técnica. Por esta razón, los nuevos programas deben plantear al mismo tiempo objetivos de investigación y acción.

2. Justificación

El establecimiento de programas de atención primaria de salud en comunidades indígenas de la Amazonia, requiere una atenta observación de la realidad, de la economía local, la estructura social, la cosmovisión de la comunidad, la organización del sistema tradicional de salud y las ancestrales formas de utilización de los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas. Por esta razón estos programas deben combinar la investigación y la acción, de tal manera que su perfeccionamiento sea constante y sus resultados alcancen cada vez mejores metas.

3. Objetivo general

Implementar programas de investigación - acción para el desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud (APS) en las comunidades indígenas de la Amazonia, integrando elementos del saber médico tradicional.

4. Objetivos específicos

- Contribuir al desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud en grupos poblacionales indígenas de la Amazonia.
- Actualizar el diagnóstico de la situación de salud para proyectar acciones específicas.
- Proponer un modelo que se sustente en la participación integral de la comunidad.
- Incorporar en forma decidida los conocimientos y prácticas tradicionales, especialmente el rico arsenal botánico.
- Reconocer, respetar e integrar los conocimientos y prácticas de los agentes de salud de la medicina tradicional.
- Implementar nuevas técnicas de adiestramiento basadas en los propios códigos de comunicación de la comunidad
- Proponer, con base en los resultados, un programa de APS que represente los reales anhelos de la comunidad.

5. Metas

Habitualmente las metas se plantean en relación con un mejoramiento de los indicadores de salud y son muy ideales. Se espera que, en un mediano plazo, a través de la implementación de los programas de APS y la participación integral de la comunidad, se logre el mejoramiento de esos indicadores, que se refieren tanto a las personas como al ambiente: esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 1-4 años, incremento de los porcentajes de vacunación, mejoramiento de los niveles de saneamiento básico. En este proyecto, el establecimiento de metas

formará parte del proceso de investigación-acción. Otras metas que se refieren a la participación de los agentes de salud de la medicina tradicional, a la utilización de las plantas medicinales, deben ser planteados en un mediano plazo.

6. Metodología

El lugar en el que se desarrollará el programa, será una comunidad indígena de la Amazonia que carezca de servicios convencionales de salud o que los tenga, pero que por diferentes circunstancias (económicas, culturales, etc.) sus acciones sean deficitarias.

El programa será administrado por un pequeño grupo de trabajo constituido por un médico y una enfermera, que como profesionales de salud de atención primaria asumirán un rol coordinador de un equipo y compartirán la responsabilidad de la salud en su área. Lo importante del programa es que se cumplan los objetivos señalados, por lo que el elemento básico es el trabajo humano, al que se añaden los recursos materiales, financieros, etc. Dentro del programa se establecerán tres funciones: planificación, ejecución y evaluación.

Antes de elaborar el plan, el equipo de salud deberá reconocer la comunidad, estableciendo un nexo orgánico con ella, tratando de identificar sus condiciones reales de vida. Será indispensable reconocer las costumbres y actitudes, así como las condiciones de vida; igualmente será importante el reconocimiento de los agentes de la medicina tradicional y de los métodos empleados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Hay que recordar que la medicina tradicional no sólo cumple funciones médicas en la población, sino que tiene un acentuado objetivo social.

El equipo de salud que realice un diagnóstico en la Amazonia, debe tomar en cuenta algunas particularidades:

- a) Se debe estudiar la estructura social de la población para determinar sus formas internas de gobierno, quien o quienes ejercen el liderazgo; en unas, es el más fuerte e inteligente (Ej. Los sikuana en Venezuela), en otras, es el anciano o el jefe de la familia (Ej. Los shuar del Ecuador).
- b) Es muy importante la determinación de la relación entre los sexos, el papel del hombre y la mujer en la vida familiar.
- c) Determinar la movilidad de la población. Hay que considerar que existen etnias nómadas y etnias asentadas en tribus y centros, pero en ambos casos hay periodos de gran movimiento poblacional, durante los cuales la familia permanece en la selva, como sucede en la temporada de cacería, en la época de la siembra, o cuando maduran los frutos de las palmas (chontaduro y otras).
- d) Es indispensable identificar a los agentes de salud de la medicina tradicional, conocer como actúan e influyen en la población. En la mayoría de los grupos étnicos de la Amazonia, el agente es el "shaman", pero debido a la socialización de los conocimientos sobre las plantas, las mujeres ancianas son las mejores informantes. El conocimiento de las actitudes de la comunidad frente a estos agentes de salud, permite valorar su importancia.

Una vez que el equipo de salud haya logrado un buen nivel de conocimientos sobre los aspectos descritos, pasará junto con los líderes de la comunidad, o con los grupos organizados, a planificar el programa de atención primaria de salud.

La metodología propuesta por Kroeger y Luna (1987:52-71) es bastante adecuada para estas regiones. Las actividades mínimas necesarias para implementar el programa, que en realidad son pequeños trabajos de investigación en la comunidad, son las siguientes:

- a) Dialogar con todo el equipo de salud y con los miembros de la comunidad sobre los problemas de salud existentes y las necesidades sentidas de la comunidad.
- b) Diagnosticar los recursos de salud y los problemas de los servicios.
- c) Conocidos los problemas de salud, determinar cuáles son los más importantes y cuáles pueden ser resueltos en un plazo aceptable.
- d) Hacer una lista total de los objetivos y actividades previstas para un periodo dado y cuantificarlos.
- e) Elaborar una lista de todo el material y equipo necesario, con precios reales o estimados para resolver estos problemas.
- F). Identificar los problemas que el equipo de salud, con su conocimiento y orientación pueda resolver en colaboración con la comunidad; nombrar responsables.
- g) Describir, por escrito y verbalmente, las tareas que se piensan desarrollar en la comunidad, en el periodo fijado.
- h) Agregar al plan, por escrito, la manera como se proyecta alcanzarlos objetivos y metas.
- i) Revisar el plan junto con el equipo de salud y la comunidad para hacer los ajustes necesarios.

Dentro del plan, cabe hacer las siguientes acotaciones. Para un epidemiólogo o salubrista, los problemas de salud de la Amazonia pueden ser ordenados y priorizados según la frecuencia e incidencia de los desafíos; pero para quien trabaja en atención primaria, el problema de salud es más complejo y es particular a cada grupo étnico, y esta particularidad está dada porque cada grupo es impactado por un mismo problema de diferente manera; un problema catalogado como grave en un grupo, no lo es en otro. El impacto del cambio cultural, modifica sustancialmente las actitudes frente a los problemas de salud. En un grupo, la enfermedad que afecta a los niños es lo más grave que puede

ocurrir; en otro, lo que afecta a las mujeres. Es decir, los grupos de riesgo son variables. Por otra parte, las formas de vida pueden ser preventivas o atenuantes del problema para unos y agravantes para otros.

Otro aspecto que debe tomar en cuenta la planificación es el problema del lenguaje. El lenguaje escrito es bastante nuevo para la mayoría de la población indígena de la Amazonia; lo que predomina es el lenguaje oral, el mismo que determina la memoria oral, cuyo conocimiento permitirá elaborar técnicas educativas que tengan impacto en la población. Un pilar fundamental de la APS es la educación popular y para desarrollarla es importante considerar las particularidades de comunicación que tiene cada grupo. Un programa de educación popular no requerirá de mucho material didáctico escrito o de equipos sofisticados. La atención que tiene el indígena para mirar una proyección de una diapositiva o un vídeo, no significa que haya una gran transmisión del conocimiento. Cada grupo étnico tiene una educación tradicional que es necesario reconocer; se sabe que en general la memoria histórica de la comunidad se transmite a través de cuentos, cantos y recreación ritual de mitos.

Una vez establecida la planificación, se iniciará su implantación, promoviendo al mismo tiempo su evaluación continua.

Hemos anotado que un aspecto fundamental del programa de APS es la participación de la comunidad; esta participación debe ser integral, es decir, que debe controlar el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación. Para conseguir esto, la comunidad debe estar persuadida de que el programa que se desarrolla es su "programa de salud". Esta participación se logrará a través de la autogestión y de la coparticipación.

En relación con la medicina tradicional, es necesario anotar que un pilar de la APS en las comunidades indígenas de la Amazonia es la búsqueda de una cada vez más efectiva y respetuosa relación con los agentes de salud o "shamanes". La incorporación progresiva de técnicas, conocimientos y actitudes de la medicina tradicional, convertirá al programa de APS en un auténtico modelo de integración de sistemas médicos. El estudio del arsenal farmacéutico del "shaman" y el análisis de las técnicas de producción de formas farmacéuticas, será una tarea de gran relevancia para el futuro, no sólo del programa, sino de la salud de la población. El programa de APS puede desarrollar nuevas formas de producción de galénicos a partir de los extractos naturales de las plantas reconocidas ancestralmente por la población.

El éxito del programa de APS no sólo dependerá de la participación integral de la comunidad, sino del adiestramiento de un grupo de trabajadores básicos de salud (TBS). Los métodos de selección y adiestramiento propuestos por Kroeger y Luna (1987:91-12) son -a nuestro entender- los más adecuados para las poblaciones indígenas de la Amazonia. A través de estos trabajadores, bien entrenados, podrá implantarse un auténtico proyecto de educación popular, extendiendo la acción a regiones cada vez más amplias.

El equipo de salud, con la colaboración activa de los trabajadores básicos de salud, es capaz de emprender una serie de investigaciones en el ámbito local, aplicando métodos sencillos que pueden dar resultados significativos para el conocimiento de la realidad local. Algunos temas de investigación local son los siguientes: conocimientos y actitudes de la población frente a una determinada enfermedad, esquemas para un programa de educación para la salud; saneamiento ambiental de la comunidad y su mejoramiento; utilidad de los servicios de salud; inventario local de plantas medicinales; técnicas de preparación de formas farmacéuticas derivadas de los vegetales; estado nutricional de la población y propuesta para el mejoramiento de la alimentación.

Un programa de APS necesariamente requiere infraestructura mínima, por lo que se debe planificar la construcción de uno o más puestos de salud con su correspondiente dotación. Igualmente se debe prever la construcción de un aula de uso múltiple para adiestramiento, reuniones comunitarias, etc. Con todo este acopio de informaciones, será posible establecer un nuevo modelo de programa de APS para las comunidades indígenas de la Amazonia, que deberá ser difundido a través de una publicación.

6.1. Plan de Trabajo

La implementación de un programa de APS con las características anotadas debe durar al menos dos años. El plan debe contemplar los periodos de preparación, implantación y evaluación, con la presentación de un informe final que contemple el desarrollo de un modelo alternativo de programa para las comunidades indígenas de la Amazonia.

6.2. Recursos humanos

El equipo mínimo debe estar conformado por un médico, una enfermera (o auxiliar de enfermería) y un trabajador básico local. A este equipo se añadirá el grupo de trabajadores básicos adiestrados.

6.3 Recursos materiales

Se debe contemplar la construcción de uno o más puestos de salud, con su dotación correspondiente, materiales para el adiestramiento y los programas de educación popular.

6.4 Presupuesto

Puede alcanzar la cantidad de US\$150 000.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- ACKERKNECHT, Erwing: Medicina y Antropología Social. Madrid: Akal Universitaria. 1985.
- AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo: Regiones de refugio. México: Instituto Nacional Indigenista. 1973.
- ALARCON, Rocío: Etnobotánica de los quichuas de la Amazonia ecuatoriana. 1988. En: Miscelánea Antropológica Ecuatoriana (Guayaquil). Serie Monográfica 7. pp. 1-179.
- BANNERMAN, Robert, Ed.: Traditional Medicine and Health Care Coverage. 1983. Geneva: WHO.
- CASSIRER, Ernest: Antropología Filosófica. México: Fondo de Cultura Económica. 1975.
- COMELLES, J.M.: Magia y curanderismo en la medicina popular. Barcelona. 1973. Tipografía Emporium.
- COURY, Charles y GIROD, Laurence: La medicina en los actuales pueblos primitivos. En: Historia Universal de la Medicina (Lain Entralgo, P. Ed.) TI pp. 41-46. 1972.
- DEVEREUX, Georges: Ensayos de Etnopsiquiatría General. Barcelona: Ed. Barral. 1973.
- ELIADE, Mircea: Tratado de Historia de las Religiones. Madrid: Editorial Cristiandad. TI. 1974.
- ESTRELLA, Eduardo: Medicina Aborigen. Quito: Ed. Epoca. 1977.
- ESTRELLA, Eduardo: Medicina y Estructura Socioeconómica. Quito: Ed. Belén. 1980.
- ESTRELLA, Eduardo: El Pan de América. Madrid. Ed. CSIC. 1986.
- ESTRELLA, Eduardo: Contribuciones de la antropología a la investigación en salud. 1986. En: Ciencias Sociales y Salud en América Latina (Duarte Nuñez E. Ed.) Montevideo: OPS-CIECU.
- FOUCAULT, Michel: La arqueología del saber. México: Ed. Siglo XXI. 1972.
- FARNSWORTH, Norman et al.: Las plantas medicinales en la terapéutica. 1989. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 107(4):314-329.
- GILARDI SALAVERRI, Cecilia: Esbozo de la cultura médica de la cultura. Quechua Lamista. 1988. En: Trabajos del Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Lima: s.e. pp. 127-156.
- GOLMAN, Irving: Los Cubeo. México: Instituto Indigenista Interamericano. 1968.
- HARNER, Michel, J.: Alucinógenos y chamaniismo. Madrid: Ed. Guadarrama. 1976.
- KARSTEN, Rafael: La vida y la cultura de los Shuar, 2 ed. Quito: 1989. Ed. ABYA-YALA. 2 vol.
- KROEGER, Axel y FREEDMAN, Françoise: Cambio cultural y salud. Quito: 1984. Ed. ABYA-YALA.
- LUNA, Rolando: Atención Primaria de Salud. Principios; Métodos. México: 1987. Ed. Pax.
- REICHEL-DOLIKOFF, Gerardo: El chaman y el jaguar. México: Siglo XXI. 1978.
- SEGUIN, Carlos Alberto: Introducción a la Psiquiatría Folklórica. 1974. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (Buenos Aires) 20:301- 339.
- VELIMIROVIC, Boris, Ed.: La Medicina Moderna y la Antropología Médica. 1978. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.

ANEXO 15

ATENCIÓN PRIMARIA, DE SALUD Y DESARROLLO SOSTENIDO PARA MADRES Y NIÑOS DE LA REGIÓN AMAZÓNICA

1. Antecedentes

1. 1 Decisión trascendental de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM)

La Comisión Especial de Salud (CESAM) del Tratado de Cooperación Amazónica (TCA), para llevar adelante las políticas acordadas por los países amazónicos en relación con el desarrollo integral de la región, ha establecido ocho programas prioritarios de salud entre los que destaca el relacionado con la salud materno -infantil. El objetivo de este programa es:

"Establecer un conjunto de mecanismos que procuren la atención integral para el binomio madre-niño en la región amazónica, a través de la utilización de estrategias de atención primaria de salud (APS), que básicamente se orientaría al fortalecimiento de los niveles primarios de atención, otorgando a la participación social y compartiendo con las organizaciones comunitarias, la responsabilidad de actuar". Con las actividades que se programen para el cumplimiento de este objetivo, se espera:

- a) La identificación de un modelo de APS para el binomio madre-niño, aplicable a las condiciones de la región amazónica y diseño de estrategias para su implantación.
- b) Establecimiento de mecanismos que conduzcan a:
 - Reducción de la mortalidad infantil en menores de 1 a 4 años.
 - Prevención y control de las cinco primeras causas de morbimortalidad: enfermedades diarreicas, parasitismo intestinal, infección respiratoria aguda, enfermedades inmunoprevenibles (incluyendo vacunación antitetánica) y desnutrición. >
 - Reducción de la mortalidad perinatal.
 - Identificación del embarazo de alto riesgo.
 - Prevención del cáncer ginecológico.
 - Complementación alimentaria y suministro de sulfato ferroso a las madres.
- c) Diseño de estrategias para la implantación de programas de capacitación, dirigidos a la población y a los agentes de salud. Particular atención se brindaría a la capacitación de parteras.
- d) Intercambio de experiencias e información entre los técnicos de los países del TCA en materia de atención primaria y materno-infantil.

Tanto el objetivo como las metas por ser alcanzadas mediante una planificación integral de las acciones de salud, necesitan de una programación que responda a la realidad y a las necesidades sentidas de la población, que sea implementada por grupos de funcionarios y técnicos solidarios con la situación de la población amazónica, que logre la participación activa de la comunidad y que posea un soporte económico sólido y permanente. Si bien se tiene alguna información sobre la situación de las mujeres y los niños de la Amazonia; sin embargo, ésta es reducida, fragmentaria y dispersa y en no pocas ocasiones poco fiel con la realidad ya que está sujeta a un importante subregistro. Por esta razón, una de las primeras actividades que se debe planificar es la recuperación y análisis de esa información; al mismo tiempo, se debe ejecutar con urgencia una investigación en el ámbito regional, subregional y local, con el objeto de tener mayores evidencias sobre las condiciones de vida y salud de las madres y los niños. Hay que hacer todo esto, sin descuidar la acción, es decir, observando la realidad y tratando de modificarla para bien de la población.

En la implantación de los programas materno-infantiles deben participar los ministerios de salud de los países amazónicos, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias. Esta participación no sólo debe contemplar la ayuda financiera o técnica, sino también la colaboración en el diseño, ejecución y evaluación de los planes. La experiencia recogida en los diferentes proyectos de atención primaria de salud, será beneficiosa e igualmente serán de gran utilidad los programas propuestos por las organizaciones internacionales que llevan largos años de trabajo en nuestros países.

Sobre esto último, es importante señalar que la UNICEF ha recomendado la implementación de un programa subregional denominado "Desarrollo Sostenido para los Niños de la Región Amazónica". El sustento filosófico de esta proposición, es la consideración de que el bienestar es una meta alcanzable, que la pobreza que afecta en mayor medida a las madres y a los niños, puede ser inicialmente atacada con acciones que apunten al desarrollo sostenido; acciones que al mismo tiempo que protegen, ayuden a la consecución autónoma de mejores niveles de vida. La cooperación de los países, sin pensar en los límites que los separan, sino más bien con una capacidad de observar los problemas con una imagen integral, será una estrategia útil y razonable para la ejecución de programas regionales. El mejoramiento de la planificación, la adopción de nuevas metodologías de evaluación y el desarrollo de recursos

humanos y organizacionales que puedan legitimar y dar permanencia a los programas, son tareas que deben ser abordadas con decisión y urgencia. Dentro de estos términos, la UNICEF pretende apoyar proyectos innovadores.

Por todo lo expuesto, es fácil percibir que el objetivo y las metas de los programas que se propone llevar adelante la CESAM, son compatibles con la filosofía y los lineamientos de la UNICEF expresados en su proyecto "Desarrollo Sostenido para Niños de la Región Amazónica". Sólo un gran esfuerzo de colaboración institucional y la acción cooperativa de los países, brindarán a la población la posibilidad de comprensión de su situación y pondrán las bases para la implantación de acciones de desarrollo congruentes con sus necesidades.

1.2 Exigencias de una alarmante condición de vida de las madres y los niños de la Amazonia

"Casi mil millones de personas están atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza, la desnutrición, las enfermedades y la desesperación que les roba la energía, les reduce la capacidad de trabajo y limita su facultad para planear el futuro. En su mayoría habitan las regiones rurales y los barrios pobres urbanos de los países en desarrollo". Este desolador relato de la OMS, transcrito por Antrobus (1986), demuestra la estrecha relación entre condiciones socioeconómicas y estado de salud. Igualmente llama la atención sobre la magnitud del problema y sus consecuencias sobre la vida de los individuos, en su mayoría madres y niños.

En América Latina, la mayor parte de los problemas de salud que padecen las mujeres, se relacionan con el sistema reproductivo; así tenemos los trastornos asociados a la maternidad, el cáncer de mama y de cuello uterino, las infecciones genitourinarias. Dada la situación precaria de las mujeres, el embarazo y el parto significan graves riesgos para su salud. Entre las mujeres embarazadas de América Latina, el aborto es una de las principales causas, sino la principal, de defunción. La toxemia del embarazo, la sepsis puerperal, los traumatismos del parto, son otros trastornos que conllevan graves riesgos. La malnutrición, las anemias ferropénicas amenazan no sólo la salud de la madre sino la del niño que desde ahora puede ser víctima de una malnutrición fetal que afectará su futuro físico y mental (OPS 1985).

No es menos dura la condición social de la mujer en América Latina, en donde sólo el hecho de ser mujer le coloca en situación de subordinación y desventaja. Con una educación inferior, una pobre economía, agobiada por el trabajo y hasta con una imposibilidad de regular su propia fecundidad, las mujeres tienen ante sí un futuro incierto, con limitadas posibilidades de encontrar el ansiado bienestar y la felicidad. Los valores morales y religiosos que le imponen restricciones, la carga de la sexualidad en una sociedad machista, son otros elementos que ayudan a la configuración de un panorama poco alentador (OPS 1983; Antrobus 1986; UNICEF-ECUADOR 1988).

Todas estas condiciones sociales y de salud que son un atributo general de las mujeres pobres de América Latina, son todavía más críticas en la Amazonia. A pesar de que la información es limitada, hay evidencia de que por la situación ecológica y social de la región, se exige a la mujer una mayor participación en el trabajo y se le expone a mayores riesgos de salud. Dadas las características de una economía entransición, naturalmente hay elementos diferenciales, que van a depender de las características del trabajo y el consumo de bienes y servicios. En varias zonas de la Amazonia -especialmente en el Alto Amazonas- perviven importantes nacionalidades indígenas, integradas cultura] y étnicamente, lo que introduce una nueva variable en el ámbito de las relaciones sociales, ya que junto a los vínculos de clase establecidos por el diferente acceso al bienestar general, surgen relaciones étnicas que van a definir ciertos comportamientos sociales. En medio de esta situación está la mujer, realizando sus tareas domésticas en cualquier lugar, incorporada a la economía de mercado como trabajadora marginada en las ciudades fluviales, luchando por la supervivencia de su familia en las zonas de reciente colonización, culturalmente relegada en las comunidades étnicas (Kroeger 1984). Su salud es precaria y su destino poco esperanzador.

No menos dramática es la vida de los niños pobres de América Latina. En un clásico estudio sobre mortalidad realizado hace cerca de dos décadas por Puffer y Serrano (1973) se señalaba una realidad que lamentablemente no ha logrado ser superada y que mantiene actualidad:

- La deficiencia nutricional era el problema más grave, particularmente cuando se combinaba con bajo peso al nacer.
- Las enfermedades infecciosas en particular las diarreicas y el sarampión eran las causas principales de muerte.
- La proporción de embarazos mal logrados era muy alta.
- La mortalidad era más alta en las zonas rurales.
- La terminación prematura del amamantamiento con el seno materno aumentaba considerablemente la mortalidad posneonatal.

Si bien la mortalidad infantil tiene en general una tendencia hacia la disminución, especialmente en las áreas urbanas, hay que anotar que en estos últimos años de crisis, esta tendencia tiende a desacelerarse, coincidiendo con el deterioro de las condiciones económico -sociales de amplios sectores de América Latina. Las principales causas de muerte corresponden a infecciones gastro-intestinales y respiratorias, asociadas en general a problemas nutricionales. La desnutrición, en sus diferentes grados, afecta a 30 ó 50% de los niños pobres, siendo más grave en las zonas rurales. En relación con la morbilidad, la enfermedad diarreaica aguda ocupa el primer lugar en todas las estadísticas; a continuación las infecciones respiratorias agudas, el sarampión, la tuberculosis, la tifoidea, el paludismo, la tos ferina, el tétano y otras.

Las condiciones sociales de los niños de América Latina son asimismo deplorables, ya que la pobreza de sus familias limita sus horizontes en los campos de la educación y la recreación. La incorporación temprana al trabajo, la marginación, la explotación, la violencia física, el acoso sexual, entre otros factores, conforman un panorama social verdaderamente dramático.

Todos estos atributos son compartidos por los niños de la Amazonia, agravados por las condiciones ecológicas locales y el desarrollo disarmónico de una economía que vive los extremos de la subsistencia y el mercado más competitivo. A esto hay que sumar el aislamiento geográfico de muchas zonas habitadas, la falta de medios de comunicación, la ausencia o las limitaciones de los servicios de salud, las deficiencias del sistema educacional, etc. Ciertas patologías de origen infeccioso y parasitario, (sarampión, paludismo, leishmaniasis, tétanos, tuberculosis, tos ferina, difteria, hepatitis, fiebre amarilla, parasitosis intestinales de distinto tipo, entre otras) se evidencian más en los niños que en los adultos; los problemas nutricionales afectan en mayor grado a los niños de las zonas rurales, ya que los cambios en la economía de la tierra conllevan una crisis en la oferta de alimentos. En las comunidades indígenas, los conflictos provocados por la transculturación, repercuten en el sector más vulnerable de la comunidad: los niños.

La respuesta de los servicios sociales de los estados amazónicos, para hacer frente a estas condiciones de vida y salud de las mujeres y los niños, ha sido en general escasa y deficiente. El sector salud ha tenido muchas dificultades, por las limitaciones de los recursos humanos y materiales; en las comunidades indígenas; además, la presencia de la medicina tradicional ancestralmente usada por la población, ha sido otro elemento de conflicto. Los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales, las misiones religiosas y otras instituciones han realizado y ejecutan actualmente programas de salud, que en general se caracterizan por su falta de coordinación, su dispersión y discontinuidad. Respondiendo a una buena voluntad pero no a una política integral de salud, estos programas muchas veces duplican acciones y malgastan recursos. Por esta razón la CESAM quiere llevar adelante una política y unas actividades regionales que respondan a las necesidades de la población; programas integrales y coordinados que, con el apoyo de la comunidad, conlleven el signo de la permanencia. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con su sentido de responsabilidad hacia los niños, propuso un programa para salvar anualmente la vida de millones de niños en el mundo; este programa respondía a los problemas detectados y proponía las siguientes medidas:

- Terapia de rehidratación oral en las enfermedades diarreicas.
- Ampliación de la inmunización contra seis enfermedades importantes evitables mediante esta medida: tos ferina, difteria, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y -sarampión.
- Promoción de; conocimiento del amamantamiento con el seno materno.
- Vigilancia del crecimiento con ayuda de gráficos sencillos.
- Planificación familiar y educación para la salud.

A esta serie de medidas, más relacionadas con los niños, hay que añadir otras acciones vinculadas con la salud de la madre: identificación del embarazo de alto riesgo, prevención del cáncer de útero y de mama, complementación alimentaria y suministro de sulfato ferroso durante el embarazo.

Algunas de estas acciones han sido llevadas adelante en la Amazonia mediante programas de atención primaria de salud (APS), cuyos elementos conceptuales básicos es necesario recordar antes de pasar al diseño de este proyecto.

1.3 Estrategia de Atención Primaria de Salud en la Amazonia

Bajo el lema "Salud para Todos en el Año 2000" la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1977 una nueva política de salud que fue aprobada por todos los países del mundo. En la reunión de Alma Ata, celebrada un año después, se estableció la estrategia definida como atención primaria de salud (APS), cuyos programas están destinados a grupos poblacionales o problemas específicos. Las metas por ser alcanzadas son integrales ya que no sólo se refieren a la curación de las enfermedades sino a la prevención. Este nivel primario de atención se sustenta en la organización de los recursos (humanos, físicos, financieros) en servicios básicos, que parten de la propia comunidad y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad. A través de estos proyectos se busca la ampliación de la cobertura de los servicios, dándoles mayor eficiencia, eficacia y efectividad, llegando a zonas y a grupos poblacionales a los que el sistema de salud convencional no podía penetrar. El requisito fundamental del programa de APS es la participación activa e integral de la comunidad.

La estrategia de atención primaria ha planteado un gran desafío para los administradores de la salud de los países amazónicos, sobre todo por los problemas que ha enfrentado, sin resolverlos, el sistema clásico de atención. En todos estos países se han desarrollado programas de extensión de cobertura mediante esta estrategia, pero se desconoce globalmente sus resultados, por lo que hay que evaluarlos convenientemente; e independientemente de esto, es necesario explorar nuevas modalidades del programa de APS. Este es el gran desafío del presente, que hay enfrentarlo con imaginación, voluntad de servicio, solidaridad con la situación de los pueblos amazónicos y capacidad técnica. Sobre la base de todo lo que ya se conoce de la estrategia de APS, se propone tomar en cuenta las

importantes recomendaciones de la UNICEF sobre lo que denomina "desarrollo sostenido", que ya hemos revisado al inicio de este documento. La UNICEF quiere apoyar el "desarrollo sostenido en favor de los pobres, especialmente mujeres y niños": programas de atención primaria de salud, proyectos agroforestales; desarrollo de modelos de entrega de servicios para comunidades rurales y caseríos dispersos, desarrollo de estrategias de mejoramiento de los problemas medioambientales urbanos y de extensión de la estructura de la defensa del niño en áreas aisladas no monitoreadas.

Consideramos que muchas de estas actividades relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de vida de las madres y los niños de la Amazonia, propuestas por la UNICEF, pueden incorporarse dentro de un programa integral de atención primaria de salud, propuesta que a continuación exponemos.

2. Objetivo general

Mejorar la atención integral de la salud de las madres y los niños de la región amazónica, implementando al mismo tiempo acciones que impulsen el desarrollo sostenido de la comunidad.

3. Objetivos específicos

- Implementar la estrategia de atención primaria de salud para la atención del binomio madre-niño en la Amazonia.
- Apoyar proyectos comunitarios de desarrollo sostenido, proporcionando ayuda técnica y financiera.
- Actualizar el diagnóstico de la situación de salud para proyectar acciones específicas.
- Impulsar las medidas tendientes a protección de la salud y al mejoramiento de la nutrición de las madres y los niños.
- Colaborar en la gestión comunitaria para conseguir el suministro de servicios de saneamiento ambiental necesarios para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.
- Generar modelos prácticos de planificación y evaluación de estos programas, que permitan determinar sus efectos sobre madres y niños.
- Buscar una estrategia para lograr la permanencia de las acciones mediante la participación integral de la comunidad.
- Integrar en proyectos regionales de cooperación conjunta, los propósitos y las acciones de los organismos internacionales de cooperación.

5. Metas

Se espera que con la concurrencia de varios factores, entre los que destacan, el apoyo al mejoramiento de las condiciones de vida, el incremento de los niveles de saneamiento básico y la adecuación de los servicios de atención médica, mejoren los indicadores de salud. Por las limitaciones de la información relacionada con estos indicadores, es difícil cuantificar las metas, pero si hay que anotar que se propone la reducción de la mortalidad infantil y de los menores de 1 a 4 años, la reducción de la mortalidad materna, el incremento de los porcentajes de vacunación, el incremento del número de exámenes para la prevención del cáncer ginecológico, la dotación de sulfato ferroso al mayor número de madres. La implementación de proyectos de desarrollo sostenido tendrá como meta el mejoramiento de los ingresos y la utilización más razonable de los recursos. Una meta global será la de conseguir la mayor cooperación de los países amazónicos en proyectos regionales conjuntos.

6. Metodología

En todos los componentes del programa materno-infantil se aplicará la estrategia de atención primaria de salud, con innovaciones adaptadas a las circunstancias locales, al tipo de enfermedades o a los grupos poblacionales a los que se dirija. Se tendrá especial cuidado en la implantación de proyectos de APS en comunidades indígenas; igualmente se adaptarán a las realidades locales y regionales los planes de desarrollo sostenido. En cada caso, la participación integral de la comunidad será un objetivo para lo cual habrá que adecuar metodologías específicas. Hay que insistir en que se trata de proyectos-piloto, que no necesitan mayores tareas de diagnóstico.

Se identificarán problemas regionales, fronterizos, para planificar acciones de cooperación. La elección del lugar se hará tomando en cuenta la calidad de poblaciones fronterizas, la ausencia o escaso desarrollo de los servicios convencionales de salud, la incidencia y prevalencia de enfermedades, la existencia de una organización comunitaria. Los programas serán administrados por pequeños equipos de salud o de gestión con la participación de la comunidad.

Los equipos de trabajo deberán reconocer la comunidad, estableciendo un nexo orgánico con ella, tratando de identificar sus condiciones reales de vida. Es importante el contacto con los agentes de salud de la medicina tradicional y el conocimiento de los métodos empleados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. La medicina tradicional no sólo cumple tareas relacionadas con la salud, sino funciones de control social.

El trabajo con las comunidades indígenas exige un mayor grado de acercamiento a su realidad social y cultural, para lo que es importante tomar en cuenta lo siguiente: a) Se debe estudiar la estructura social de la población para determinar sus formas internas de gobierno, conocer quien ejerce el liderazgo; en unas comunidades es el más fuerte e inteligente (Ej. sikuana en Venezuela), en otras es el anciano o el jefe de la familia (Ej. shuar del Ecuador); b) es indispensable el reconocimiento de la relación entre los sexos, el papel del hombre y la mujer en la vida familiar; c) considerar que existen etnias con gran movilidad, a cuyas condiciones hay que adaptar los planes; d) en la mayoría de las comunidades indígenas, el "shaman" o vegetalista tiene un rol sobresaliente, por lo que es necesario buscar su colaboración y participación; e) el lenguaje escrito es bastante nuevo para la mayor parte de la población indígena de la Amazonia, predominando el lenguaje oral; este reconocimiento es importante para los trabajos de educación popular.

El éxito y permanencia de los planes de APS y desarrollo sostenido dependerán de la participación integral de la comunidad, es decir, de su trabajo activo en la planificación, ejecución y evaluación. Para conseguir esto es indispensable que la comunidad tome conciencia de que este es "su" programa. La autogestión (desarrollo auto-sostenido) y la coparticipación serán los pilares de esta vinculación integral.

El éxito de los planes igualmente dependerá del adiestramiento de un grupo de trabajadores básicos de salud (TBS). Los métodos de selección y adiestramiento propuestos por Kroeger y Luna (1987: 91-124) son -a nuestro entender- los más adecuados para las poblaciones de la Amazonia. A través de estos trabajadores, bien entrenados, podrá implantarse un auténtico proyecto de educación popular, extendiendo la acción a regiones cada vez más amplias y distantes. El adiestramiento, según los casos, se dirigirá a las parteras (o sobadoras) y a otros agentes de salud de la medicina tradicional.

Partiendo de estos principios generales, en cada componente del proyecto se buscarán los métodos prácticos más adecuados, tanto para la planificación como para la evaluación de los efectos en madres y niños.

7. Actividades o componentes del programa

En este documento señalaremos algunas actividades por ser desarrolladas mediante proyectos de cooperación. Se puede iniciar por una actividad e ir añadiendo otras según las circunstancias, o se puede comenzar por un conjunto de actividades; todo dependerá del lugar, de sus necesidades, de la colaboración de la comunidad y de los recursos.

7.1 Terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil

7. 1. 1 Antecedentes y justificación

La enfermedad diarreica es la principal causa de muerte de los niños en la región amazónica. Se carece de información cuantitativa confiable, pero se sabe que la diarrea y la deshidratación, provocadas por infecciones que habitualmente se producen en sujetos desnutridos, ocupan el primer lugar en la composición de la mortalidad infantil y de menores de 1 a 4 años. Las principales causas de infección son los agentes enteropatógenos como la *Escherichia coli* enteroxigénica y rotavirus. Los ascaris, la giardia, la ameba, entre otros parásitos, son también causantes de diarrea y deshidratación. El mal estado del agua y los alimentos, el destete y varios trastornos culturales como el "mal ojo" o el "susto", son para las madres los principales factores de la diarrea; la vida del niño se puede acabar por la falta de conocimientos sobre cómo enfrentar el problema, por malas prácticas curativas, la carencia de servicios asistenciales básicos, la utilización inoportuna de costosos medicamentos antidiarreicos, anticolonérgicos y antibióticos. Numerosos estudios han demostrado que las defunciones por diarrea se pueden evitar por medio de terapia de rehidratación oral (TRO). La idea es sencilla, reemplazar los líquidos y electrolitos perdidos en los despeños diarreicos con una solución de sales de rehidratación oral (SRO), manteniendo al paciente sin tratar de curar la diarrea. Esta terapia ha salvado y puede salvar miles y miles de vidas, por lo que es necesario que en varios lugares de la Amazonia, donde no se ha usado la técnica, se enseñe su aplicación.

7.1.2 Actividades

Todos los ministerios de salud tienen programas de control de las enfermedades diarreicas y recomiendan la TRO; sin embargo, por varios factores, en zonas rurales y en poblaciones dispersas los planes han fracasado o simplemente no se han implementado. Las distancias, la escasez de los servicios, la falta de preparación o interés del personal de salud, las barreras culturales, la escasez de sales de rehidratación oral, la falta de incentivos para promover la preparación casera de estas sales, son entre otros los obstáculos señalados habitualmente.

Frente a estos problemas y ante la necesidad de actuar con urgencia, se ha propuesto la utilización de la TRO, integrándola a los sistemas locales de medicina tradicional. En una gran parte de las zonas rurales de América Latina, los curanderos son los primeros que se ponen en contacto con los niños con diarrea. Lo importante es movilizar y adiestrar a estos agentes de salud en las técnicas de la TRO y en otras estrategias para la supervivencia infantil. En

una notable experiencia llevada a cabo en Brasil (Nations 1989) se contó con curanderos debidamente capacitados que 1) promoverían el conocimiento, el empleo y la preparación adecuados de las SRO, especialmente las soluciones caseras; 2) impedirían la peligrosa práctica de no alimentar al niño con diarrea y promoverían su alimentación interrumpida; 3) fomentarían la lactancia natural, fundamental durante los episodios de diarrea, y 4) reducirían el uso de las SRO comerciales de costo elevado y el de fármacos contraindicados. Se presumía, además, que los curanderos lograrían cambiar algunas prácticas sanitarias difíciles de modificar, sin alterar básicamente la costumbre de recurrir a la medicina tradicional, los conceptos ancestrales sobre las causas de la diarrea o el uso de las plantas medicinales para su tratamiento.

El éxito logrado en este programa y en otros similares, certifican que los agentes de la medicina tradicional pueden actuar como una base firme y permanente de la implantación de la TRO y de otras prácticas para la supervivencia infantil en las comunidades rurales. Para llevar adelante un proyecto de este tipo se necesita realizar las siguientes actividades:

Conformación de un equipo básico de salud (médico, enfermera, promotor), bien entrenado en la estrategia de atención primaria de salud (APS).

- Identificación de los agentes de salud de la medicina tradicional de un área geográfica poblacional determinada ("shamanes" o vegetalistas, parteras y otros). Se pueden incluir promotores de salud o representantes de la comunidad, interesados en este tipo de trabajos.
- Entrevistas personales y reuniones grupales con los curanderos, en sus casas, para planificar el proyecto en conjunto.

Adiestramiento, preferiblemente usando la técnica de taller. Los principales temas que deben ser abordados son: a) concepto biomédico básico de deshidratación y su relación con la diarrea y la muerte; b) conceptos populares sobre diarrea; c) uso de plantas medicinales locales; d) enseñanza de la preparación de sales caseras mediante una infusión o un té elaborado por ellos mismos, con sus plantas caseras. Al té se deben añadir sal (40-60 mmol/l) y azúcar, y hay que utilizar medidas sencillas para determinar las dosis. También se les debe adiestrar en el uso de los paquetes de SRO que proporcionan los ministerios de salud y que contienen la fórmula completa de las sales recomendada por la OMS (2% de glucosa, 90 amol/l de cloruro de sodio, 1.59 de cloruro de potasio y 2.99 de bicarbonato de sodio); e) incorporación de mensajes básicos: administrar el té de SRO para la diarrea, deshidratación u otra enfermedad con síntomas similares; continuar alimentando al niño durante la diarrea; fomentar la lactancia natural durante la diarrea; pedirle a las madres que acudan inmediatamente al curandero en casos de diarrea; suprimir los fármacos que no hayan sido indicados por un médico y como resultado de exámenes de laboratorio; 0 enseñanza de síntomas de alto riesgo: vómito del té de SRO; fiebre prolongada; convulsiones; falta de micción; deshidratación grave.

Los curanderos (o los promotores) deben estar preparados para enseñar a las madres la forma como elaborar un té de SRO, haciendo un té o una infusión con una planta local. Este suero casero puede tener esta fórmula (Kroeger y Luna 1987:200):

Nxl ½ cucharadita de sal
NaHCo8 1/2 cucharadita de bicarbonato KZCL jugo de 1/2 limón o una naranja Sacarosa 8 cucharaditas de azúcar
Agua 1 litro (cuatro tazas).Té o infusión de una planta local

- Los curanderos (o los promotores) deben actuar como agentes de divulgación de los contenidos de la enseñanza en el ámbito familiar, independientemente de que existan o no casos de diarrea, de tal manera que la madre conozca lo que debe hacer cuando ésta se presente y elimine al mismo tiempo ciertas prácticas nocivas como la de dejar de alimentar al niño en los episodios diarreicos. Debe dar especial cuidado al fomento de la lactancia natural.
- El equipo de salud debe programar evaluaciones periódicas, cubriendo no sólo las actividades cumplidas por los curanderos, sino estableciendo su impacto en el ámbito familiar.
- La duración mínima del programa será de seis meses.

7.2 Ampliación de la cobertura de inmunizaciones en la región amazónica

7.2. 1 Antecedentes y justificación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de la OMS y de todos los países del mundo. Su objetivo es reducir las muertes y los casos de enfermedad que puedan ser prevenidos por inmunización. Son seis las enfermedades importantes evitables por esta medida: tos ferina, difteria, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y sarampión. El PA1 tiene como meta que se implementen servicios accesibles de inmunización con las seis vacunas para niños menores de un año y con toxoide tetánico para las mujeres embarazadas. La población a la que se dirige el programa es a los niños menores de un año y a la mujer embarazada.

En el xvii Congreso Internacional de Pediatría, celebrado en 1983, se expresó una grave preocupación por el hecho de que la inmunización, "una de las armas más poderosas y costeables de la medicina moderna... por desgracia sigue escaseando y subutilizándose particularmente en las naciones en desarrollo" (citado por Antrobus 1986).

Efectivamente, frente a coberturas de 80% ó 90% de los países desarrollados, existen informes de regiones del Tercer Mundo donde es menor de 20%. En Cuba, sin embargo, se alcanzan coberturas próximas al cien por cien. Como se ve, hay enormes diferencias, siendo preocupante la situación en algunos países de América Latina y especialmente en zonas rurales, pobres, con numerosa población campesina. Por las condiciones ecológicas, la falta de vías de comunicación, la dispersión de la población, las limitaciones de los servicios básicos de salud, la región amazónica tiene bajas coberturas de vacunación, siendo urgente la implantación de programas PAI permanentes y adecuados a la realidad.

7.2.2 Actividades

El mantenimiento de una reserva de vacunas, la adecuación de la cadena de frío y una programación eficiente son los elementos básicos para la implementación del PAI. En la región amazónica, es indispensable el desarrollo de un programa cooperativo entre los países para aumentar las coberturas y sobre todo para dar permanencia a esta actividad preventiva. Habitualmente el PAI cuenta con las siguientes tácticas y estrategias (Kroeger y Luna 1987:216-240):

- La inmunización es parte integrante de atención primaria de los establecimientos de salud. Se admite generalmente que alcanza a la población de un radio de 5 km desde el establecimiento.
- Unidades móviles de los servicios de salud para alcanzar a la población más allá de 5 km.
- Brigadas de vacunación que pueden ser útiles para evitar un brote previsto de enfermedad, por ejemplo el sarampión.
- Campañas de vacunación que dependiendo de cada país se hacen cada año o cada tres años. De esta forma la inmunización alcanza a los que no fueron vacunados de rutina o para completar esquemas.
- Actividades puntuales para alcanzar un foco epidémico.

Estas tácticas y estrategias deben adecuarse a las condiciones de la región amazónica, sabiendo Por principio que hay una limitación de los servicios de salud, que las distancias entre los poblados son enormes y que la población tiene poca experiencia con este tipo de acciones. Las siguientes sugerencias pueden ser útiles:

- Los programas deben ser cooperativos entre los países amazónicos y cubrir inicialmente regiones fronterizas.
- Se deben utilizar todas las estrategias de los PAI, pero probablemente las unidades móviles y las brigadas de vacunación que se desplacen por tierra, navegando por los ríos, o por aire, den mejores resultados.
- La población debe recibir una explicación de las ventajas, utilizando técnicas de comunicación oral: reuniones grupales, mensajes radiales, etc.
- Se debe buscar la colaboración activa de la comunidad, especialmente de los líderes locales y de los agentes de salud de la medicina tradicional.
- Cuando se trabaje con población indígena se deben extremar los cuidados por las barreras culturales existentes. Muchas madres consideran que sus niños sufren la enfermedad del "susto" u otros trastornos culturales, como consecuencia de la vacunación .
- Una de las dificultades más graves es la dotación y mantenimiento de la cadena de frío, condición que debe ser superada con la dotación de un presupuesto adecuado y un entrenamiento básico del personal
- Aplicar cuidadosamente todas las recomendaciones sobre planificación y evaluación que han sido diseñadas por la OMS (1980).

En la región amazónica existen varias zonas endémicas de Fiebre Amarilla Selvática, donde es necesario planificar la aplicación de vacuna antiamarílica, siguiendo estrictamente las indicaciones de la OMS.

7.3 Nutrición y producción de alimentos

7.3. 1 Antecedentes y justificación

La desnutrición es uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina. Diversos estudios han demostrado reiteradamente que entre 30% y 50% de los niños menores de 5 años sufren desnutrición en alguno de sus grados. Se carece de información global y segura sobre la prevalencia de desnutrición en la región amazónica, pero se infiere que la afectación de los niños y las madres debe ser tan alta como en otras zonas donde se han realizado estas investigaciones. La desnutrición es una verdadera enfermedad social, cuyo origen hay que buscarle en el carácter de una estructura económica que permite la existencia de grandes masas poblacionales viviendo en situación de miseria, hambre y marginación.

Una buena parte de la población, especialmente la perteneciente a los sectores pobres, tiene un limitado acceso a una dieta adecuada e integral; esta dieta es cuantitativamente insuficiente y cualitativamente desequilibrada, es

hipocalórica e hipoproteica, en la que predominan los hidratos de carbono y en la que, además, la poca proteína disponible tiene un limitado valor biológico.

Por otra parte, se conoce que la producción de alimentos en la Amazonia afronta una grave crisis, ya que la oferta real con relación a los requerimientos mínimos es limitada. Los movimientos poblacionales, la migración campo-ciudad, la formación de poblados miserables alrededor de las instalaciones petroleras u otras mineras, la colonización, la deforestación, el interés por los productos agroindustriales de exportación, el desplazamiento de las poblaciones indígenas hacia tierras menos fértiles, llevan en su conjunto, a una disminución de la producción de alimentos, sobre todo de aquellos destinados al consumo popular.

La desnutrición materno-fetal, el bajo peso al nacer, la desnutrición global (crónica y aguda) de los niños, el mayor riesgo que tienen estos infantes para enfermar y morir, los problemas biológicos, psicológicos y sociales que tienen los desnutridos, son algunos de los signos de este grave problema, cuya solución a mediano y largo plazo requiere nuevas políticas económicas y sociales. ¿Qué se puede hacer en el ámbito local o regional?, ¿cuál es el papel del sector salud y de los otros servicios sociales?, ¿cuál es el rol de la comunidad en la solución de estos problemas?, ¿hay actividades que se puedan implementar con urgencia y pocos recursos para mejorar la producción de alimentos y prevenir la malnutrición?

7.3.2 Objetivos y actividades

Una política que responda a las necesidades reales en el ámbito local o regional puede ser la respuesta a estos interrogantes. Esta política debe plantear algunos objetivos simples, posibles de cumplir:

- Implementar programas de desarrollo sostenible para mejorar la producción y distribución de alimentos en la comunidad.
- Buscar la autosuficiencia alimentaria mediante la producción de alimentos básicos, utilizando en mejor forma los recursos de la comunidad y recuperando los alimentos ancestralmente usados por la población, que por los conflictos culturales han quedado en el olvido.
- Mejorar la dieta de las madres embarazadas.
- Propiciar la lactancia materna.
- Proporcionar asistencia médica y nutricional a los niños desnutridos.
- Establecer sistemas de vigilancia nutricional.

Los programas o actividades de desarrollo sostenible deben involucrar la producción agrícola de alimentos, la producción avícola, pecuaria y pesquera y la comercialización. Estos proyectos pueden referirse a otras actividades productivas que propendan al mejoramiento de los ingresos, con lo que la familia tendrá mayores disponibilidades para la adquisición de alimentos. Para mejorar la productividad de sus tierras, los campesinos de la región amazónica deben recibir pequeños créditos, asistencia técnica, elementos infraestructurales básicos, insumos, equipos y capacitación. Igualmente, de acuerdo a las características ecológicas y culturales, se debe propiciar la diversificación de la producción y la recuperación de aquellos alimentos ancestralmente usados por la población que, por varias circunstancias sociales y culturales, han dejado de producirse y consumirse. Hay que estimular la creación de huertos familiares, institucionales y comunitarios.

De acuerdo con las características del lugar, igualmente hay que impulsar los planes de producción de alimentos de origen animal (avicultura, ganadería, pesca), creando cooperativas. La comercialización que integra las fases de recolección, conservación y distribución, igualmente, debe ser objeto de un proyecto local para que los productos sean utilizados para satisfacer las necesidades de la comunidad, quedando los excedentes para el mercado regional. La comercialización se relaciona con otros elementos como las vías de comunicación, el transporte, etc. Un programa de desarrollo sostenible debe involucrar todos estos elementos, buscando la autosuficiencia comunitaria y la permanencia de los proyectos.

A través de la estrategia de atención primaria de salud se implementarán programas materno-infantiles que hagan énfasis en los aspectos preventivos y curativos de los problemas nutricionales. Mediante acciones de educación nutricional se debe enseñar a la madre la mejor utilización de los recursos disponibles; igualmente es necesario promover la lactancia materna y mejores prácticas para el destete. La lactancia materna se justifica no sólo por los beneficios nutricionales y psíquicos para el niño, sino también por el rol que tiene en el reforzamiento de la integridad inmunitaria del organismo y en el grado de protección que ofrece frente a las enfermedades diarreicas. La buena nutrición de la madre durante el embarazo y la administración de sulfato ferroso son elementos indispensables en la prevención de la malnutrición materno-fetal y el bajo peso al nacer. El monitoreo del crecimiento y las normas para llevar adelante programas de vigilancia nutricional están incorporados en la planificación de los ministerios de salud, por lo que el equipo de salud debe adoptar esos conocimientos y normas a la práctica cotidiana de atención primaria. Este equipo de salud tiene que manejar bien los problemas de la enfermedad diarreica y de las infecciones respiratorias, que son los trastornos que generalmente se asocian en un círculo vicioso a la desnutrición. Los casos de desnutrición aguda deben también ser identificados y tratados convenientemente.

Alrededor de un proyecto de desarrollo sostenible, destinado al incremento de la producción y comercialización de alimentos básicos para la comunidad, puede girar un programa de atención primaria de salud con actividades preventivo-curativas de la malnutrición. Se requiere un equipo básico de salud bien orientado y la participación de una pequeña organización comunitaria dispuesta a trabajar con responsabilidad. Hay que planificar conjuntamente los recursos financieros y los aportes de la comunidad. Un proyecto de esta naturaleza puede ser implementado en regiones fronterizas, con la acción cooperativa de los países.

7.4 Planificación familiar y aborto

7.4.1 Antecedentes y justificación

Un plan materno -infantil en salud primaria debe incluir un capítulo relacionado con la educación sexual y la planificación familiar. El embarazo temprano, sobre todo el embarazo en la adolescencia; las repercusiones indeseables del embarazo frecuente en la mujer, los niños y la familia; el aborto y la prevención de las enfermedades de origen sexual, son entre otros los problemas que justifican la inclusión de esta temática en las responsabilidades del sector salud y en las actividades de un equipo de salud primario. Se trata de dar asistencia individual en los casos específicos y de proporcionar información útil a las madres y a la comunidad.

7.4.2 Actividades

Un plan de educación sexual y reproductiva debe dirigirse primero a las gestantes y a las madres puerperas y después a la comunidad, en general, reconociendo que las mujeres serán mucho más receptivas. El equipo de salud debe esforzarse por transmitir estas enseñanzas tomando en cuenta las peculiaridades locales.

Los temas básicos del programa pueden ser los siguientes:

- Explicación de los conceptos de riesgo reproductivo y salud reproductiva.
- Descripción del cuerpo humano y de sus funciones. Funciones reproductivas en la mujer.
- Descripción de los métodos anticonceptivos naturales y artificiales.
- Explicación de las principales enfermedades de origen sexual y la prevención de las mismas.
- Explicación sobre el aborto y los peligros para la vida de la madre.

Los ministerios de salud tienen programas de planificación familiar y control de la población y, en muchos de ellos, la planificación familiar es la parte fundamental de los planes nacionales de salud materno -infantil. Estos proyectos deben adaptarse a la realidad amazónica y a sus situaciones regionales específicas.

Un tema importante que debe ser tomado en cuenta, es el conocimiento de los recursos de la medicina tradicional en la salud reproductiva. En el ámbito comunitario, especialmente en las comunidades indígenas, se conoce la existencia de muchas plantas que son usadas en el ciclo reproductivo. El equipo de salud debe esforzarse por conocer bien las plantas, sus usos, formas farmacéuticas, etc. Existen numerosas referencias sobre plantas con efectos anticonceptivos, que es necesario investigar.

7.5 Capacitación de parteras

7.5.1 Antecedentes y justificación

En América Latina, las parteras empíricas tienen una larga tradición en la atención del parto y las "enfermedades de las mujeres". En las zonas rurales, donde los servicios de salud son escasos, la mayoría de los partos son atendidos por las parteras (comadronas o sobadoras). La accesibilidad, ya que cada comunidad tiene al menos una partera, la ausencia de barreras culturales en la comunicación, los costos casi simbólicos de la atención, hacen de la partera una verdadera institución entre la población campesina e indígena.

En la región amazónica, la presencia de la partera es una realidad, aun cuando numéricamente esté poco representada en las zonas muy dispersas y en los caseríos indígenas. Es un recurso de la medicina tradicional que es necesario aprovechar, ya que generalmente es el mejor nexo entre el servicio de salud (medicina oficial) y la comunidad. La extensión de la cobertura de los servicios y la ejecución de los programas materno-infantiles se pueden asegurar también con una participación más eficiente de las parteras.

7.5.2 Actividades

La capacitación debe tener como finalidades el reconocimiento y valoración del trabajo de estas mujeres en la protección de la vida de la comunidad, el mejoramiento de sus destrezas y conocimientos y la extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud mediante un recurso culturalmente aceptado por la comunidad.

En las dos últimas décadas se ha desarrollado una serie de experiencias sobre la capacitación de parteras empíricas, lo que ha permitido la recuperación de una información válida sobre la planificación, métodos de capacitación y evaluación (Kroeger y Luna 1987:323-338). Mesoamérica y la región andina son las zonas en las que se ha intensificado más eficientemente el trabajo con las parteras; en relación con la Amazonia, se tiene alguna información, pero se carece de una evaluación global. Esto se ha dificultado por la dispersión de las acciones y la intervención de diversos organismos promotores de los programas: Gobierno, organizaciones internacionales de cooperación, organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas, etc.

7.5.2 Actividades

Lo fundamental para dar inicio a un plan de este tipo es la conformación de un equipo básico de salud (médico, enfermera, promotor de salud). Este equipo será el encargado del entrenamiento del grupo de parteras, para lo cual cumplirá algunas etapas previas:

- Identificación y selección cuidadosa de las parteras de un área regional.
- Visitas personales al domicilio de las parteras para conocerlas y explicar la necesidad de mejorar sus conocimientos, su beneficio personal y el beneficio de la comunidad.
- Determinación del sitio donde se realizará el entrenamiento. Hay experiencias buenas y malas cuando se invita al grupo a permanecer un tiempo (15 a 30 días) en un hospital. Hay también reportes positivos del éxito de proyectos de capacitación en centros materno-infantiles o en centros de salud rurales. Lo importante es no desplazar a las parteras a un sitio lejano a su lugar de residencia, ni por un tiempo muy largo.
- Una vez decidido el lugar, para lo que se tomarán en cuenta varios factores logísticos, financieros, etc., se procederá a la capacitación del grupo, utilizando técnicas adecuadas, sencillas: demostraciones prácticas, talleres de discusión, etc.

El programa debe incluir una mayor carga de aspectos prácticos y una información teórica básica y útil. La comunicación oral es una herramienta de gran utilidad.

En general un programa básico para el entrenamiento de parteras, toma en cuenta los siguientes temas:

- Atención durante el embarazo. Identificación y vigilancia de las embarazadas de la localidad, detección de signos y síntomas de complicaciones del embarazo, envío de las embarazadas a un puesto de salud, si es necesario. Higiene y alimentación del embarazo. Administración de sulfato ferroso.
- Atención durante el parto. Reconocimiento de los signos y síntomas del Parto normal. Preparación del ambiente y de sí misma para la atención del parto. Vigilancia de signos y síntomas de la evolución normal del parto. Identificación de signos de riesgo y toma de decisiones sobre transferencia de la parturienta en caso de peligro. Asistencia del parto normal en forma limpia y segura.
- Atención del recién nacido. Eliminación de secreciones, aplicación de técnicas de reanimación, prevención de infecciones y enfriamiento. Revisión y pesaje (si es posible) del recién nacido; orientaciones sobre el amamantamiento del niño.
- Atención durante el puerperio. Evolución normal del puerperio, determinación de signos y síntomas de complicaciones y conducta por seguir.
- Participación en la planificación familiar. Información básica sobre el aborto y los métodos naturales y artificiales.
- Atención al niño menor de un año. Mantenimiento de la lactancia materna y normas sobre el crecimiento y la nutrición del niño. Control de diarreas.
- Coordinación con el personal de salud y la comunidad
- Uso de medicamentos y reafirmación del uso de las plantas medicinales de la localidad.
- Implantación del bolso o maleta para partera, entrenamiento de su manejo y garantía del mantenimiento higiénico del material mínimo necesario.

Con posterioridad al curso, la supervisión es una tarea que debe planificarse con cuidado para que el personal entrenado mantenga firmes sus conocimientos y prácticas. La partera entrenada debe estar segura de que el equipo de salud le seguirá asistiendo.

La implantación de un plan de capacitación de parteras por parte de un equipo básico de salud debe tener una duración mínima de seis meses, incluyendo la preparación del proyecto, las visitas a las parteras, la selección, el curso de capacitación (2 a 4 semanas), la supervisión y la evaluación.

8. Presupuesto

El presupuesto de un programa de atención primaria de salud y desarrollo sostenido debe tomar en cuenta los recursos humanos que han de ser contratados, los recursos materiales, transporte, mantenimiento, equipos, etc. Los proyectos de desarrollo sostenido deben tener un presupuesto particular de acuerdo al tipo de actividad productiva por implementarse. En muchos casos hay que prever la construcción de puestos de salud con ayuda de la comunidad, la adquisición de medios de transporte como lanchas con motor, etc. En otros casos hay que programar la instalación de la cadena de frío para las vacunaciones, pago a trabajadores locales, etc. El presupuesto mínimo de un proyecto cooperativo, con una duración de dos años puede alcanzar US\$300 000.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- ANTROBUS, A. C. K.: Temas contemporáneos en la atención de la salud materno -infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 1.00(4):387- 397. 1986.
- CONADE-MINISTERIO DE SALUD: Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años. DANS. Quito: CONADE. 1988.
- ESTRELLA, Eduardo: El Pan de América. Madrid: CSIC. 1986.
- GUTIERREZ, Mario y GALLI, Amanda: Lactancia materna. Promoción mediante capacitación del equipo materno -infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 98 (1): 110.1985.
- KROEGER, Axel y FREEDMAN, Françoise: Cambio cultural y salud. Quito: Ed. ABYA- YALA. 1984.
- KROEGER, Axel y LUNA, Ronaldo (Comp.): Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. México: De. Pax. 1987.
- NATIONS, Marilyn K. et al. Los curanderos brasileiros: promotores eficientes de la terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 1.07(1):1-22. 1989.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS): Papel de la Enfermera Obstétrica en la Atención Materno -Infantil. Washington: OPS. Informes de Enfermería 19. 1977.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS)/PAI: Metodología de evaluación. Washington: OPS.1980.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS): La mujer en la salud y el desarrollo. Washington: OPS. (Publicación Científica-448). 1983.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS): Terapia de rehidratación oral: Una bibliografía anotada. Washington: OPS (Publicación Científica- 445). 1983.
- 1
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OPS): La salud de la mujer en las Américas. Washington: OPS. 1985.
- PUFFER, R. R. y SERRANO, C. V.: Características de la Mortalidad en la Niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Washington: OPS (Publicación Científica-262). 1973.
- RICE, Marilin: Educación en salud. Cambios de comportamiento, tecnologías de educación y materiales educativos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 98 (1):65-79. 1985.
- RODRÍGUEZ, Sinfiriano: Los promotores de salud: Elementos de integración entre la medicina académica y la tradicional. En: Memorias del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área de Integración. Lima: s.e., pp. 141-154. 1988.
- UNICEF-Ecuador: La crisis: Efecto en niños y mujeres ecuatorianos. Quito:UNICEF. 1988.
- UNICEF-Ecuador: Recomendaciones del Programa Subregional. Desarrollo Sostenido para Niños de la Región Amazónica. Documento. 1991.

ANEXO 16

RED DE ALERTA TEAURANA

PARA EL MANEJO DE LA CONTAMINACION Y LOS ACCIDENTES CON SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LA CUENCA AMAZONICA

Cobertura

Región Amazónica.

Beneficiarios Directos

Personal del Sector Salud y Defensa Civil de los Países Parte del TCA.

Beneficiarios Indirectos

Habitantes de la Amazonia.

Responsable

Planificación, organización, ejecución y evaluación: Secretaría Ejecutiva de la CESAM

Asesoría y Coordinación

- Ministerios de salud pública - Direcciones nacionales de defensa civil - Sociedades nacionales de la Cruz Roja - Organización Panamericana de la Salud

justificación

La región amazónica presenta con frecuencia elevada fenómenos de todo tipo y origen que afectan su delicado equilibrio ecológico, que tarde o temprano tienen efectos en la comunidad amazónica, especialmente en los sectores de menos recursos como es tradicional, alterando intensamente su incipiente desarrollo y empeorando aún más las condiciones socioeconómicas de sus habitantes

La vigilancia constante de los eventos de contaminación y actividades de destrucción de recursos naturales debe ser una responsabilidad multisectorial, en la que el sector salud debe tener un papel preponderante y probablemente ser la primera estructura gubernamental en lanzar una alerta temprana con una estrecha coordinación con los sectores de defensa civil y oficinas de atención de emergencias.

La utilización creciente en esta zona del mundo de tecnología más sofisticada la hace vulnerable a los accidentes con sustancias peligrosas en un futuro relativamente mediato, en los cuales únicamente la coordinación entre los países dará el mecanismo eficiente para el manejo de crisis de esta naturaleza.

Objetivos

- 1 . Diseño e implementación de una red de alerta temprana para manejo de eventos de contaminación y destrucción de recursos naturales en la Cuenca Amazónica.
2. Diseño e implementación de los mecanismos de evaluación del impacto en salud de los desastres naturales y secundarios a la actividad humana en la Amazonia.
3. Planificación y coordinación de actividades del sector salud y defensa civil de los ocho Países Parte para la implementación de mecanismos eficientes de intercambio de información y toma de decisiones conjuntas en el manejo de desastres.
4. Planificación y ejecución de actividades de capacitación y entrenamiento de manejo de accidentes con sustancias peligrosas.

Actividades

- Planificación, organización, ejecución y evaluación de una red interpaís de alerta temprana de accidentes de contaminación y destrucción de recursos naturales entre los ministerios de salud, direcciones de salud locales y organismos de defensa civil.

Organización y ejecución de cursos y talleres locales e interpaís para la determinación e identificación de parámetros de evaluación del impacto en salud de los desastres en la región amazónica, y su posterior implementación en los sectores correspondientes.

Equipamiento de las oficinas de desastres de los ministerios de salud, direcciones locales y organismos de defensa civil de las zonas geográficas involucradas de los ocho Países Parte de la región amazónica con el objetivo de brindar sustento material a la red de alerta temprana.

Diseño y elaboración de material didáctico escrito y audiovisual y manuales de normas y procedimientos, con su posterior difusión, sobre el manejo de accidentes con sustancias peligrosas orientado al sector salud y organismos de defensa civil.

Recursos humanos

- Ministerios de salud pública de los ocho Países Parte.
- Instituciones gubernamentales de manejo de recursos naturales.
- Organismos de defensa civil y sociedades nacionales de la Cruz Roja.
- Cooperación de organismos internacionales del Sistema de Naciones Unidas.
- Personal contratado.

Duración del proyecto

5 años

Presupuesto general

	US\$
Personal contratado	450000
Equipo de oficina	18000
Material de oficina	15000
Equipo especial de oficina	25000
Alquiler del local	60000
Servicios públicos	200000
Equipo de producción de material audiovisual	100000
Producción de material audiovisual y escrito	500000
Difusión pública	155000
Vehículos de transporte terrestre	25000
Mantenimiento y operación de equipos de transporte	75000
Alquiler de vehículos de transporte fluvial	100000
Seminarios, cursos, talleres	250000
Facsimiles (17)	40000
Computadoras (17)	80000
Equipos de radiocomunicación (24)	60000
Viáticos y pasajes	500000
Imprevistos	265300
TOTAL	2'918300

ANEXO 17
PLAN DE TRABAJO
DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA
DE LA CESAM PARA EL BIENIO 1991 - 1992

1. Promover y consolidar las redes de coordinación y redes de cooperación al interior de los países.
2. Promover un modelo de instrumento para la coordinación en el ámbito de los países y en el ámbito regional.
3. Mantener informados a los puntos focales de cada país de las acciones que realiza la Secretaría Ejecutiva.
4. Mantener contacto estrecho con las personas o entidades señaladas en cada uno de los países para estimular el cumplimiento de los objetivos y metas señalados en cada uno de los programas que van a ser coordinados por los países que conforman el TCA.
5. Apoyar la difusión y ejecución de las acciones que propongan los países para el cumplimiento de la coordinación de los programas que han tomado a cargo para ejecutarlos a nivel subregional.
6. Realizar un inventario de los acuerdos convenios existentes en el ámbito bilateral o trilateral entre los Países Miembros del TCA en salud, el mismo que integrará la definición de objetivos, metas y compromisos adquiridos y su cumplimiento.
7. Apoyar el cumplimiento de los acuerdos bilaterales y trilaterales que se firmen entre los países en salud.
8. Estimular a los coordinadores de cada País de los programas a fin de que hasta el mes de septiembre hagan llegar a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM el o los perfiles de proyectos que deberán ser desarrollados.
9. Que los proyectos contemplen una cuota de administración.
10. Buscar y gestionar financiamiento con recursos internacionales Para la ejecución de proyectos. Hacer evaluación.
11. Buscar nuevas alternativas de financiamiento, tales como conversión de deuda externa para la ejecución de proyectos.
12. Promover reuniones de alto nivel político (presidentes, ministros de salud) para lograr el apoyo a las gestiones del TCA y la CESAM.
13. Crear un medio informativo de la CESAM para difundir ampliamente las actividades tanto de la Secretaría Ejecutiva y la Secretaría Pro Tempore, así como las que realicen los países dentro del marco del Tratado.
14. Solicitar de la manera más comedida a que en cada país se nombre a persona y/o entidades que actuarán como punto de contacto para la CESAM.
15. Promover reuniones técnicas para la implantación de proyectos.
16. Autorizar a la CESAM para la creación de un fondo especial para financiamiento de las actividades de la Secretaría Ejecutiva de la CESAM.

III REUNION ORDINARJA. COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA (CESAM) ACTA FINAL

En la ciudad de Quito, entre los días 28 y 29 de junio de mil novecientos noventa y tres, tuvo lugar la 111 Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM), con la participación de representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú Suriname y Venezuela, Países Miembros del TCA.

La lista de delegados de la CESAM. consta en el Anexo No. 1.

I. Inauguración de la Tercera Reunión Ordinaria de la CESAM

El evento de inauguró en la Sesión Especial, convocada por la Secretaría Pro Tempore, para dar inicio a las reuniones de las seis comisiones del Tratado. Intervino, en primer lugar, el Ing. Luis Carrera de la Torre, Secretario Pro Tempore del Tratado, quien saludó a los señores embajadores de los países del Tratado, a los embajadores y representantes de los organismos internacionales, especialmente invitados, y a los delegados a la III Reunión Ordinaria de la CESAM. Destacó la importancia que tienen para la vida del Tratado las reuniones de las comisiones especiales y auguró el mayor de los éxitos al trabajo que desarrollarán los delegados en cada una de las reuniones. En relación con la III Reunión Ordinaria de la CESAM, destacó la importancia de esta Comisión en el desarrollo de programas y proyectos que tienen que ver con la cooperación amazónica para la promoción de la salud de la población. Hizo referencia a la importancia que ha asignado la Comisión al Programa "Salud de las Comunidades Indígenas", precisamente cuando se celebra el Año Internacional de los Pueblos Indígenas; la Comisión, señaló, en su plan de actividades de 1993 ha privilegiado sus acciones en este tema, promoviendo un proyecto específico y convocando al simposio "Salud y Población Indígena de la Amazonia" (Anexo N' 2).

Posteriormente intervino el señor Embajador Jaime Marchán, Secretario General de la Cancillería Ecuatoriana, que saludó a nombre de la Cancillería a todos los asistentes a la sesión inaugural de las reuniones de las comisiones, destacando la importancia de la III Reunión Ordinaria de la CESAM y señalando que la Comisión ha trabajado intensamente para cumplir con los objetivos planteados en el Acta Constitutiva y en las recomendaciones de las anteriores reuniones; así, dijo, se está promoviendo actualmente el desarrollo de tres proyectos de salud en el ámbito regional y, mañana, se inaugurará el Simposio "Salud y Población Indígena de la Amazonia", evento al que asistirá un nutrido grupo de investigadores, administradores de la salud y representantes de las poblaciones indígenas de los países del Tratado. La respuesta positiva que ha tenido la convocatoria al Simposio, asegura el cumplimiento de sus objetivos, prometiendo, además, un lugar de encuentro para un fructífero intercambio personal que propiciará la formación de una red de investigadores de la salud amazónica.

Esperamos, anotó, que las resoluciones que se tomen en la 111 Reunión Ordinaria de la CESAM, fortalezcan el desarrollo de los programas y proyectos de esta importante Comisión del Tratado. Finalmente, el señor Embajador Jaime Marchán, declaró oficialmente inauguradas las reuniones de las seis comisiones del Tratado (Anexo N' 3).

II. Elección de la Mesa Directiva

Las delegaciones decidieron acoger por unanimidad la propuesta de Colombia de elegir como Presidenta a la ingeniera Ruth Jerónimo Zacarías, Jefe de la Delegación del Perú, al doctor Francisco Vallejo, Jefe de la Delegación del Ecuador, en calidad de Relator de la Reunión, y como co-relatora a la doctora Mónica Braga Texeira, de la Delegación del Brasil.

III. Aprobación de la Agenda

Después de su consideración, se aprobó el proyecto de Agenda, propuesto por la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, en la que se incluyó como primer punto de la misma una intervención de la Delegación del Brasil. La agenda quedó aprobada de la siguiente manera:

1. Presentaciones iniciales. 2. Informe de actividades del Secretario Ejecutivo de la Comisión. 3. Proyecto: "Promoción de la salud en las poblaciones indígenas de la Amazonia".
4. Proyecto "Repertorio bibliográfico sobre medicina tradicional y plantas medicinales en la Región Amazónica".
5. Proyecto "Salud internacional en los países amazónicos". 6. Red regional de cooperación técnica en salud.
7. Varios. 8. Lectura y Aprobación del Acta.
9. Clausura de la 111 Reunión Ordinaria de la CESAM.

IV. Presentaciones iniciales

a. Presentación de la Delegación del Brasil

La Delegación de Brasil, después de agradecer a la Cancillería de la República del Ecuador, en su calidad de Secretaría Pro Tempore del TCA, por la organización de la III Reunión Ordinaria de la CESAM, así como a la Secretaría Ejecutiva de esa Comisión Especial por las labores emprendidas en el ámbito de la cooperación amazónica en materia de salud, resaltó los siguientes puntos:

1) Toda vez que la CESAM no se reúne desde mayo de 1991, en la opinión de Brasil la 111 Reunión Ordinaria de la CESAM constituye una oportunidad para que se intercambie información y experiencias por parte de la Secretaría Ejecutiva y de todas las delegaciones acerca de los trabajos realizados en el área de la cooperación amazónica en salud, así como para procederse a una discusión de los documentos presentados en la Reunión. La Delegación de Brasil se reservó el derecho de pronunciarse acerca de la documentación presentada a la III Reunión Ordinaria de CESAM en ocasiones futuras, después de haber procedido a un examen interno de la misma. Con el ánimo de facilitar las discusiones futuras en el ámbito de la CESAM, la Delegación de Brasil recomendó la utilización de la vía diplomática para el envío de la documentación relativa a la Comisión, conforme a lo previsto en el reglamento de la CESAM, a fin de propiciar la adecuada coordinación interna. Además sugirió sean enviados por la misma vía los informes regulares de las actividades de la CESAM para permitir el seguimiento continuo de esas actividades por parte de los órganos internos.

2) Brasil entiende que la importancia de los asuntos relativos a la salud en la Amazonia requiere una constante coordinación entre las Partes Contratantes del TCA. En ese sentido y con base en la intensificación de la cooperación amazónica, así como en el actual grado de desarrollo de las actividades del TCA, en general, y de la CESAM, en particular, gracias, en gran medida, a la labor intensa de la actual Secretaría Pro Tempore, Brasil recomendó que, en el futuro, se siga la regla de la anualidad de las reuniones ordinarias de la Comisión.

3) Para Brasil, las propuestas y los proyectos que se elaboren en el ámbito de la CESAM deberían ser sometidos a consulta formal por vía diplomática al Gobierno brasileño de manera que permita un pronunciamiento oficial sobre los mismos. Además, las recomendaciones que haga la CESAM deberían ser sometidas sea al Consejo de Cooperación Amazónica que, a su vez y según la naturaleza del asunto, las encaminaría a la Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores del TCA, o individualmente a las Partes Contratantes del Tratado.

b) La Delegación del Ecuador, en referencia a lo expuesto por Brasil, expresa lo siguiente:

La Delegación del Ecuador considera oportuno reiterar las siguientes informaciones:

- La Secretaría Pro Tempore en el Ecuador ha sometido, como ninguna, informes y publicaciones permanentemente, entre ellos informes semestrales e informes anuales consolidados en los documentos SPT/TCA/ECU- 11, primer año, SPT/TCA/ECU- 13, segundo año, y SPT/TCA/ECU19, tercer año.

Todos los informes han sido encaminados por vía diplomática en cumplimiento del artículo 5.7 del Reglamento de la CESAM, como consta en la amplia correspondencia diplomática constante en archivos de cada Cancillería y de la Secretaría Pro Tempore y, también, en numerosas reuniones, así como directamente a instituciones.

Además, en estricto cumplimiento de los artículos 6.1, 6.2 y 6.3 del Reglamento de la CESAM, se han realizado y realizan las actividades con los órganos de enlace de cada país.

El Reglamento de CESAM se cumple fielmente; tiene cinco años de creada y ha tenido tres reuniones, dos durante el ejercicio de la Secretaría Pro Tempore por Ecuador y con financiamiento suministrado por ella con asistencia internacional. En 1992 no se realizó ninguna de las reuniones de las comisiones especiales porque durante todo el año estuvieron pendientes decisiones sobre la continuidad o no de la Secretaría y que partieron desde cuando en la Reunión Extraordinaria de Ministros, celebrada en Manaus el 9 de febrero de 1992, que debía tratar sobre el fortalecimiento institucional del Tratado y la continuidad o no de la Secretaría en Quito. Este tema no fue parte de la agenda de la reunión. Pese a varios eventos, el asunto recién fue aclarado en marzo de 1993 en cuanto a la permanencia de la Secretaría Pro Tempore en Ecuador hasta la próxima reunión de Ministros de Relaciones Exteriores del TCA.

Los documentos han sido entregados con antelación en la mayoría de los propios países en reuniones de coordinación, efectuadas en los primeros meses de 1993. Además, pese al corto tiempo entre la fijación de la fecha de las reuniones de las comisiones especiales y su realización (menos de un mes), todas las comisiones disponen de documentos con antelación, unas tres semanas antes y los restantes al menos ocho días antes, como consta en correspondencia entregada a las embajadas de los Países Parte del TCA.

Los Reglamentos son claros en cuanto a las atribuciones de las comisiones especiales para analizar y decidir, lo cual se ha cumplido hasta ahora. Sin embargo, si los países, a través de sus delegados, deciden someter los asuntos de aprobación de instancias superiores del TCA, deben hacerlo dentro de sus criterios y decisiones soberanos.

V. Informe del Secretario Ejecutivo de la CESAM

El Secretario Ejecutivo de la CESAM presentó un informe de las actividades ejecutadas por la CESAM en los períodos 1991-1992, y de enero-junio de 1993. Destacó que, en el primer período, se hizo todo lo posible por cumplir con las resoluciones emanadas de la 11 Reunión Ordinaria CESAM, mediante la elaboración y presentación de proyectos a los organismos internacionales de cooperación. Las actividades de la Comisión, sin embargo, pese al esfuerzo realizado tanto por la Secretaría Pro Tempore como por el Coordinador de la CESAM, no pudieron ejecutarse como

estaba previsto, en razón de que la Comisión carecía de un personal estable en sus cargos. Esto se solucionó a partir de enero de 1993 en que se inició un programa de fortalecimiento institucional del TCA, contando para ello con el financiamiento de la Comisión de Comunidades Europeas, que permitió contar con el trabajo de un coordinador a tiempo completo. Se formuló un "Plan de Trabajo para 1993" con los siguientes objetivos.

a) Promover la organización de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Especial de Salud (CESAM) en la estructura de la Secretaría Pro Tempore del TCA.

b) Iniciar el desarrollo de actividades tendentes al cumplimiento de los objetivos asignados a la Comisión, especialmente en relación con la elaboración, búsqueda de financiamiento y coordinación para la ejecución de proyectos regionales.

c) Legitimar la presencia de la Comisión en el ámbito de las instancias de salud de cada uno de los Países Miembros del Tratado e iniciar la conformación de la Red de Cooperación Técnica en Salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos se diseñó un plan de actividades, cuyos aspectos y sus resultados fueron presentados en forma particularizada en la 111 Reunión Ordinaria de la CESAM.

El Secretario Ejecutivo de la CESAM -en referencia a lo expuesto por la Delegación del Brasil- indicó que todas las acciones realizadas por la CESAM se han ceñido estrictamente a los mandatos, procurando cumplir lo decidido en la II Reunión Ordinaria CESAM. Se ha mantenido una información responsable con los representantes de cada Estado en la CESAM y agregó que ha realizado varias visitas a los países para entregar personalmente los documentos de proyectos.

VI. Discusión del Informe del Secretario Ejecutivo de la CESAM

Las delegaciones agradecieron y felicitaron la labor desplegada desde la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, realizando las siguientes puntualizaciones.

Se solicitó al Secretario Ejecutivo de la CESAM que informara por qué no se incluyeron los informes de los programas de los cuales eran responsables los países para desarrollarlos a nivel subregional. El doctor Estrella explicó que no se ha recibido información de parte de los países e indicó que uno de los inconvenientes ha sido el de que en los países no existen oficinas o contrapartes fácilmente identificables como una dependencia responsable de asuntos amazónicos dentro de los ministerios de salud. Señaló que los mayores esfuerzos se han dedicado a la elaboración de un proyecto para ejecutarse a nivel subregional, pero que esto no significa que se hayan desechado los otros proyectos.

Se señaló que la CESAM debería hacer mayores esfuerzos para procurar el cumplimiento de parte de los Países Miembros de sus compromisos con la CESAM, así como el de que se mantengan informados los puntos focales en las instituciones pertinentes en los países, lo que permitiría la realización de proyectos subregionales.

Las delegaciones de Venezuela y Brasil expresaron su apoyo a la necesidad de que se agilizará el diseño y ejecución de los proyectos aprobados en la 11 Reunión Ordinaria de la CESAM y -en tal sentido consideraron positiva la orientación del proyecto regional. Sin embargo expresaron su preocupación de que el proyecto se hubiese elaborado al nivel regional sin haberse realizado las consultas por vía diplomática, dada la ausencia de reuniones de la CESAM. Se expresó que esta situación pudo haberse originado por diferencias en la interpretación de las disposiciones del Reglamento de la CESAM.

Se indicó que sería oportuno que la CESAM mantenga un sistema para informar oficialmente y por los canales regulares a los países a través de informes periódicos, análisis semestrales, etc.

VII Análisis de Proyectos Propuestos para la CESAM.

a. Promoción de la Salud en las Poblaciones Indígenas de la Amazonia

El Secretario Ejecutivo de la CESAM indicó que se entregó personalmente el proyecto a los países involucrados.

Resumió el proyecto en los siguientes términos:

Se pretende aunar esfuerzos de proyectos ya existentes o en marcha en la subregión, aprovechando la coyuntura de la celebración del Año Internacional de los Pueblos del Indígena, para difundir a nivel subregional las experiencias que tienen los países en lo referente a la atención de la salud indígena. La estrategia que se ha de utilizar es la de la Atención Primaria de Salud (APS), aprobada por la OMS/ OPS, como uno de los mecanismos para alcanzar la meta de Alma Ata. En la definición del proyecto se han tenido en cuenta las experiencias previas de los países en proyectos binacionales que se pretenden ampliar para beneficio de los otros países. Es así como se definió el proyecto subregional. En cada uno de los países, se entregó la documentación a los ministerios de salud. En los talleres en que participaron, además de los funcionarios de los ministerios de salud, las organizaciones de Indígenas, organismos no gubernamentales, etc., se definieron las unidades ejecutoras del proyecto en cada uno de los países, con el encargo de elaborar el documento de proyecto de cada uno de los países (Brasil, Venezuela y Ecuador). Explicó el doctor Estrella que la CESAM está a la espera de que los países se pronuncien oficialmente acerca de la constitución de las unidades ejecutoras.

En lo que se refiere a Colombia, el doctor Estrella señaló que existe en ese país una gran experiencia de trabajo en APS con grupos indígenas, por lo que se solicitó a Colombia que ponga a disposición de la CESAM experiencias para

poder compartirlas con los demás países del TCA. El doctor Estrella concluyó su presentación del proyecto indicando que la CESAM requiere en estos momentos la aprobación de proyectos por los países comprometidos y la designación oficial de sus unidades ejecutoras.

La Delegación de Colombia expuso que tiene gran disposición para compartir las experiencias de su trabajo en salud en poblaciones para lo cual dará la asesoría necesaria. Considera que con el aporte de Colombia puede enriquecer el proyecto. Pone a consideración un instrumento (dos formularios de encuesta), el cual actualmente se está empleando en el estudio sobre "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud (CAPS) en Comunidades indígenas", que puede servir de modelo para que los Países Miembros del TCA lo apliquen a sus comunidades. Es de fácil aplicación para obtener datos de morbilidad, mortalidad, salud materno-infantil, fecundidad, nutrición, salud oral, prácticas curativas o medicina tradicional, así como de planificación de actividades en salud con poblaciones indígenas, con el fin de hacer un diagnóstico el cual está relacionado con las variables de estudio que plantea el proyecto en mención.

La Delegación de Bolivia puso en conocimiento de la 111 Reunión Ordinaria CESAM los esfuerzos que está realizando para atender a las poblaciones indígenas. Actualmente ejecuta un estudio de prefactibilidad con recursos de la cooperación técnica del BID, dentro de un programa de desarrollo integral de los servicios de salud, que permitirá atender a 30 grupos étnicos con una población aproximada de 200 000 habitantes, además de la población asentada en los ríos afluentes de la Cuenca Amazónica.

La Delegación de Brasil agradeció a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM la presentación de la propuesta de proyecto e indicó que el mismo será estudiado en Brasil por los organismos pertinentes, con la intención de enriquecerlo y sugerir recomendaciones. En términos preliminares señaló lo siguiente:

- Se apoya la idea básica de un proyecto regional y se indica de manera preliminar el interés brasileño en participar activamente del mismo.
- Se requiere que se haga una consulta formal a los Países Miembros del TCA para que se pronuncien oficialmente sobre el proyecto y las unidades ejecutoras.
- Se requiere realizar en cada uno de los países un inventario de las instituciones que podrían actuar como unidades ejecutoras del proyecto. Esto posibilitaría que los interlocutores del proyecto en cada uno de los países se conozcan y se posibilite el intercambio de experiencias. (Estos grupos tendrían que reunirse para definir que el proyecto sea más amplio, específico y factible).

La Delegación de Perú expresó su preocupación en lo referente a la definición del ámbito geográfico del proyecto.

La Secretaría Ejecutiva de la CESAM explicó que el documento presentado contiene el desarrollo de una primera fase como proyecto -piloto, el cual tendría una duración de dos años y un techo presupuestario y que en una segunda se involucren todos los países interesados.

La Delegación de Suriname felicitó a la Secretaría Ejecutiva por la presentación de tan importante iniciativa. Explicó que su país tiene experiencias en el trabajo en el campo de salud de las poblaciones indígenas, pero no existe una comunicación fluida con la Secretaría Ejecutiva de la CESAM. Mencionó, para ejemplificar lo anteriormente expresado, que en Suriname no se conoció acerca de la realización del Simposio sobre Salud y Población Indígena de la Amazonia, que se realizó luego de III Reunión Ordinaria CESAM. Lamentó este hecho ya que considera que varias personas que están trabajando en el tema hubieran querido asistir. Solicitó que la Secretaría Ejecutiva realice un trabajo más amplio en procura de integrar a Suriname en este proyecto.

La Secretaría Ejecutiva de la CESAM explicó el planteamiento para la conformación de las unidades ejecutoras en los países, los mismos que se detallan en el documento de propuesta de proyecto que se anexó y que fue presentado a los países oportunamente. Se estableció que sería conveniente que las unidades ejecutoras en cada uno de los países, designadas oficialmente, se conozcan entre ellas para poder intercambiar información y experiencias.

Luego de una larga discusión se mencionó la Posible realización de un Seminario-Taller, una vez que se hayan designado oficialmente las unidades ejecutoras, para definir de una manera más específica el proyecto.

Se decidió aprobar la siguiente recomendación:

- Que se consulte oficialmente a los Países Miembros de la CESAM para que se pronuncien con respecto del proyecto, que designen a las unidades ejecutoras, las mismas que tendrían como tarea elaborar un documento de proyecto más perfeccionado, que debería incluir un plan operativo, plan de inversiones y un plan para el intercambio de experiencias con las otras unidades ejecutoras en los otros países.

Se recomendó igualmente, luego de aclaraciones realizados por la Secretaría Ejecutiva de la CESAM y del Dr. Samanez, asesor de la Secretaría Pro Tempore, que la Secretaría Ejecutiva de la CESAM prosiga con la elaboración de un proyecto marco con base en la propuesta elaborada para ser presentado a posibles donantes de la comunidad internacional y que será sometido a consulta de las Partes Contratantes del TCA.

b. Repertorio Bibliográfico sobre Medicina Tradicional y Plantas Medicinales en la Región Amazónica

Rápidamente el doctor Estrella explicó que esta propuesta ya fue aprobada por la II Reunión Ordinaria de la CESAM y que, por lo tanto, la Secretaría Ejecutiva de la CESAM estaba en la obligación de buscarle la viabilidad tanto técnica como financiera al mismo. Con estos antecedentes se actualizó y redefinió la propuesta y se puso a consideración de COLCIENCIAS de Colombia, institución que ha manifestado su interés en financiar el proyecto.

Acerca del idioma en el cual debería elaborarse el repertorio se sugirió que sea en la lengua original del autor y el resumen en inglés y/o español.

Las diferentes delegaciones expresaron su complacencia al recibir la propuesta que llena un vacío en el ámbito de la subregión, pero manifestaron que el mismo será analizado por cada uno de los países, procurando enriquecer el documento presentado y propender a la elaboración de un documento de proyecto definitivo.

Para concluir con el análisis del documento se resolvió lo siguiente:

Durante la III Reunión Ordinaria CESAM, y una vez analizado el documento de propuesta de proyecto "Repertorio Bibliográfico sobre Medicina Tradicional y Plantas Medicinales en la Región Amazónica" los países manifiestan su acuerdo en expresar la utilidad de poder contar con un repertorio bibliográfico y recomiendan a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM que oficialice a los países la necesidad de un pronunciamiento acerca de la propuesta, así como solicitar sugerencias y recomendaciones para poder elaborar el documento definitivo.

c. Salud Internacional en los Países Amazónicos: Referencia a Legislación sobre Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica y Temas Conexos

El Secretario Ejecutivo de la CESAM explicó brevemente el objetivo y alcance del estudio realizado, que es básicamente de tipo compilatorio, constituyéndose en una fuente importante de consulta sobre el tema. El estudio concluye con la presentación de un perfil de proyecto denominado "Plan Referencial de Homogenización de los Sistemas de Control Epidemiológico para los Países del Tratado de Cooperación Amazónica".

Las delegaciones expresaron su agrado al recibir el resumen del estudio y la propuesta de líneas de acción sobre el tema. Manifestaron su acuerdo en la necesidad de homologar las acciones de vigilancia epidemiológica.

La Delegación de Brasil realizó los siguientes comentarios iniciales:

Que cada país remita una lista de las unidades de vigilancia epidemiológica de salud que estarían involucradas en la vigilancia epidemiológica en la Amazonia.

- Debería definirse el flujo de información epidemiológica.

- Se sugiere la contabilización de las normas de vigilancia epidemiológica de las fronteras, respetando siempre la soberanía de los pueblos y que debería llegarse a una concreción del proyecto.

El representante de Bolivia indicó que la propuesta tiene tres componentes importantes, que pueden considerarse independientemente:

1. La vigilancia epidemiológica y la posibilidad de su homologación en la subregión amazónica.

2. Lo referente al Reglamento Sanitario Internacional y su difusión.

3. El análisis de los convenios bi- y multilaterales entre los países de la subregión en salud. En el primer caso coincide con las apreciaciones de la Delegación de Brasil y en los dos últimos componentes sugiere que la Secretaría Ejecutiva continúe las gestiones que hagan posible su pronta realización.

La Delegación de Suriname expresó que no había recibido el documento a tiempo, pero que consideró la propuesta como importante y señaló que en Suriname y, posiblemente, en Guyana existe información pero no consta en el resumen del documento. Solicitó que se haga llegar una copia del documento en idioma inglés, para que pueda ser leído por las autoridades del Ministerio de Salud de su país y que se puedan pronunciar sobre el mismo.

Varias delegaciones expresaron su deseo de obtener una copia del documento completo.

Sobre la propuesta de este proyecto, se decidió lo siguiente:

La HI Reunión Ordinaria de CESAM acogió con beneplácito el documento intitulado "Salud Internacional en los Países Amazónicos: Referencia a Legislación sobre Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica y Temas Conexos" y reconoció la importancia de las sugerencias, recomendando a la Secretaría Ejecutiva de la Comisión la continuación del trabajo sobre el tema, en el sentido de compilar informaciones, estudiar fuentes de financiamiento y posibilitar la concreción de un proyecto a ser sometido a las Partes Contratantes del TCA.

d. Red Regional de Cooperación Técnica en Salud

Las delegaciones consideraron que la red es un instrumento indispensable para la ejecución de los programas y proyectos de la CESAM. Se procedió a la conformación de la red regional, actualizando las denominaciones de los puntos focales en cada uno de los países y recomendando a la Secretaría Ejecutiva mantener actualizado al directorio de los representantes de las entidades de esos puntos focales.

En relación con la organización de las redes nacionales, se decidió que cada país las conforme soberanamente dando un plazo de 60 días para aquellos países en los que ya se ha adelantado el establecimiento de estas redes y un tiempo mayor para otros en los que esta actividad no se ha iniciado -

Sobre la conformación de las redes de programas, después de una amplia discusión, se determinó que si bien hay una asignación de un programa por país, sin embargo este país podía también presentar proyectos relacionados con todos los programas. Se recomendó que la Secretaría Ejecutiva coordine el desarrollo de los planes de actividades, manteniendo una fluida comunicación con los respectivos países. La responsabilidad del desarrollo de los programas correspondería a la Secretaría Ejecutiva, quién deberá hacer las consultas correspondientes a las Partes Contratantes del TCA.

VIII. Varios

En el punto de varios se hace la presentación por parte del Ecuador del perfil de proyecto "Investigación de los Problemas Originados por las Mordeduras de Serpientes en la Región Amazónica".

Los países expresaron que si bien la propuesta de proyecto es importante y al parecer el mismo es prioritario en algunos de los países de la subregión, se debería realizar un análisis de la prioridad de dicho problema en la región, ya que la CESAM tiene ocho programas más aprobados y durante esta 111 Reunión Ordinaria de la CESAM se han presentado tres propuestas.

Brasil consideró la propuesta de Ecuador como prioritaria y demostró interés en participar en la formulación del proyecto futuro sobre el tema.

La III Reunión Ordinaria de la CESAM. decidió sobre esta propuesta lo siguiente:

Se saluda con beneplácito la ponencia de Ecuador y la misma se recibe como idea. Se recomienda a la CESAM que continúe con el desarrollo del proyecto en el que se deberá contar con las opiniones y apoyos técnicos de varias instituciones de los países del Tratado, en los cuales existen importantes progresos tanto en las investigaciones epidemiológicas como en la producción de sueros antiofídicos. Un aspecto fundamental de la cooperación sería la transferencia de esos conocimientos y tecnologías en el ámbito de todos los países de la región.

Suriname expresó su interés por el programa de enfermedades tropicales y por el desarrollo de un proyecto de control de malaria.

Todas las delegaciones agradecieron a la Secretaría Ejecutiva por el trabajo realizado. Felicitaron la labor de la Mesa Directiva de la Reunión por su magnífica conducción de la misma.

Las delegaciones sugirieron la siguiente recomendación general:

En razón de que durante la III Reunión Ordinaria CESAM, y luego del informe presentado por la Secretaría Ejecutiva y las propuestas de programas, se observó que algunas disposiciones del reglamento de la CESAM se prestan para diversas interpretaciones, los delegados sugirieron que las instancias pertinentes del TCA revisen dicho reglamento para permitir un mejor accionar y fortalecer las actividades de la misma en beneficio de la salud de las poblaciones que habitan en la región amazónica.

X. Lectura y Aprobación del Acta

El Relator dio lectura a la presente Acta la cual fue aprobada.

XI. Clausura de la III Reunión Ordinaria de la CESAM

En la sesión de clausura, las delegaciones agradecieron a la Secretaría Pro Tempore y a la Secretaría Ejecutiva de la Comisión por los resultados positivos obtenidos en la III Reunión Ordinaria de la CESAM. Una vez concluidos los temas de la Agenda, el Presidente declaró clausurada la III Reunión Ordinaria de la CESAM, felicitando a los delegados por sus aportes, a la Secretaría Pro Tempore del TCA y a la Secretaría Ejecutiva de la CESAM, por la organización de la Reunión, y enfatizó la necesidad de dar cumplimiento a los compromisos adquiridos.

Suscrita en Quito, Ecuador, a los veinte y nueve días del mes de junio de mil novecientos noventa y tres.

Por la Delegación de BOLIVIA Por la Delegación de GUYANA

Por la Delegación de BRASIL Por la Delegación del PERÚ

Por la Delegación de COLOMBIA Por la Delegación de SURINAME

Por la Delegación de ECUADOR Por la Delegación de VENEZUELA

ANEXO 1

LISTA DE PARTICIPANTES

BOLIVIA

Dr. Alfredo Calvo Ayavíri Ministerio de Previsión Social y Salud Pública Plaza del Estudiante Casilla 6807 Teléfono 323076, Fax 392793 La Paz

BRASIL

Secretario Tovar da Silva Nunes Jefe del Sector de Integración Embajada del Brasil en Quito

Dra. Mónica Braga Texeira Jefa de la División de Proyectos Coordinación General de Asuntos Especiales Ministerio de Saude Teléfonos 55 61-2245797; 2749953 Fax: 55 61-3152147

Dr. Marco Aurelio Búrigo Escouto, Jefe del Servicio de Control de Factores de Riesgos División de Ecología Humana y Salud Ambiental Secretaría de Vigilancia Sanitaria Ministerio de Salud

Doctor Carlos Shigueyoshi Aguni, Coordinador de Salud del Indígena Fundación Nacional de Salud

Doctora María Luiza Garnelo Pereira, Médica de Distrito Sanitario Yanomam Coordinación Regional del Amazonas Fundación Nacional de Salud

COLOMBIA

Dra. Patricia Mejía Dirección de Cooperación Técnica Ministerio de Salud Calle 16 NI 7-39 Bogotá D.F. Telfs: 2822991-2820092 Fax: 2820003

Dr. Enrique Sabogal Mongui División de Investigaciones Especiales Instituto Nacional de Salud Av. El Dorado Cra. 50 (CAN) Zona 6 A.A. 80080-80334. Te1f. 2-221059 Santa Fé de Bogotá Ecuador

Dr. Francisco Vallejo Jefe de Cooperación Técnica Relaciones Internacionales Ministerio de Salud Pública Juan Larrea 446 y Checa Te1f. 547329, Fax 565809 Quito

GUYANA

Sr. Alexander S. Khemraj Ministry of Foreign Affairs Takuba Lodge, 254 South Road Georgetown Guyana Telf. 02-53194 Fax: 0259192

PERU

Ing. Ruth Jerónimo Zacarías Directora Ejecutiva de Promoción, Programación e Integración Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa Ministerio de Salud Av. Salaverry s/n cuadra 8 Jesús María Lima Te1f. 242896 Telefax. 323794

SURINAME

Eng. Marion A. Maks Sub-jefe de la División de las Américas Ministerio de Relaciones Exteriores Gravenstraat, Paramaribo Telf 477030/410011 Fax 410851

VENEZUELA

Sra. Imeria Núñez de Odreman Ministra Consejera Consultoría jurídica Ministerio de Relaciones Exteriores

Lic. Luis José Carpio Dirección General Sectorial de Política Internacional Ministerio de Relaciones Exteriores Esquina de Carmelitas Te1f. 814496 Fax 835549

IV REUNION ORDINARIA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA (CESAM)

ACTA FINAL

En la ciudad de Lima, entre los días 6 y 7 de junio de 1995, se llevó a cabo la IV Reunión Ordinaria de la Comisión Especial Salud de la Amazonia (CESAM), con la participación de representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, Partes Contratantes del Tratado de Cooperación Amazónica. Las delegaciones estuvieron presididas por los siguientes funcionarios: por Bolivia, doctora Ma. Eliana Dálenc Echeverría, Coordinadora de la Unidad de Planificación, Evaluación, Proyectos y Relaciones Internacionales de la Secretaría Nacional de Salud; por Brasil, Primer Secretario Paulo França, de la Embajada del Brasil en el Perú; por Colombia, Ministro Consejero Cayo Augusto Tovar, de la Embajada de Colombia. en el Perú; por Ecuador, Ministro Alejandro Suárez, de la Embajada del Ecuador en el Perú; por Guyana, doctor Tejpratap Tiwari, Director de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud; por el Perú, doctor Pablo Meloni Navarro, Director General de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa del Ministerio de Salud; por Suriname, doctora Lesley Evert Resida, del Despacho de Salud Pública; y por Venezuela, doctor Elbano Pieruzzi Sánchez, Director General Sectorial de Salud Pública Internacional. La lista completa de participantes figura en el Anexo no. 1. Siendo las 10:00 horas del día 6 de junio de 1995, el Embajador Jorge Voto-Bernales Gatica, Secretario Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica, se dirigió al plenario y luego de destacar los resultados del Taller Regional sobre Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica, realizado en Lima los días 24 y 25 de abril del año en curso, dio la bienvenida a las delegaciones participantes y declaró inaugurada la IV Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. A continuación, los representantes de las Partes procedieron de inmediato a iniciar los trabajos.

I ELECCIÓN E INSTALACIÓN DE LA MESA DIRECTIVA

Las delegaciones acogieron la propuesta de la Delegación de Bolivia en el sentido de elegir al doctor Pablo Meloni Navarro, Jefe de la Delegación del Perú, como Presidente de la IV Reunión Ordinaria. Asimismo, por propuesta de la Delegación del Perú, fue elegida para la Relatoría la doctora Ana Eliana Dáleriz, Jefa de la Delegación de Bolivia, quedando así instalada la Mesa Directiva. El Presidente y la Relatora de la Reunión agradecieron la distinción recibida.

II. APROBACIÓN DE LA AGENDA Y ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJOS

Al poner a consideración de las Partes el Proyecto de Agenda, preparado por la Secretaría Pro Tempore, las delegaciones asistentes decidieron aprobarla, en la forma que se transcribe a continuación, acordando que en el punto 5, referente al intercambio de experiencias, estudios e informaciones sobre salud en la Amazonia, se trate el tema de la Red Regional de Cooperación Técnica:

1. Elección de la Mesa Directiva
 2. Aprobación de la Agenda y Organización de los Trabajos
 3. Informe de Actividades y presentación del Plan Operativo de la CESAM, por parte del Coordinador de la Comisión Especial
 4. Programas y Proyectos
 - Promoción de la salud en las poblaciones de la Amazonia: Consideraciones actuales y aspectos de financiación
 - Plan referencial de los sistemas de control epidemiológico para Países Parte del TCA
 - Propuestas de programas y proyectos pendientes de las reuniones ordinarias anteriores de la CESAM
 5. Intercambio de experiencias, estudios e informaciones sobre salud en la Amazonia
 6. Identificación de nuevos proyectos
 7. Consideración del Reglamento Tipo para las comisiones especiales de la Amazonia
 8. Agenda, lugar y fecha tentativa para la V Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia
- ### **III. INFORME DE ACTIVIDADES Y PRESENTACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DE LA CESAM.**

La ingeniera Ruth Jerónimo Zacarías, Coordinadora de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, efectuó una sucinta presentación de las actividades realizadas en el ámbito de la CESAM, desde el inicio de la gestión peruana de la Secretaría Pro Tempore hasta enero de 1995, y presentó las líneas generales contenidas en la propuesta de Plan Operativo de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia.

Respecto a las actividades desarrolladas por la coordinación, destacó las acciones desplegadas para completar y actualizar las redes de coordinación y dar seguimiento a diversas actividades técnicas e institucionales como los viajes efectuados a Colombia, Ecuador y Venezuela; el programa de publicaciones y la organización del Taller Regional "Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica", realizado en Lima el pasado mes de abril, con el propósito de definir la propuesta final del proyecto regional.

Con relación a la propuesta de Plan Operativo para la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, contenido en la Agenda Desarrollada que la Secretaría circuló oportunamente, la Coordinadora de la CESAM subrayó que dicha propuesta otorgaba continuidad al esfuerzo regional iniciado por las Partes desde la creación de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, planteando diversas acciones y actividades para el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos por las Partes.

Las delegaciones de Bolivia y Venezuela felicitaron a la Secretaría y a la Coordinadora de la Comisión por la sistematización de la información presentada, reiterando su apoyo a la labor desplegada. El Representante de Venezuela, asimismo, subrayó la conveniencia que las decisiones adoptadas en este foro incidan favorablemente en las poblaciones amazónicas acorde con un programa de desarrollo integral de la región. El Representante del Brasil, luego de agradecer la documentación circulada por la Secretaría Pro Tempore, se refirió a la conveniencia de no dispersar los escasos recursos disponibles reorientándolos a aquellas acciones que, con base en el consenso, propicien mejoras en la salud de los habitantes de la región. Destacó, asimismo, la conveniencia que las delegaciones informen sobre la operatividad en sus respectivos países de la Red de Cooperación Técnica y que los asuntos a ser tratados en los talleres estén vinculados a objetivos muy concretos en el campo de los proyectos para evitar la dispersión de recursos. Con respecto a la Red de Cooperación indicó que sería conveniente conocer previamente los mecanismos de funcionamiento de las respectivas instituciones en cada País. Solicitó, finalmente, conocer mayores detalles sobre la elaboración del documento final, fruto del Taller Regional "Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica", ya que en su opinión no recogía el componente nacional inicialmente presentado por su país. Expresó que comentarios más detallados serían formulados al tratar el punto 4 de la Agenda. El Representante de Colombia agradeció a la Coordinación y a la Secretaría Pro Tempore por la labor que ha venido realizando y solicitó, con relación al Acta Final de la III Reunión Ordinaria de la CESAM, información sobre el seguimiento dado al proyecto Promoción de Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica.

La Coordinadora de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia informó a las delegaciones asistentes que representantes técnicos de las Partes habían alcanzado información sobre el particular durante la realización del Taller Regional de abril del año en curso, enfatizando que la versión alcanzada a las Partes por la vía diplomática trataba de consolidar las propuestas presentadas por las distintas delegaciones, centrándose en elementos comunes como la capacitación y participación comunitaria.

El Representante de Venezuela expresó su acuerdo en que el proyecto enfatice la educación y la participación comunitaria y social.

La Presidencia, finalmente, destacó la importancia del diálogo franco entablado por las delegaciones participantes señalando que con base en él podrá el Tratado orientar sus acciones con mayor eficiencia y eficacia en beneficio de las poblaciones de los Países Parte.

Para información de las delegaciones asistentes, se distribuyó el documento "Programa de Cooperación entre la Comunidad Europea y el Tratado de Cooperación Amazónica en Relación al Tema de la Salud" preparado por el Coordinador del Programa de Apoyo Institucional de la Unión Europea a la Secretaría Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica.

IV. PROGRAMAS Y PROYECTOS

IV. 1. Promoción de la Salud en las Poblaciones Indígenas de la Amazonia: Consideraciones Actuales y Aspectos de Financiación

La ingeniera Ruth Jerónimo, Coordinadora de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia, se refirió a los antecedentes y situación actual en la formulación del proyecto regional, presente punto de la Agenda, que fuera específicamente tratado en el Taller Regional "Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica", celebrado en Lima los días 24 y 25 de abril con la participación de representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, así como de expertos regionales e internacionales.

La Delegación del Brasil expresó que la propuesta presentada, modificaba sustantivamente el proyecto por los cambios de conceptualización y metodología registrados, agregando que su país no fue consultado sobre los cambios producidos como resultado de la consultoría contratada por la Secretaría Pro Tempore. En ese sentido, el nuevo proyecto -en su opinión- debería ser sometido a la aprobación de las Partes por la vía diplomática. Como comentarios preliminares la Delegación brasileña expresó que no está de acuerdo con los cambios propuestos en el componente brasileño del proyecto, al haberse eliminando los aspectos relativos a la investigación, componente que calificó de importante. Agregó que el nuevo proyecto no define con claridad la población - objetivo, el presupuesto y las

actividades ser realizadas, presentando el riesgo de diluir esfuerzos. Planteó la incorporación de mecanismos que tengan en cuenta las diferencias culturales, sociales y económicas entre las poblaciones, debiéndose incorporar criterios de evaluación, Señaló, igualmente, que el presupuesto del componente brasileño fue reducido a la mitad, informando que su país había invertido importantes sumas en el componente nacional del proyecto y que prefería que se mantengan los objetivos y niveles de recursos inicialmente presentados. Finalmente expresó que la representante brasileña al taller regional, celebrado en Lima durante el mes de abril, reiteró los lineamientos contenidos en la propuesta presentada oficialmente para el componente brasileño.

Al respecto, la Delegación de Colombia informó sobre el desarrollo del proyecto piloto dirigido a la recuperación y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena", que se adelanta en el resguardo de Guayugaco, en el marco de las políticas de salud del Gobierno colombiano.

La Delegación de Venezuela expresó enfáticamente que la propuesta final, producto del Taller de abril donde participaron comisiones técnicas de los cinco países involucrados en el proyecto regional, no modifica sustancialmente la conceptualización y metodología del proyecto original; además, Venezuela fue ampliamente consultada y fue participante activa en el taller previo. Dentro de las bondades del proyecto destacamos: i) se precisa la población sujeto-objeto como toda la población de la Amazonia; ii) el presupuesto quedó claramente definido con un criterio de justicia y equidad de reparto igualitario. De igual manera, quedaron bien establecidas las actividades por realizar dentro de los principios de educación y capacitación y participación social, siendo estos dos principios trabajados operacionalmente los que garantizarán que los programas de salud de la Amazonia tengan impacto social.

Al respecto, la Secretaría Pro Tempore señaló que con base en el mandato de la 111 Reunión Ordinaria de la CESAM, procedió a contratar a un consultor de la región con el propósito de armonizar los diferentes componentes nacionales enviados por las Partes a la Secretaría. En este sentido, se encontró que el elemento común al que todos los Países Parte otorgaban especial importancia era el aspecto de capacitación. Tomando en consideración lo anterior, se organizó el taller regional celebrado en Lima durante el mes de abril de 1995, con asistencia de representantes de los países involucrados y de Bolivia, con el fin de trabajar un documento de perfil de proyecto regional, con énfasis en la capacitación en salud. Dicho documento, resultado del mencionado taller y trabajado en conjunto por las delegaciones participantes, es el perfil de proyecto que fuera presentado en consulta a las Partes por la Secretaría a través de la vía diplomática.

En este sentido, la Secretaría Pro Tempore comentó que las acciones e inversiones llevadas a cabo por Brasil en forma anticipada a la aprobación del proyecto regional "Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica" en el ámbito del Tratado, constituían una decisión de carácter nacional.

Las delegaciones de las Partes coincidieron en destacar la conveniencia de ejecutar en el marco del Tratado un proyecto regional que incida en los aspectos de capacitación y participación comunitaria, y otorgaron su apoyo al perfil del proyecto "Promoción de la Salud en las Poblaciones de la Región Amazónica" resultado del taller regional celebrado en Lima el pasado mes de abril, encargando a la Secretaría Pro Tempore la preparación de la versión final del mismo, incorporando los planteamientos puntuales que las Partes alcanzaran por vía diplomática, a la brevedad posible. Entre ellos, cabe señalar los siguientes:

- Establecimiento de indicadores que midan y evalúen el impacto y eficacia del proyecto.
- Mayor desarrollo en los contenidos propuestos de capacitación.
- Definición sobre las respectivas poblaciones nacionales, indígenas, rurales y/o colonos, beneficiarios del mismo.
- Coordinación regional a cargo de la Comisión Especial y Secretaría Pro Tempore así como en las instituciones pertinentes de los Países Parte.
- Incorporación -en la medida de lo posible- de los avances que cada país pueda registrar en este campo.
- Reordenamiento del presupuesto.

Dicha versión final será sometida a la aprobación de las Partes por la Secretaría Pro Tempore, de acuerdo a los mecanismos y plazos de consultas establecidos.

IV.2. Plan Referencial de los Sistemas de Control Epidemiológico para Países Parte del TCA

Otorgando seguimiento a los acuerdos contenidos en el Acta Final de la III Reunión Ordinaria de la CESAM, la ingeniera Ruth Jerónimo recordó que con Nota N' SPT-TCA/CIRC/46, del 24 de octubre de 1994, la Secretaría Pro Tempore distribuyó en consulta a los Países Parte el documento "Salud Internacional en los Países Amazónicos: Referencia a Legislación sobre Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica y Temas Conexos" solicitando opinión sobre el perfil del proyecto "Plan Referencial de homogenización de los Sistemas de Control Epidemiológico para los Países del Tratado de Cooperación Amazónica" contenido en dicho documento.

La Delegación del Brasil, al mencionar la importancia del tema, indicó que era fundamental obtener información de los Países Parte sobre cuestiones ya identificadas Por la Delegación del Brasil a la III Reunión Ordinaria de la CESAM, entre ellas las instituciones nacionales y su respectivo flujo interno de información para la elaboración de un proyecto sustantivo sobre vigilancia epidemiológica.

El Delegado de Venezuela, luego de destacar la importancia del tema, sugirió un cambio respecto al concepto de "vigilancia epidemiológica" por "vigilancia para la salud", con el fin de enriquecerlo y ampliarlo.

Sobre el particular, y teniendo en cuenta la importancia de avanzar en este campo, las delegaciones de las Partes se comprometieron a hacer llegar a la Secretaría Pro Tempore, a la brevedad posible, los comentarios que tengan a bien formular sus respectivos gobiernos.

IV.3. Propuestas de Programas y Proyectos Pendientes de las Reuniones Ordinarias Anteriores de la CESAM
El Delegado del Perú, en su calidad de Coordinador Regional del Programa 4 de la Comisión Especial: "Saneamiento Básico", planteó la conveniencia de proceder a ampliar este programa titulándolo "Salud Ambiental" de modo de incorporar no sólo los aspectos de saneamiento básico sino también los referidos a riesgos ambientales. Luego de un intercambio de pareceres entre las delegaciones asistentes, el Representante del Brasil solicitó encargar a la Secretaría Pro Tempore -con base en los aportes vertidos- la presentación de una actualización de los programas existentes con el fin de estudiar su pertinencia y/o su posible reformulación. Asimismo, la Delegación del Perú se comprometió a hacer llegar a la Secretaría Pro Tempore los alcances de la modificación planteada con relación al programa, cuya coordinación regional le corresponde efectuar.

V. Intercambio de Experiencias, Estudios e Informaciones

Al abordar este tema de la Agenda, los delegados de las Partes efectuaron un enriquecedor proceso de intercambio de informaciones sobre experiencias, investigaciones y proyectos implementados en sus países y de interés para los demás miembros del Tratado de Cooperación Amazónica.

La Delegación del Perú expuso un estudio sobre la contaminación por mercurio producida por la explotación aurífera en el departamento de Madre de Dios, cuyo objetivo está dirigido a determinar el grado de contaminación por mercurio en la cadena trófica. Igualmente presentó la experiencia realizada en el barrio de Belén, en la ciudad de Iquitos, con la construcción de módulos de letrinas secas de doble cámara, que podrían emplearse como alternativa para el saneamiento básico en lugares con problemas de inundación, Finalmente, la Delegación de Bolivia presentó una experiencia realizada en el departamento de Santa Cruz, en el área de Bajo Izozog, sobre autogestión en programas de salud para una etnia, rescatando su nivel tradicional. Esta experiencia se lleva a cabo con la ayuda financiera de la Cruz Roja suiza en el marco de los programas de capacitación comunitaria por parte del Estado. La Delegación de Bolivia informó, asimismo, que el documento que versa sobre la experiencia en mención, se encuentra a disposición de los participantes.

Luego, según lo acordado al momento de aprobar la Agenda de la presente reunión, los delegados de las Partes abordaron el tema de la red de cooperación técnica en el marco de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia. Al respecto, la Coordinadora de la Comisión Especial reiteró la solicitud de poder contar con los puntos nodales y focales de los programas identificados en el marco de la CESAM en cada país, como primer paso en el proceso de conformación de la red de cooperación técnica en el campo de la salud amazónica. El Delegado del Brasil, luego de destacar la importancia del tema, expresó que las autoridades pertinentes de las Partes deberían favorecer el intercambio de información sobre sus respectivos sistemas informáticos. Planteó como alternativa estudiar la posibilidad de establecer redes horizontales de cooperación técnica así como examinar las posibilidades de utilizar el SIAMAZ.

El Delegado de Colombia, asimismo, informó sobre la red de satélites implementada en su país que incluye información sobre las entidades gubernamentales y no gubernamentales, ofreciendo a las Partes la información que poseen.

La Delegación del Perú, luego de destacar la importancia que tiene una red en favor de la identificación de líneas comunes para el establecimiento de políticas sanitarias regionales, puso a disposición de los países la información contenida en el banco de datos que se ha implementado y que contiene información no solo asistencial sino sobre el conjunto de programas y proyectos de salud que se vienen implementando.

VI. Identificación de Nuevos Proyectos

La Delegación del Perú sometió a consideración de esta IV Reunión Ordinaria un perfil de proyecto orientado a prevenir los daños producidos por la contaminación con mercuriales que contenga los siguientes dos componentes: cómo se produce la contaminación y su incidencia sanitaria y social y la definición de políticas comunes por seguir para prevenir la contaminación.

Las delegaciones de Bolivia, Colombia, Ecuador, Brasil y Venezuela brindaron su apoyo al perfil de proyecto presentado por el Perú por la importancia y trascendencia del tema. Se encargó a la Secretaría Pro Tempore la elaboración de los términos de referencia y descripción del proyecto, debiendo éstos ser puestos a consideración de los gobiernos signatarios del Tratado por los canales correspondientes.

VII. Plan Operativo de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia

Los delegados de las Partes otorgaron por consenso su apoyo al Plan Operativo de la Comisión Especial presentado por la Secretaría Pro Tempore, encargando a la Coordinación de la CESAM, con base en los lineamientos, acciones y elementos expresados en el marco de esta IV Reunión Ordinaria, la elaboración en un plazo prudencial de una versión revisada del mismo, la que será sometida a la consideración de las Partes por los canales diplomáticos.

VIII. Consideración del Proyecto de Reglamento Tipo para las Comisiones Especiales de la Amazonia

A invitación de la Presidencia de la Reunión, la Representante de la Secretaría Pro Tempore, Primera Secretaria Cecilia Galarreta, hizo una breve presentación del proyecto de Reglamento Tipo para las Comisiones Especiales de la Amazonia, comentando sobre los antecedentes del mismo y las observaciones que habían sido formuladas por las delegaciones asistentes a las reuniones de las comisiones especiales de Medio Ambiente, Transporte, Infraestructura y Comunicaciones, Asuntos Indígenas y Ciencia y Tecnología de la Amazonia.

Sobre el particular, el Delegado del Brasil reiteró los comentarios y observaciones vertidos por su Delegación en las anteriores reuniones de las comisiones especiales, que se refieren a los artículos 1,3, 4, 5, 7 (incisos 5, 6, 8 y 1 I), 8, 12, 14, 15, 17, 18, 19 y 20. Asimismo expuso que su país consideraba como esenciales los siguientes dos aspectos: i) que los Países Parte tengan un control sobre las actividades que realicen las comisiones especiales; y ii) que las comunicaciones referidas a las actividades de las comisiones especiales se realicen exclusivamente por la vía diplomática.

El Representante de Colombia manifestó que reiteraba, asimismo, las observaciones planteadas por su Delegación en las anteriores reuniones de las comisiones especiales, las cuales coincidían en algunos aspectos con las expresadas por la Delegación del Brasil

La Secretaría Pro Tempore manifestó que había tomado debida nota de los comentarios y observaciones vertidos por las Partes, los mismos que oportunamente serán tenidos en cuenta en la propuesta revisada del Reglamento Tipo.

IX. Agenda, Lugar y Fecha Tentativa para la V Reunión Ordinaria de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia

Las delegaciones acordaron realizar tentativamente la V Reunión Ordinaria de la CESAM entre los meses de junio y julio de 1996, sugiriendo que el 11 Simposio Regional "Salud y Población Indígena de la Amazonia" debería incluir una discusión con base en las políticas sobre salud indígenas que los países están desarrollando, en forma previa a la Reunión Ordinaria de la CESAM.

La Agenda de la V Reunión Ordinaria de la CESAM se hará con base en los puntos sustantivos del Plan Operativo de la CESAM, y será sometida a consideración de los Países Parte por la Secretaría Pro Tempore.

X. Exposición del Representante de UNAMAZ

El doctor José Leite Saraiva, Representante de la Asociación de Universidades Amazónicas ante esta IV Reunión Ordinaria de la CESAM, efectuó una interesante exposición sobre las actividades desarrolladas por su Asociación, especialmente las referidas al campo de la salud y capacitación de recursos humanos.

Los delegados de las Partes agradecieron la exposición del doctor Leite Saraiva y coincidieron en destacar los vínculos ya establecidos y las promisorias perspectivas de cooperación que se abren al Tratado y a UNAMAZ, dentro del principio de la docencia, servicio e investigación y que el tema pueda ser examinado en futuras reuniones de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia.

XI. Lectura y Aprobación del Acta

Revisada la presente Acta, fue aprobada por los jefes de las delegaciones participantes, luego de lo cual se clausuró esta 1V Reunión Ordinaria de la CESAM.

Finalmente, las delegaciones asistentes unánimemente expresaron su agradecimiento a las autoridades peruanas por las muestras de hospitalidad recibidas, haciéndolo extensivo al Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, en su calidad de Secretaría Pro Tempore, a los funcionarios y personal técnico y administrativo de la Secretaría y a la Coordinadora de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia por la eficiencia y celeridad en los trabajos, aspecto que coadyuvó significativamente a los positivos resultados alcanzados. Las delegaciones destacaron, asimismo, la importancia del Boletín Informativo trimestral que edita la Secretaría Pro Tempore, como vehículo de difusión de las actividades que se realizan en el marco del Tratado.

La Presidencia y Relatoría de la Reunión, ejercidas por los jefes de Delegación del Perú y Bolivia, respectivamente recibieron un especial reconocimiento de todos los delegados.

En fe de lo cual, los jefes de las delegaciones convinieron en suscribir la presente Acta, en la ciudad de Lima, a los 7 días del mes de junio de 1995.

por Bolivia por Guyana
Dra. Eliana Dálencz
Dr. Tejpratap S.P. Tiwari

por Brasil por el Perú
Primer Secretario Paulo Fran~a
Dr. Pablo Meloni

por Colombia por Suriname
Ministro Cayo Augusto Tovar
Dr. Lesley Evert Resida

por el Ecuador por Venezuela
Ministro Alejandro Suárez
Dr. Elbano Pieruzzi

ANEXO 1

LISTA DE PARTICIPANTES

1. PAÍSES PARTE DEL TCA

BOLIVIA

Dra. Ma. Eliana Dálencz Echeverría Jefa Nacional de Relaciones Internacionales Dirección de Planificación, Evaluación, Proyectos y Relaciones Internacionales Secretaría Nacional de Salud Plaza del Estudiante s/n La Paz, Bolivia Tel: (5912) 375472/375474 Fax: (5912) 390836
Consejero Guillermo Romero Jemio Embajada de Bolivia en el Perú Los Castaños, 235, San Isidro Lima 27, Perú Tel: (51 1) 442 3836/440 2298 Fax: (51 1) 440 2095

BRASIL

Primer Secretario Paulo Roberto Fran~a Embajada del Brasil en el Perú Av. Comandante Espinar 181, Miraflores Lima 18, Perú Tel: (51 1) 421 5660 Fax: (51 1) 445 2421
Dra. Mónica Teixeira Braga Jefa de la División de Proyectos, Asesoría de Asuntos Especiales de Salud Ministerio de Salud Esplanada dos Ministérios 6º Andar, Sala 630 Brasilia Tel: (55 61) 224 5797/315 2138 Fax: (55 61) 315 2147
Dra. Maria Luiza Pereira Garnelo Coordinadora de Salud Indígena/Amazonas Ministerio de Salud Rua Oswaldo Cruz s/n Bairro de Glória Manaus, Amazonas, Brasil Tel: (55 92) 671 1010, ramal 142 Fax: (55 92) 671 1221

COLOMBIA

Ministro Consejero Cayo Augusto Tovar Sánchez Embajada de Colombia en el Perú Natalio Sánchez 125, piso 4to, Santa Beatriz Lirna, Perú Tel: (51 1) 433 8922/433 8923 Fax: (51 1) 433 9660
Dr. Gonzalo Gustavo Leal Páez Secretario Privado del Ministro de Salud Ministerio de Salud Carrera 13, 32-76, piso 23, Santafé de Bogotá, Colombia Tel: (57 1) 336 0190/336 0183 Fax: (57 1) 336 0296

ECUADOR

Ministro Alejandro Suárez Pasquel Embajada de Ecuador en el Perú Las Palmeras 356, San Isidro Lima 27, Perú Tel: (51 1) 440 9991/440 9941/441 0096 Fax: (51 1) 441 1144
Lic. Lenin Alfredo Cevallos Cabanilla Asesor del Despacho Ministerial Ministerio de Salud Pública Juan Larrea N° 444 y Riofrío Quito, Ecuador Tel: (593 2) 507586 Fax: (593 2) 569786

GUYANA

Dr. Tejpratap S.P. Tiwari Director de Enfermedades Transmisibles Ministerio de Salud 11 Brickdam Georgetown, Guyana Tel: (592 2) 65164 Fax: (592 2) 65164

PERÚ

Dr. Pablo Meloni Navarro Director General Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa Ministerio de Salud Av. Salaverry, cuadra 8, Jesús María Lima - Perú Tel: (51 1) 432 3794 Fax: (51 1) 432 3794
Ministerio Consejero Vicente Rojas Escalante Director de América de Sur Ministerio de Relaciones Exteriores Jr. Lampa 545 Lima 1, Perú Tel: (51 1) 427 3860 Fax: (51 1) 426 7170
Primera Secretaria Gloria Olivares de Garro Jefa del Departamento Brasil y Tratado de Cooperación Amazónica Ministerio de Relaciones Exteriores Jr. Lampa 545 Lima 1, Perú Tel: (51 1) 427 3860 Fax: (51 1) 426 7170
Arq. Hernán Alfredo Roig Arosemena Director de Programación y Evaluación Oficina de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa Ministerio de Salud Av. Salaverry, cuadra 8, Jesús María Lima, Perú Tel: (51 1) 432 3794 Fax: (51 1) 431 6665
Dr. Jaime Gustavo Calmet Búhme Asesor Oficina de Financiamiento Inversiones y Cooperación Externa Ministerio de Salud Av. Salaverry, cuadra 8, Jesús María Lima, Perú Tel: (51 1) 424 2896 Fax: (51 1) 4316665
Ing. Jorge Alberto Villena Chávez Director General Dirección General de Salud Ambiental Ministerio de Salud Las Amapolas 350, Lince Lima, Perú Tel: (51 1) 422 1987 Fax: (51 1) 422 1987

Yadira Rosa Jiménez Arrunátegui Dirección Ejecutiva de Gestión Técnica Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa Ministerio de Salud Av. Salaverry, cdra. 8, Jesús María Lima, Perú Tel: (51 1) 432 3794 Fax: (51 1) 431 6665

Eco. Ana María González del Valle Begazo Directora Ejecutiva de Ecología y Medio Ambiente Dirección General de Salud Ambiental - DIGESA Ministerio de Salud Las Amapolas 350, Lince, Lima, Perú Tel: (51 1) 442 8353 / 442 8356 Fax: (51 1) 440 0399

Alejandro Gálvez Carpio Secretario Técnico Región Moquegua - Tacria - Puno Deustua 439 Puno, Perú Tel: (5154) 352620 Fax: (5154) 353620

Carmela Chung Echevarría Instituto de Manejo de Agua y Medio Ambiente - IMA Av. Pedro Vilcapaza 332, Wanchaq, Cusco, Perú Tel: (51 84) 221971 Fax: (51 84) 225037

PERU - S P T

Embajador Jorge Voto Bernales Gatica Secretario Pro Tempore

Ministro Consejero Manuel E. Picasso Botto Director de Coordinación SPT/ TCA

Lic. Cecilia Galarreta Bazán Primera Secretaria

Dra. Ruth Jerónimo Zacarías Coordinadora Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM)

Eco. María Julia Guzmán Coordinadora Comisión Especial de Transporte, Infraestructura y Comunicaciones de la Amazonia (CETICAM)

Eco. Alfredo Rondón Castro Coordinador Comisión Especial de Ciencia y Tecnología de la Amazonia (CECTA)

SURINAME

Dr. Lesley Evert Resida Despacho de Salud Pública Ministerio de Salud Gravenstraat 68 P.O. Box 767, Paramaribo Suriname Tel: (59 7) 472923 Fax: (59 7) 410702

VENEZUELA

Dr. Elbano Pieruzzi Sánchez Director General Sectorial de Salud Pública Internacional Centro Simón Bolívar M.S.A.S. Edificio Sur, Piso 9, Ofic. 921 Salud Pública Internacional Caracas, Venezuela Tel: (58 2) 482 7146 Fax: (58 2) 482 7146/483 3371

Segundo Secretario Francisca Cadenas Linares Embajada de Venezuela en el Perú Av. Arequipa 298 Lima, Perú Tel: (51 1) 433 4511 Fax: (51 1) 433 1191

2. ORGANISMOS INTERNACIONALES

Dr. Vicente Brackelaire Coordinador del Programa UE-TCA Av. Prolongación Primavera 654 Lima 33, Perú Tel: (51 1) 438 9658/438 9662/438 9664 Fax: (51 1) 449 8718

Dr. José Leite Saraiva Representante de UNAMAZ Av. Conselheiro Furtado, 2007, Crémação, Caixa Postal, 558 - CEP 66040 - 100 Belén, Pará, Brasil Tel: (55 91) 224 3641/224 2645 Fax: (55 91) 224 2055

3. PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SPT / TCA

Sr. Carlos M. Rornán (SPT/TCA) Sr. Enrique Elías (SPT/TCA) Sra. Rosa Lemoine (UE/TCA) Sra. Giuliana Airaldi (SPT/TCA) Sra. Cristina de Vega (Intérprete/Traductora)

COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA (CESAM)

Antecedentes constitutivos, actas y anexos de las reuniones

TRATADO

**·
DE COOPERACION**

**·
AMAZONICA**

PRESENTACION


Teniendo como antecedente la Declaración de Santiago de Café del 8 de diciembre de 1983, se creó la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM) el 18 de marzo de 1988, en la IV Reunión Ordinaria del Consejo de Cooperación Amazónica (CCA), realizada en Brasilia, Brasil.

Como órgano de coordinación sectorial del CCA en el campo de la salud, la finalidad de la CESAM responde a la necesidad de promover la coordinación de los servicios de salud en la Amazonia y adoptar aquellas iniciativas aconsejables con miras a mejorar las condiciones sanitarias de la región.

En la elaboración del presente documento «Antecedentes Constitutivos, Actas y Anexos de las Reuniones Ordinarias de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia», se ha recopilado la información existente sobre las cuatro reuniones ordinarias, realizadas hasta la fecha, en el marco de la CESAM. La primera en Bogotá, 1988; la segunda y la tercera en Quito, 1991 y 1993; y la cuarta en Lima, 1995.

Esta publicación servirá como un valioso instrumento de consulta y orientación a los gobiernos, instituciones públicas y privadas, organizaciones internacionales, profesionales y, en general, a todas las personas interesadas en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la Amazonia.

De esta manera, la Secretaría Pro Tempore del Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) cumple con dar amplia difusión a los documentos que sustentan las actividades que se ejecutan en el contexto de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia (CESAM).
Lima, febrero de 1997



Jorge Voto Bernales
Secretaría Pro tempore

INDICE

COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA(CESAM)

Acta Constitutiva

I REUNIÓN ORDINARIA DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

Acta Final 3

Anexo 4

Reglamento de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia 8

Anexo 7

Estrategias Mínimas para las Seis Grandes Áreas Programáticas 11

Anexo 8

Programa de Trabajo de la Secretaría Ejecutiva 13

Anexo 9

Plan de Trabajo de la Comisión Especial de Salud de la Amazonia 1989 14

Anexo 10

Cronograma de Reuniones Bilaterales y/o Fronterizas 1989 14

Anexo 11

Comunicación del Representante de UNICEF en el Brasil 15

II REUNIÓN ORDINARIA DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

Acta Final 17

Anexo 1

Lista de Participantes 23

Anexo 2

Discurso del Doctor Guillermo Troya 26

Anexo 3

Palabras del Ing. Luis Carrera de la Torre, Secretario Pro Tempore del TCA 28

Anexo 4

Discurso del Doctor Julio Larrea, Subsecretario de Salud 30

Anexo 5

Discurso del Embajador Juan Salazar, Subsecretario de Asuntos Multilaterales del Ministerio de Relaciones Exteriores 32

Anexo 6

Relación de Labores del Secretario Ejecutivo de la CESAM 34

Anexo 7

Propuesta de Programas y Proyectos 38

CESAM: Antecedentes constitutivos, actas y anexos

Anexo 8

Lucha Contra el Cólera 48

Anexo 9

Conformación de Redes Regionales de Cooperación Técnica 49

Anexo 12.2

Paquetes Integrales de Atención a Asentamientos Humanos en Países de la Cuenca Amazónica - Fase 1 52

Anexo 13

Proyecto de Cooperación e Integración en Desastres para los Países Miembros del Tratado de Cooperación Amazónica 53

Anexo 14

Medicina Tradicional en la Región Amazónica 55

Anexo 14.1

Preparación de un Repertorio Bibliográfico sobre la Medicina Tradicional en la Región Amazónica 67

Anexo 14.2

Inventarios Etnobotánicos Regionales 76

Anexo 14.3

Estudio de las Plantas Empleadas en la Medicina Tradicional Amazónica: Preparación de Galénicos e Identificación Preliminar de la Actividad Farmacológica 79

Anexo 14.4.
Rol del Shamanismo y las Drogas Alucinógenas en la
Cultura de las Comunidades Indígenas de la Amazonia 81
Anexo 14.5
Atención Primaria de Salud y Comunidades Indígenas de la Amazonia 84
Anexo 15
Atención Primaria de Salud y Desarrollo Sostenido para Madres
y Niños de la Región Amazónica 89
Anexo 16
Red de Alerta Temprana para el Manejo de la Contaminación y
los Accidentes con Sustancias Peligrosas en la Cuenca Amazónica 103
Anexo 17
Plan de trabajo de la Secretaría Ejecutiva de la CESAM
para el Bienio 1991 - 1992 105

III REUNION ORDINARIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA

Acta Final 107
Anexo 1
Lista de Participantes 117

IV REUNIÓN ORDINARIA DE LA COMISION ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA.

Acta Final 119
Anexo 1
Lista de Participantes 127
COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD DE LA AMAZONIA (CESAM)
Antecedentes constitutivos, actas y anexos de las reuniones
Coordinación General de la Publicación
Manuel Picasso Botto Secretario Pro Tempore Adjunto
Antonio García Revilla Departamento de Coordinación
Carlos Yáñez Coordinador CESAM
Fanny de la Torre Publicaciones
Colaboradores
Alexis Paul Aquino A. Claudia Giuliana Betalleluz O. Sandra Angélica Pinto La Fuente Marita Angélica Puertas P.
Compilación Fanny de la Torre
Edición y Diseño Fanny de la Torre
Diagramación e Impresión Australis S. A.
Carátula Australis S. A.