



PUEBLOS INDÍGENAS

DRAFT. ENERO 2007



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

COLABORADORES

- Juan Carlos Bossio, OPS.
- Karina Gil Loayza, Ministerio de Salud de Perú.
- Martha Beltrán, Colombia.
- Rocío Rojas, OPS.
- Chris Drasbek, OPS-WDC.
- Rafael Obregón, OPS-WDC.
- Miguel Dávila, OPS-Perú.
- Martha Mejía, OPS-Bolivia
- Renato Gusmao, OPS-Venezuela
- José Ruales, OPS-Colombia
- Sandra Land, OPS-WDC
- César Gattini, OPS-Barbados
- José Luis Di Fabio, OPS-WDC
- Gloria Coe, Ex-OPS-WDC (retired)
- José Yáñez del Pozo, Antropólogo, Profesor Asociado FLACSO-Ecuador
- Doris Hill, Indígena Kuna, Ministerio de Salud de Panamá
- Miriam Conejo, Indígena Kechwa, Jambi-Huasi, Ecuador
- Alberto Pucuna, Indígena Kechwa, Ministerio de Salud, Ecuador

INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas, la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes (OPS, 2002). Ningún análisis de las condiciones de vida y salud puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe del continente.

Los promedios regionales ocultan las diferencias existentes entre los sectores poblacionales dentro de los países, sea agrupándolos por su ubicación geográfica, raza, grupo étnico o nivel de ingresos. La información disponible sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas no proviene de fuentes homogéneas, por lo que los datos disponibles no siempre son completos, ni actualizados, ni pueden ser comparados entre sí. Pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia y menos aún, presentan datos desagregados por etnia y género.

De ahí que es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas. Sin embargo, existen datos que ilustran la inequidad que afecta a los niños indígenas en las Américas, agravada por los altos índices de pobreza, analfabetismo, desempleo y falta de oportunidades en que se desenvuelven sus familias y comunidades.

La heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos indígenas determina la necesidad de identificar formas innovadoras en la atención de salud, en lugar de adoptar un solo programa o modelo de atención. La introducción de este nuevo componente responde a esa necesidad y contribuye a proporcionar orientaciones al personal de salud responsable de la atención de los niños indígenas en los países de la región.

Este capítulo, a diferencia de los anteriores, no trae un módulo de capacitación oficial que se pueda generalizar para la utilización de AIEPI en comunidades indígenas. Como se mencionó previamente, es tal la heterogeneidad étnica y cultural que es imposible generalizar. Aquí usted encontrará una propuesta para incorporar un enfoque intercultural de salud en la estrategia AIEPI, ejemplos de las grandes diferencias existentes, razones para no poder generalizar la atención en salud y orientaciones sobre cómo integrar el enfoque intercultural.

Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Estrategia AIEPI

**INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS**

**Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria**

2005



**Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria**

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.
Tel: (202) 974-3881
Fax: (202) 974-3331
Internet: www.paho.org
E-mail: benguigy@paho.org

Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Estrategia AIEPI

Una Propuesta Interprogramática

Contexto

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) elaborada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para reducir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de cinco años y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y en el hogar, forma parte de las estrategias dirigidas a reducir la inequidad en la región¹.

La Región de las Américas es un universo heterogéneo en cuanto a sus aspectos económicos, sociales y culturales. La población de la mayoría de los países de la región tiene un carácter multicultural, pluriétnico y plurilingüe. Entre estas varias culturas y etnias están los pueblos indígenas cuya población asciende a 43 millones de personas, pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes. Constituyen el 6% de los habitantes del continente y conforman el 24% de la población rural de América Latina. La migración del campo a la ciudad en condiciones precarias ha determinado que los indígenas urbanos estén entre los grupos que ocupan los cinturones de pobreza de las ciudades.

Niños y madres indígenas

El perfil de mortalidad y morbilidad de la población indígena es similar al de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, sin embargo sus consecuencias se ven agravadas por los altos índices de pobreza, analfabetismo, migración y desocupación². La inequidad en la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios básicos en las zonas de población indígena, es evidente³. La ubicación predominantemente rural de estos

¹ Documento presentado a la 31a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo,

² Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*. Edición 1998. VolII. Publicación Científica No 569. Washington, DC. OPS, 1998

³ Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. Informes sobre el análisis de la situación de los pueblos indígenas de Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú,

pueblos y la falta de consideración a los aspectos culturales en la organización y provisión de servicios condiciona la baja cobertura y accesibilidad a la atención proporcionada por el gobierno por parte de esta población⁴.

De las cifras disponibles en cuanto a morbilidad y mortalidad que afecta a los pueblos indígenas y dentro de ellos particularmente a los niños y a las madres, se plantea que éstas solo reflejan el promedio nacional, ocultando marcadas diferencias que existen entre los distintos grupos de población, ya sea ubicándolos por su localización geográfica, por su raza o por su condición de ingreso⁵⁶.

En la Región de las Américas, medio millón de niños menores de 5 años mueren cada año víctimas de la diarrea (20,3%), neumonía (21%), desnutrición (19,0%), septicemia (4,0%), sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunación (2,2%), meningitis (2,5%), malaria (0,6%). La mayoría de estas muertes podría ser evitada⁷. En el caso de los niños indígenas, aunque no se disponen de datos desglosados por etnia, podemos afirmar que muchos forman parte de los datos presentados anteriormente.

El cuadro #1 muestra con datos de 1992 la proporción de la población indígena en los países de la región, las tasas nacionales de mortalidad infantil en 1997 y las tasas de mortalidad materna reportadas en el último año disponible del período 1992-1997 de acuerdo al país.

Venezuela. Washington, DC: OPS; 1997. Inéditos

⁴ Informes sobre la III Evaluación de las Metas de Salud para Todos en el Año 2000 varios países (Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela)

⁵ Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*. Edición 1998. VolII. Publicación Científica No 569. Washington, DC. OPS, 1998

⁶ Estrategia AIEPI: Documento presentado a la 31a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo,

⁷ Evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI, OPS/OMS, 1997

Cuadro#1 Población indígena estimada, por país alrededor de 1992 Tasas de mortalidad infantil (nacional) 1997; mortalidad materna 1992-97 uad⁸					
País	Población Indígena (millones)	% de la Población nacional	Infantil (1.000nv)	< 5a (1.000 nv)	Mortalidad materna (100.000 nv.)
Bolivia	4,9	71	59,0	81,0	390
Guatemala	5,3	66	37,7	62	190
Perú	9,3	47	43,0	68,0	265
Ecuador	4,1	43	39,4	48,3	159
Belice	0,029	19	26,0	31,1	139
Honduras	0,70	15	42,0	53,0	148
México	12,0	14	23,4	28,0	48
Chile	1,0	8	13,0	14,8	25
El Salvador	0,4	7	40,0	10,5	60
Guyana	0,045	6	32,0	39,0	172
Panamá	0,14	6	16,1	21,1	84
Suriname	0,03	6	25,1	8,7	112
Nicaragua	0,16	5	47,0	66,0	124
Guayana Francesa	0,004	4	20,0	23,0	...
Paraguay	0,10	3	36,0	47,0	123
Colombia	0,60	2	24,0	29,6	87
Venezuela	0,40	2	22,0	25,0	56
Jamaica	0,048	2	24,5	19,6	100
Canadá	0,35	1	5,6	6,9	5
Costa Rica	0,03	1	11,8	27,3	29
Argentina	0,35	1	20,9	24,3	44
Estados Unidos	1,6	0,65	7,0	8,9	8
Brasil	0,3	0,20	39,8	44,2	114

Fuentes: Banco Interamericano de Desarrollo, Proyecto Preliminar para la Creación del Fondo de Desarrollo para los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Washington, DC, 1991; Instituto Indigenista Interamericano, Banco de Datos, México, 1992, en OPS/OMS, SILOS-34, 1993. Fuente: Tasas nacionales. OPS/OMS. Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de salud y Desarrollo Humano. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1998.*

En el cuadro #2 se presenta algunos ejemplos específicos de la inequidad que afecta a los niños y madres indígenas en varias comunidades.

(a) Cuadro#2: Tasas de mortalidad				
(b) Población nacional v/s comunidades indígenas específicas				
(c)	Mortalidad Infantil (1.000 nv.)		Mortalidad Materna (100.000 nv.)	
	(d) P a í s	(e) N a c i o n a l⁹	Comunidad Indígena	Nacional Comunidad Indígena
	Bolivia	59,0	96,0 ¹⁰	390 591 ¹¹
	Ecuador	39,4	64,5 ¹²	159 210 ¹³
	Guatemala	37,7	77,0 ¹⁴	190 426 ¹⁵
	Honduras	42,0	60,0 ¹⁶	148 220 ¹⁷
	México	23,4	29,89 ¹⁸	48 (*) ¹⁹
	Perú	43,0	52,0 ²⁰	265 (*) ²¹
	Venezuela	22,0	50,3 ²²	56 147 ²³

⁹ Fuente: Tasas nacionales. OPS/OMS. Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de salud y Desarrollo Humano. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1998.*

¹⁰ Situación de salud de los pueblos indígenas de Bolivia. Mortalidad infantil en el Altiplano, zona de asentamiento del pueblo quechua y ayamara de Bolivia.

¹¹ Idem Bolivia. Mortalidad materna en el Altiplano, zona de asentamiento del pueblo quechua y ayamara de Bolivia.

¹² Escobar L. Población Salud y Enfermedad en las Comunidades Shuar-Achuar de la Provincia de Morona Santiago. Roma. 1993

¹³ Idem Ecuador. Mortalidad materna en la Provincia del Chimborazo zona de asentamiento del pueblo quichua.

¹⁴ Situación de salud de los pueblos indígenas de Guatemala. Mortalidad infantil en la población indígena

¹⁵ Idem Guatemala. Mortalidad materna en Alta Verapaz, población mayoritariamente indígena Zelaya, O. Informe de actividades de salud con la población indígena Lenca. Honduras, 1996

¹⁶ Idem Honduras. Mortalidad materna en el pueblo Lenca, 1993

¹⁷ Fuente: Secretaría de Salud. Institutp Nacional Indifenista 1993. La Salud de los Pueblos Indígenas en México. SSA-INI México, D.F.

¹⁸ (*) En el municipio de Chenalhoa, México, zona predominantemente indígena en los Altos de Chiapas, la mortalidad materna ocupa el segundo lugar como causa de defunción.

¹⁹ Mortalidad infantil de la selva peruana. ENDES 1996

²⁰ (*) Idem Perú. Las altas tasas de fecundidad en la población indígena de la amazonía peruana están ligadas a altas tasas de mortalidad materna e infantil.

²¹ Mortalidad infantil en el Estado Amazonas. Fuente: MSAS 1997. Dirección de Salud Estado Amazonas. Enero-junio 1997. Amazonas, Zulia, Delta Amacuro, Bolívar son los Estados donde la población indígena está

En los datos expuestos, se pueden observar las brechas de inequidad entre los países y dentro de ellos. La tasa de mortalidad infantil reportada para las poblaciones mayoritariamente indígenas del altiplano boliviano (96,0 x 1.000 nv.) y la tasa de mortalidad materna en Alta Verapaz (426 x 100.000 nv.) superan a todas las cifras indicadas por los países a nivel nacional y muestran la gravedad de las condiciones en que nacen y se desenvuelven los niños y las madres indígenas.

Enfoque intercultural de la salud

Para fines de este documento, el concepto de interculturalidad será entendido como un proceso social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, ético, lingüístico, género y generacional. Al aplicarlo a la salud, el concepto de interculturalidad supone un trabajo intra e intersectorial encaminado al bienestar integral del individuo y la comunidad.

Relevancia

La propuesta contribuye al cumplimiento de los compromisos de la Organización y de los Gobiernos Miembros de la OPS con los pueblos de la Región (*Misión de la OPS, Orientaciones Estratégicas y Programáticas, principios rectores de la Reforma Sectorial*), particularmente con los pueblos indígenas (*Resolución CD37.R5 y Resolución CD40.R6*) y forma parte de las estrategias para el logro de las metas fijadas por la Cumbre Mundial de la Infancia.

Respuesta de los países

Varios de los países de la región han expresado su inquietud por el deterioro de las condiciones de vida y salud, especialmente de algunos sectores de la población y entre ellos, los pueblos indígenas. De igual manera, la obligación de operacionalizar el abordaje integral de la salud y la necesidad de adaptar los diferentes componentes de los sistemas y servicios de atención de la salud al perfil de la población, beneficiaria en el marco del cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sector salud.

Desde los diferentes sectores contactados en el proceso de la implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (ministerios de salud, sector académico, organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales, representaciones de OPS/OMS), se ha explicitado la preocupación por los diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) que condicionan el bajo acceso²⁴ y utilización de la población urbano marginal y especialmente rural, de los servicios

mayoritariamente concentrada.

²³ Idem Venezuela. Mortalidad materna en los municipios indígenas del Estado de Zulia, 1997

²⁴ En cuanto al *acceso*, la definición disponible se refiere en términos de acceso geográfico: la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a 1 hora. Sin embargo, creemos necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

públicos de salud. Varios son los países donde existen individuos capacitados y experiencias en la incorporación del enfoque intercultural de la salud tanto en la formación y desarrollo de recursos humanos como en los modelos de atención. Estos constituyen un insumo importante en la ejecución de esta propuesta.

Estrategias

Las estrategias identificadas enfatizan el trabajo en las siguientes áreas:

Detección, vigilancia y eliminación de las inequidades, particularmente las que afectan los pueblos indígenas.

Desarrollo de la investigación operativa.

Desarrollo de una masa crítica de recursos humanos.

Fortalecimiento del componente comunitario.

Coordinación interprogramática, intra e intersectorial.

Detección, vigilancia y eliminación de las inequidades, particularmente las que afectan los pueblos indígenas.

La compleja problemática que aqueja a los pueblos indígenas urge un trabajo conjunto tanto intrainstitucional como interinstitucional. El desafío principal que afronta el sector salud es superar la inequidad que se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la población que a su vez son un reflejo de las inequidades sociales y económicas que predominan actualmente en la región (OEP 1995-1998). Por su parte, el reto que tiene la Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud es de acompañar estos procesos en diferentes contextos, muchos de los cuales tienen un carácter multicultural, multiétnico y plurilingüe. En cada país, será necesario trazar el perfil y las características de la inequidad en diferentes grupos de población y zonas geográficas (sexo, grupo étnico, ingreso, lugar de residencia, grado de instrucción, etc), con el fin de determinar las medidas que deben adoptarse para eliminarla.

2. Desarrollo de la investigación operativa

El mejoramiento en la calidad de la atención se plantea a través de la generación y consolidación de mecanismos de retroalimentación, donde la investigación recobre su papel de crítica continua de las prácticas habituales, confrontando las mismas con los resultados concretos que se logran sobre el problema que se trata de abordar. De igual manera, apoyará la incorporación no solo de los aspectos culturales específicos de cada comunidad respecto de las enfermedades y problemas de salud tratados por la estrategia AIEPI sino sobre la concepción general del proceso de salud-enfermedad²⁵. La búsqueda de la complementación, desarrollo y fortalecimiento de diferentes estrategias que confluyan al establecimiento de sistemas nacionales acordes con las características de la población beneficiaria, se presenta como una alternativa válida para mejorar la salud de la población indígena y no indígena.

3. Desarrollo de una masa crítica de recursos humanos

La operacionalización del enfoque intercultural de la salud supone el apoyo a los países de la región para desarrollar una masa crítica de recursos humanos que se constituyan en el recurso técnico. Por ejemplo: a) en la formulación de políticas y programas de formación y capacitación que consideren la variable de etnia; b) en la construcción de una base de datos e indicadores que, tomando en cuenta los condicionantes que tienen que ver con el carácter multicultural de la población, demuestren la inequidad en el estado de salud, en el acceso y en la cobertura de los servicios de salud; c) en la elaboración de materiales de información

²⁵

Evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI, OPS/OMS, 1997

y didácticos accesibles tanto al personal de salud como a la comunidad c) en la incorporación de las potencialidades de la medicina tradicional en los modelos de atención. Esto implica la inclusión y/o fortalecimiento de las diferentes áreas de la salud pública en la formación y desarrollo de recursos humanos.

4. Fortalecimiento del componente comunitario

El fortalecimiento del componente comunitario dentro de la aplicación de la estrategia AIEPI, representa una importante línea de trabajo. Mecanismos continuos de información desde los sistemas de salud deberán establecerse para que la población tenga acceso a los conocimientos que le permitan confrontar sus prácticas actuales con las recomendaciones y adoptar los hábitos de vida más compatibles con su cultura y que produzcan un mayor beneficio en la salud del niño²⁶.

5. Coordinación interprogramática, intra e intersectorial

La coordinación interdivisional e interprogramática al interior de la OPS y el trabajo intra e intersectorial se presenta como un mecanismo fundamental en la implementación del abordaje integral de la salud que tome en cuenta las particularidades y potencialidades de todos los pueblos.

Objetivos

Si bien hacemos mención y reconocemos la importancia de todas las variables que dificultan el acceso real de la población a la atención de salud, la presente propuesta²⁷ enfatiza en las barreras culturales e identifica algunas pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia para contribuir a los objetivos fundamentales de AIEPI:

- Reducir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de cinco años.
- Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y en el hogar.

²⁶ Evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI, OPS/OMS, 1997

²⁷ La presente propuesta se basa en la revisión de los documentos de la Estrategia AIEPI, en la información obtenida durante el I Curso Clínico de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (18-31 de octubre de 1998 en Barquisimeto, Venezuela) y en la información obtenida en las misiones de Cooperación Técnica a los países de la I, II y III fases de la Iniciativa y en la experiencia en la implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Fase I: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá; Fase II: Guatemala, México, Perú; Fase III: Argentina, Brasil, Paraguay.

Actores

- Personal directivo y ejecutivo de las instancias gubernamentales.
- Personal directivo y ejecutivo de los servicios de salud.
- Personal directivo, administrativo y docente de las instituciones académicas.
- Población y líderes formales e informales de la sociedad civil, particularmente de la población localizada en las zonas rurales y urbanas marginales.
- Personal directivo y ejecutivo de las organizaciones no gubernamentales.
- Personal ejecutivo y directivo de las agencias de cooperación internacional.
- Parlamentarios integrantes de los parlamentos regionales y nacionales.
- Personal de las divisiones y programas de OPS.

Pautas

Las pautas identificadas enfatizan los siguientes aspectos:

1. Generación y mejoramiento de la información respecto a la población indígena, particularmente los datos referentes a los niños y madres.
2. Priorización de zonas urbano marginales y rurales en las agendas políticas y planes de acción.
3. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la capacitación y desarrollo de los recursos humanos y en los modelos de atención.
4. Implementación del abordaje integral de la salud.
5. Análisis de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario.
6. Fortalecimiento de la salud pública en las escuelas de ciencias de la salud.

Información

La información sobre el perfil demográfico, el perfil epidemiológico y las variables socioeconómicas y culturales tiene fundamental importancia en la formulación de políticas y en el establecimiento de prioridades en las agendas de los gobiernos. Justamente, la falta de información sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas ha determinado su exclusión de la mayoría de las políticas, planes y programas. Por lo tanto, la variable de etnia ligada a la de género debe ser incorporada en los sistemas de información. Esto podrá llevarse a cabo a través de:

- La promoción de procesos de sensibilización entre el personal de las instancias gubernamentales de los niveles de decisión y ejecución.
- El trabajo coordinado entre los institutos de estadística y censos, las instituciones académicas, los parlamentos regionales y nacionales y las instituciones de cooperación técnica.
- La capacitación de los recursos humanos encargados de los sistemas de información en etnoepidemiología.

- La capacitación de los recursos humanos locales y su incorporación como parte del equipo encargado de la recopilación y organización de información.

Priorización

Si la meta de los estados miembros de la OPS y de la misma organización es el logro de la equidad y si las poblaciones en riesgo se encuentran en las zonas urbanas marginales y rurales de los países, es fundamental dirigir los esfuerzos a la atención de estos grupos poblacionales. El mejoramiento de los indicadores en la población infantil de estos sectores de la población permitirá mostrar el impacto de la estrategia AIEPI en el logro de la equidad. Esto supone:

- En el marco de los procesos de reforma del sector, promover procesos de sensibilización que faciliten la implementación de la estrategia AIEPI en las zonas urbano marginales y rurales de los países de la Región de las Américas.
- **La priorización de esta franja poblacional en las agendas políticas de los gobiernos**
- La realización de diagnósticos y análisis de la situación y particularidades de los niños y madres de estas zonas.
- El establecimiento de una línea de base.
- La formulación de indicadores de impacto y evaluación.
- La capacitación en la estrategia AIEPI de los recursos humanos que trabajan en estas zonas como parte de un plan de acción que establezca metas a corto, mediano y largo plazo.

Incorporación del enfoque intercultural de la salud y promoción del conocimiento indígena

La población indígena no es una población hermética sino que se halla formando parte de la dinámica de la región. En las zonas rurales, 27% de la población es indígena y la migración del campo a la ciudad en condiciones precarias ha determinado que se hallen formando parte de los cinturones urbanos de pobreza. Si bien esta población comparte varias de las características de los sectores socioeconómicos más desfavorecidos, su estilo de vida, sistemas de creencias, valores, organización del tiempo y del espacio, su organización social responden a una cosmovisión específica. Las respuestas que estas culturas han generado a problemas fundamentales se han dado dentro de sus procesos de desarrollo histórico y no sólo obedecen a dinámicas internas sino a condicionamientos externos. En cuanto al mantenimiento y restauración de la salud, sus conocimientos establecen categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica, y el ámbito geográfico/naturaleza en el que se desenvuelve cada cultura. La reducción de la mortalidad y morbilidad en los niños indígenas y el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud y en el hogar supone:

- La incorporación del abordaje intercultural de la salud como una transversal que cruce tanto el contenido como la metodología de enseñanza de la Estrategia AIEPI. Es decir la incorporación de conocimientos sobre la historia de estos pueblos, la organización social, la cultura, su cosmovisión y sobre las variables sociales, económicas y políticas que influyen en el bienestar de estos pueblos.
- La incorporación de análisis socio-económico y cultural darán el contexto a los algoritmos seleccionados y permitirán la identificación de indicadores de impacto para la evaluación de la Estrategia. De igual manera, estos análisis facilitarán la generación de metodología adecuada para la enseñanza de la estrategia y la identificación de áreas críticas que merecen ser profundizadas y/o investigadas.

- El mejor conocimiento, la promoción y el desarrollo de las estrategias y recursos locales/comunitarios determinarán la sostenibilidad de las acciones que propone la estrategia AIEPI.
- La recuperación, incorporación, difusión e intercambio del conocimiento de la comunidad dentro de las propuestas de solución que plantea la estrategia (plantas medicinales, recuperación de especies y alimentos nativos, conservación del medio ambiente, etc.) determinará la compatibilidad de las propuestas de diagnóstico y solución que la estrategia plantea, con los recursos disponibles localmente.
- Si bien el rol de la madre como cuidadora principal del niño debe ser enfatizado, en muchas comunidades indígenas la responsabilidad del cuidado del niño se comparte con otras personas sean integrantes de la familia extendida como de la comunidad en general. Es importante incluir la figura de estas personas y de la comunidad también como responsables de la salud de los niños.
- La generación de conocimiento a través de la investigación operativa y la sistematización de experiencias nacionales/locales/comunitarias apoyará la identificación de soluciones específicas a problemas específicos.

Abordaje integral de la salud

El abordaje integral de la salud supone el trabajo conjunto tanto como intrasectorial como intersectorial y multidisciplinario. Por lo cual, es fundamental:

- Promover procesos intrainstitucionales e intersectoriales que apoyen el intercambio de experiencias y generación de conocimiento y metodología para el tratamiento integral de la salud y la incorporación del abordaje intercultural de la salud en la estrategia AIEPI.
- Incorporación de los centros académicos y sus múltiples disciplinas a los procesos de atención de la salud de la población.

Análisis de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario

Los problemas relacionados con las barreras culturales obstruyen el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población. En la organización y provisión de éstos no se han tomado en cuenta las diferencias culturales en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo. Sumado a eso, están la presencia de estereotipos negativos que califican a ciertas culturas y condicionan el maltrato y la marginación de las mismas.

- La evaluación y el impacto de la calidad de la atención: es importante incluir aspectos que determinen la incorporación de variables de calidad de la atención de la salud, desde la perspectiva del usuario. Esta es una categoría que merece ser explorada y explotada. La construcción de una matriz de evaluación del desempeño del personal en general y en relación con su sensibilización y comprensión del contexto sociocultural.
- La capacidad resolutoria de la medicina tradicional indígena todavía no ha sido reconocida en los sistemas de salud oficiales: en cuanto a los proveedores de salud, es importante tomar en cuenta que para muchas poblaciones, la medicina indígena y sus terapeutas son la única opción permanente, en la atención de su salud.

Desarrollo comunitario

La operacionalización del enfoque intercultural de la salud en el contexto del desarrollo comunitario constituyen un reto para el profesional de la salud que, en su mayoría, ha sido preparado bajo el enfoque biomédico orientado principalmente para ejercer una labor práctica dentro de un componente asistencial de prestación de servicios. En este caso, sus

funciones incluirían las áreas de gestión y gerencia, promoción del desarrollo comunal y la participación comunitaria, capacitación de recursos humanos, elaboración de materiales didácticos e informativos, investigación de la realidad local de salud, análisis epidemiológico y bioestadístico. Es decir áreas del dominio de la salud pública. Por lo cual, el impulso de AIEPI en este campo y la incorporación de este entrenamiento entre los recursos humanos de pre y postgrado apoyaría el fortalecimiento de la salud pública en la Región.

Formulación de políticas

Cada uno de los enunciados anteriores, tendrá resultados duraderos si se transforman en insumos para la formulación de políticas debidamente financiadas que beneficien a toda la población de la región, particularmente a la población indígena.

SALUD DE LOS NIÑOS INDÍGENAS

**Incorporación del
Enfoque Intercultural de
Salud en los Contenidos
y Metodología de la
Estrategia AIEPI**

Orientaciones

**Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria**

2005



**Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria**

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.
Tel: (202) 974-3881
Fax: (202) 974-3331
Internet: www.paho.org
E-mail: benguigy@paho.org

Contenido

1. Presentación
2. Introducción
3. Orientaciones
 - 3.1 La población y los pueblos indígenas
 - 3.1.1 Conocimiento de la localización de los pueblos indígenas en los países
 - 3.1.2 Conocimiento de la organización social de los pueblos indígenas
 - 3.1.3 Conocimiento de los estilos de vida y contexto ambiental
 - 3.2 Atención de la salud de los niños indígenas
 - 3.2.1 Los sistemas de salud indígenas en la atención de la salud de los niños
 - 3.2.2 Organización y capacidad resolutive de los servicios de salud convencionales
 - 3.2.3 Destrezas gerenciales del personal de salud
 - 3.3 Sistema de información, monitoreo y evaluación
 - 3.3.1 Análisis de la situación de la salud de los niños indígenas
 - 3.3.2 Matriz de actores
 - 3.3.3 Indicadores cuantitativos y cualitativos

Presentación

- En la Región de las Américas, la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes (OPS, 2002). Ningún análisis de las condiciones de vida y salud puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este continente.
- La heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, determina la necesidad de identificar formas innovadoras en la atención de salud, particularmente de los niños y las madres en lugar de adoptar un solo programa o modelo de atención.
- El presente documento responde a esta necesidad y contribuye a proporcionar orientaciones al personal de salud responsable de la atención de salud de los niños indígenas en los países de la región.
- Los ejemplos que se incluyen para ilustrar las orientaciones propuestas, son una invitación para que los lectores desde su ámbito de acción enriquezcan el contenido de este documento y lo transformen en un instrumento válido según sus propias circunstancias.

Introducción

De acuerdo a la OPS, mueren más de 250.000 niños antes de alcanzar los 5 años de edad en las Américas. Lo hacen por males que podrían prevenirse fácilmente: diarrea, neumonía, desnutrición, y enfermedades prevenibles por vacunación. Éstas son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años²⁸.

Los promedios regionales ocultan las diferencias existentes entre los sectores poblacionales dentro de los países, sea agrupándolos por su ubicación geográfica, raza, grupo étnico o nivel de ingresos. La información disponible sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas no proviene de fuentes homogéneas, por lo que los datos disponibles no siempre son completos, ni actualizados, ni pueden ser comparados entre sí. Solamente pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia y menos aún, presentan datos desagregados por etnia y género.

De ahí que es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas. Sin embargo, existen datos que ilustran la inequidad que afecta a los niños indígenas en las Américas, agravada por los altos índices de pobreza, analfabetismo, desempleo y falta de oportunidades en que se desenvuelven las familias y comunidades indígenas (cuadro 1).

País	Población general %	Población indígena %
Bolivia (1)	52,5	64,3
Guatemala	65,6	86,6
México	22,6	80,6
Perú	53,0	79,0
Paraguay (2)	20,5	36,8

1. Solo población urbana.
2. Se consideró como indígena a la población no bilingüe de lengua guaraní.

Fuentes: para México y Perú: Quezada Ch. *Invisible citizens*. Washington, DC: Inter.-American Development Bank; 2001. Para otros países: Hopenhayn M, Bello A. *Discriminación étnico racial y xenophobia en América Latina y el Caribe*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2001

La deficiente y persistente mala salud general de los niños indígenas es particularmente grave si se tiene en cuenta que las poblaciones indígenas tienen a ser más jóvenes que la población general. Por ejemplo, se reporta que el 48,0% de la población asháninka tiene menos de 15 años. Los mayores de 64 años representan apenas 1,0% del total censado²⁹.

²⁸ <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta2002-about.htm>

²⁹ Perú: resultados definitivos de las comunidades indígenas censo 1993, Lima; INEI; 1994. 3t. p. tbls. COMUNIDADES NATIVAS / DATOS ESTADISTICOS / CENSOS / POBLACION VIVIENDA / INDICADORES ECONOMICOS / INDICADORES EDUCATIVOS / PERU /

La mortalidad en los niños indígenas es alarmante. Por ejemplo, mientras en Panamá la tasa nacional de mortalidad de lactantes es de 17,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en las zonas indígenas llega a una cifra de 60 a 84 defunciones por 1.000 nacidos vivos³⁰. En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades de la Amazonía de Perú fluctúa entre 99 y 153 por mil niños nacidos vivos comparada con 43,0 por mil niños nacidos vivos a nivel nacional³¹. En Brasil, el promedio nacional de mujeres de más de 15 años que han perdido por lo menos un hijo nacido vivo es de 16%, mientras que entre las mujeres indígenas el promedio llega a 33%³². Por las características de la población indígena, podemos suponer que los datos de mortalidad infantil son mayores por el número de muertes y nacimientos que se quedan sin ser registrados.

La desnutrición es un denominador común en la mayoría de los niños indígenas. Por ejemplo, en El Salvador se estima que 40% de los niños indígenas menores de 5 años están mal nutridos, en comparación con un promedio nacional de 23%³³. Muchas de las patologías que afecta a los niños indígenas, como son las enfermedades diarreicas y de la piel, tienen relación directa con las precarias condiciones ambientales que enfrentan sus comunidades. En el Perú, solo 42% de las familias indígenas tienen conexiones directas al sistema de abastecimiento de agua y 49% extraen agua de arroyos, estanques o pozos³⁴.

La población indígena que habita en zonas tropicales y subtropicales sufre los estragos de las enfermedades transmitidas por vectores. En Honduras, a fines de 2000 se notificaron 35.122 casos de malaria en todo el país. Las regiones con índice parasitario anual (IPA) más alto y que acumularon 64% de los casos de malaria de todo el país son las regiones No 6, 7 y 8, zonas de asentamiento de los pueblos garifunas (6), pech (7) y misquito (8)³⁵. En Guyana, de los 29.129 casos reportados en 1994, 14.885 (50%) estaban afectando a personas indígenas, particularmente a los niños y niñas de entre 0 y 9 años de edad³⁶. En las áreas llamadas de malaria inabordable, es decir donde la erradicación de los vectores o el tratamiento de la enfermedad son difíciles por las condiciones físicas y sociales, esa enfermedad es una de las principales causas de mortalidad infantil.

La ubicación predominantemente rural de los pueblos indígenas se relaciona directamente con la baja disponibilidad y accesibilidad a los recursos y servicios básicos. La cobertura de servicios sanitarios en la zona rural, ya de por sí baja, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. En la Amazonía de Ecuador, los profesionales de salud visitan comunidades indígenas de las riberas de los ríos una vez cada tres meses, en el mejor de los casos³⁷. Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, cubren en parte sus necesidades.

La problemática que afecta a los pueblos indígenas es compleja. Las acciones basadas en el enfoque biomédico han sido insuficientes e inadecuadas para afrontar el perfil epidemiológico complejo que afecta a la población (PAHO, 1993).

³⁰ Panamá., Ministerio de Salud. Salud de los pueblos indígenas: un análisis de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de Panamá: Ministerio de Salud; 2000.

³¹ OPS/OMS, La Salud en las Américas, 1998

³² OPS/OMS, La Salud en las Américas, 2002

³³ Orellana JE. Interculturalidad, salud y supervivencia indígena. En: Una visión indígena hacia el futuro. Memoria de la Segunda Jornada Indígena Centroamericana sobre la Tierra, Medio Ambiente y Cultura. San Salvador: Profitexto; 1999:162-176

³⁴ OPS/OMS, La Salud en las Américas, 2002

³⁵ OPS/OMS, La Salud en las Américas, 2002

³⁶ VCS Data L Validum MD, 1995

³⁷ /OMS, La Salud en las Américas, 1998

A partir del reconocimiento de la vigencia de los pueblos indígenas, se propone incorporar nuevas disciplinas y dimensiones de análisis para hacer posible comprender que el abordaje de la problemática de salud indígena ocurre en la intersección de muchos temas. Entre ellos, se mencionan los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación a la historia. En esta perspectiva, la identificación de soluciones a largo plazo requiere la promoción de alianzas estratégicas intrasectoriales, intersectoriales y multidisciplinarias donde exista participación indígena plena.

Es en esta perspectiva, el éxito en la reducción de la mortalidad y morbilidad que afecta a los niños menores de 5 años requiere una colaboración estrecha entre el personal de salud, la familia y la comunidad. Esta afirmación cobra relevancia en la atención de la salud de los niños indígenas cuyo cuidado desde su concepción está ligado a patrones culturales que los identifican como individuos y a la vez como miembros de una comunidad, de un pueblo o de una cultura específica.

En las Américas, debido a su naturaleza integrada e integral, AIEPI es la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez³⁸.

La implementación de la estrategia contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez³⁹.

Con el objetivo de contribuir al bienestar de los niños indígenas de la región, el presente documento contiene orientaciones dirigidas a promover el mejor conocimiento de la población y los pueblos indígenas, su localización, organización social, estilos de vida y contexto ambiental. De igual manera, se enfatiza en la necesidad de comprender la contribución de los sistemas de salud indígenas, la capacidad resolutoria de los servicios de salud convencionales y las destrezas gerenciales que el personal de salud que trabaja en zonas con población indígena debe desarrollar. Finalmente, se identifican orientaciones dirigidas al mejoramiento de la recolección, análisis y utilización de la información que permita la toma de decisiones basadas en evidencia y la evaluación de las acciones en salud, todo esto en un marco de respeto y participación activa de los representantes de los pueblos indígenas.

Orientaciones

Las siguientes orientaciones contribuirán tanto en la aplicación de la estrategia como en las acciones de monitoreo y evaluación del proceso y en el impacto de dicha aplicación en la salud de los niños indígenas.

³⁸ <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp26-11-s.pdf>

³⁹ <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp26-11-s.pdf>

Población y Pueblos Indígenas

Conocimiento de la comunidad

El conocimiento de la población y de los pueblos indígenas parte de un acercamiento respetuoso y paulatino a través tanto del estudio de la información disponible sobre la comunidad como a través de los canales y líderes legítimos formales e informales.

Probablemente para algunas personas que tienen experiencia en el trabajo comunitario, las sugerencias que a continuación se especifican son obvias. Sin embargo, en muchos proyectos los datos básicos sobre la comunidad y sus actores, especialmente indígenas, están ausentes.

¿Quién es un indígena? Y fundamentalmente, ¿a quiénes nos referimos cuando hablamos de pueblos indígenas?

Las denominaciones usadas para definir a las poblaciones indígenas han variado de un país a otro en conformidad con sus contextos sociales e históricos y según el idioma hablado, la ascendencia, autoidentificación y territorialidad o concentración geográfica (Psacharopoulos, G. y Patrinos, H. A, 1994).

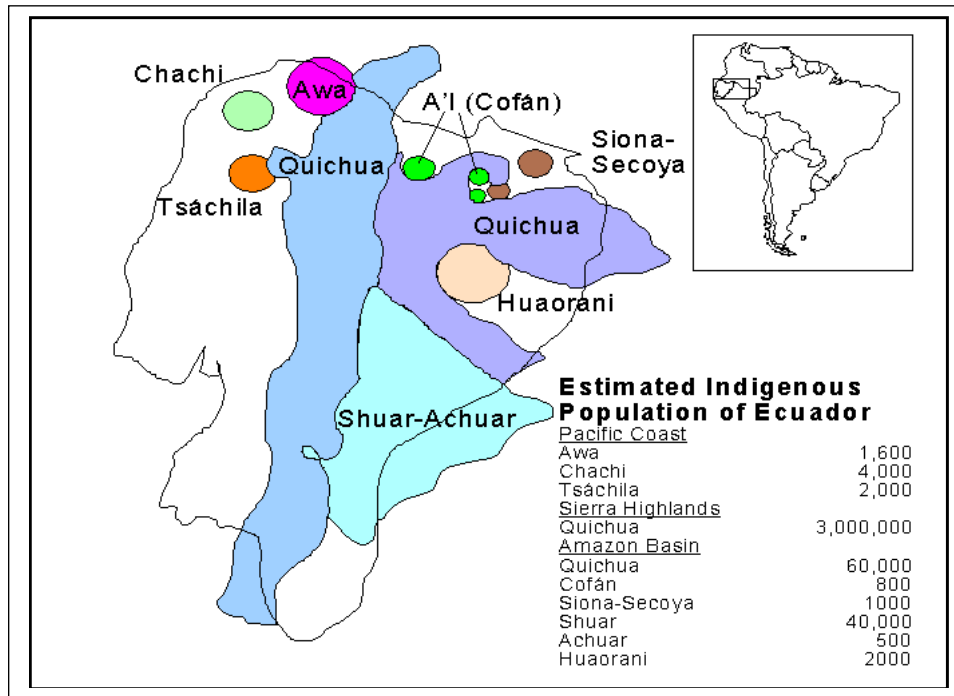
De igual manera, al momento de nombrarlos se han usado diferentes términos como población indígena, pueblos indígenas, nacionalidades indígenas como en el caso de Ecuador; pueblos originarios en Bolivia; pueblos autóctonos en Honduras; tribus, etnias, grupos étnicos, naciones, primeras naciones en Canadá y Estados Unidos; sociedades en Brasil; amerindios en Guyana o por cada uno de sus nombres específicos como en otros casos.

Según el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los pueblos indígenas y tribales en los países independientes (1989), los pueblos indígenas son "... pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país, o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista, o la colonización, o en el establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas."(Convenio No 169, Artículo 1).

En este documento, se adoptan estas diferentes definiciones y el término pueblo para referirse a este grupo poblacional específico. De acuerdo con la definición que plantea Stavenhagen, el concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales y étnicos que le dan un sentido de identidad (Stavenhagen, 1992).

Localización de la población y pueblos indígenas

Se puede afirmar que, en general, las poblaciones indígenas son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. Es indispensable conocer la localización de los pueblos indígenas en los países y el perfil cultural de su población. Por ejemplo: si un proyecto está en la sierra del Ecuador, es probable que tenga población indígena mayoritaria, perteneciente a una de las nacionalidades del pueblo Quichua. Esa población habla el idioma quichua y su organización social y sistema de creencias y valores se enmarca en la cosmovisión quichuas. En esta zona del país viven 3 millones de personas indígenas del



pueblo Quichua.

Fuente: CONAIE, 2000⁴⁰

Organización social de la población y pueblos indígenas

Es importante conocer la organización social de los pueblos indígenas y su vínculo con los niveles nacionales y subnacionales, la relación con otras comunidades, la jerarquía y roles de las autoridades tradicionales, de los líderes formales e informales (e.i. alcaldes indígenas, terapeutas indígenas, profesionales indígenas, organizaciones indígenas) y los roles de acuerdo a variables de género y generacionales y según el estado civil (e.i. rol de los niños, de los hombres, de las mujeres, de los ancianos). Esta información es importante en los procesos de acercamiento a la comunidad y convocatoria, en la planificación del proyecto, en la logística de implementación de las acciones, en la realización de las actividades de capacitación, evaluación, seguimiento y acompañamiento de los capacitados, en la formulación e implementación de los planes de acción y en la promoción de los proyectos de salud como parte de las acciones que conducen al desarrollo de los pueblos indígenas de la

⁴⁰ Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), Las nacionalidades indígenas en el Ecuador: Nuestro proceso organizativo, 2d ed. (Quito: Ediciones Abya-Yala, 1989), 284

región. Básicamente, es útil para promover procesos que determinen la sostenibilidad del proyecto. A continuación, se presenta un ejemplo que ilustra lo propuesto⁴¹:

Ejemplo:

Los Tzotziles y Tzeltales, pueblos indígenas mayenses de México, están localizados en la región de los Altos de Chiapas y algunos municipios del área colindante. Cada comunidad se distingue por una indumentaria propia, un santo patrón local principal y una especialidad económica dentro del conjunto. Las comunidades se dividen en barrios o secciones. La vida comunitaria gira alrededor del *teklum* o centro ceremonial y cabecera del municipio. El resto de la población habita en parajes que se distribuyen en todo el territorio de la comunidad.

Cada persona tiene tres nombres: el primero, es el nombre de pila ladino; el segundo, es un apellido de origen hispano y el tercero, un apellido de origen indígena, generalmente tomado de una planta, un animal o un fenómeno natural. En la sociedad tzotzil, las generaciones anteriores son tratadas de *b'ankilal* o hermano mayor y en tanto que las posteriores, son llamadas *itis'inal* o hermano menor. Esta clasificación se extiende a santos, cuevas, charcos y montañas.

Generalmente, el grupo doméstico corresponde a una familia extensa compuesta por una pareja e hijos solteros o casados con sus respectivas esposas e hijos. El hombre de más edad controla el grupo, detenta las tierras y organiza las actividades agrícolas.

Tradicionalmente, la autoridad se adquiere con la vejez. En el ámbito comunitario, la autoridad político-religiosa se compone del ayuntamiento constitucional, el ayuntamiento regional y los principales. El ayuntamiento constitucional es la única organización administrativa reconocida por el estado y para ella, son nombradas personas que hablen, lean y escriban en español.

El ayuntamiento regional consta de puestos políticos distribuidos en cinco niveles: mayores, síndicos, regidores, alcaldes y gobernadores. Esta institución administra las contribuciones, los impuestos, las prestaciones y el trabajo colectivo de la comunidad. Quien acepta un cargo deja su paraje y su milpa durante un año para residir temporalmente en la cabecera municipal. Esto significará el endeudamiento para subsistir durante ese tiempo y para sufragar los gastos que el cargo le acarreará.

Los cargos religiosos son de mayordomos y alferoces y su número depende del número de los santos patrones de la comunidad. Los "pasaros" forman el cuerpo de principales, porque ellos han cumplido con el servicio a la comunidad través del desempeño de cargos en la jerarquía político-religiosa y han obtenido el reconocimiento general. Ellos son la autoridad suprema (Instituto Nacional Indigenista. Secretaría de Desarrollo Social, 1994).

⁴¹ Instituto Nacional Indigenista. Secretaría de Desarrollo Social. Tzotziles y tzeltales. Pueblos Indígenas de México. 1994

Tomando en cuenta la información del ejemplo propuesto, si el ámbito del proyecto incluye un municipio con comunidades Tzotziles y Tzeltales, además de contactar a las autoridades del municipio, será necesario contactar con los “pasaros” y el ayuntamiento regional.

Para la convocatoria a la población de la comunidad, será importante tomar en cuenta el significado del *teklum* o centro ceremonial. Asimismo, cuando se identifique a los niños, habrá que tomar en cuenta la importancia que tiene para los miembros de la comunidad usar tres nombres. De igual manera, será necesario identificar a los líderes informales. Es decir, a las personas que sin ocupar un cargo específico merecen el respeto de la comunidad y el rol que los diferentes miembros de la comunidad tienen en el cuidado de los niños.

Estilos de vida y contexto ambiental de los pueblos indígenas

El conocimiento del estilo de vida y el contexto ambiental de los pueblos indígenas apoyará la comprensión del perfil epidemiológico presente entre una población específica y las estrategias de apoyo a la comunidad como parte de las propuestas de desarrollo sostenible.

Varios párrafos del siguiente ejemplo, son tomados textualmente de una carta abierta de invitación emitida por los líderes de las organizaciones asháninka y del Atlas de las Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana. La carta y el Atlas están publicados en versión electrónica en las direcciones citadas.

Ejemplo

De acuerdo a la información del censo de 1993, los asháninkas constituyen el pueblo indígena más importante de la Amazonía peruana: 52.461 personas que representan 21,89% del total de la población indígena censada. El promedio de habitantes por comunidad es de 171 personas, existiendo asentamientos con menos de 10 individuos frente a otros que superan largamente a las 600. El más poblado es el de 1.284 personas censadas.

La comunidad Asháninka de "Marankiari Bajo" forma parte de las comunidades indígenas de Perú de la Selva Alta de Junín y es considerada desde sus inicios como puerta de entrada a la Amazonía Central del Perú. Actualmente es jurisdicción del departamento de Junín, Provincia de Chanchamayo, distrito Perené. Se halla situada entre los 560 y 1,250 metros sobre el nivel del mar y corresponde a la región natural denominada selva alta o ceja de selva de la Amazonía Central del Perú. La comunidad cuenta con 505 hectáreas de tierras, divididas en parcelas y administradas por las propias familias. Esas tierras, en un 70% han sido cultivadas de manera empírica. Frente al creciente índice poblacional y por el cultivo intensivo, ya no abastecen las demandas reales y necesidades actuales de la población Asháninka.

El clima que predomina en la zona es de tipo tropical, caluroso, húmedo y lluvioso. En el verano, durante los meses de abril a noviembre, hay sequía y mucho calor. En el invierno, entre los meses de diciembre a marzo, es la época de las lluvias torrenciales. Para las personas que llegan a la comunidad durante el invierno, es recomendable contar con botas de jebe para andar en el barral (sitios de barro), impermeables personales para protegerse de la lluvia, ropa ligera, zapatillas, mosquitero, repelentes para los mosquitos, medicamentos básicos e implemento de uso personal.

La mayoría de las familias tienen pequeñas huertas donde siembran plantas medicinales para la curación. Se dedican a las actividades agrícolas de monocultivos a escala de producción familiar orientados al consumo local y frutas frescas para la comercialización. Entre ellas, papayas, naranjas, mandarinas, limones, paltas, piñas, carambolas, plátanos, chirimoyas, guanábanas, etc. Algunas de las familias, realizan trabajos de arte indígena acompañado de las actividades tradicionales.

La pesca es mínima durante la creciente de las aguas y el intercambio tradicional es limitado con las otras comunidades.

En los meses de enero a junio, en las partes bajas y en las partes altas del territorio, la comunidad está en plena cosecha del café. De enero a julio, se inician las primeras cosechas de los cítricos. Además, consumen yuca, maíz, sachapapa, pituka, shoñake, maona, entre otros productos nativos que se producen.

La dinámica de la comunidad se ha visto afectada por los conflictos armados, narcotráfico, la migración de los colonos de la sierra, el deterioro medio ambiental por la sobreutilización de los recursos naturales y la reciente exploración petrolera. Este pueblo ha padecido una serie de cambios, adaptaciones y diversos mestizajes culturales. Algunos de los cuales han sido impuestos y otros aceptados voluntariamente. En cualquier caso, aparte de una que otra ganancia, todo eso ha significado la desaparición de muchos habitantes por la explotación, la pérdida de territorio y la presencia de nuevas enfermedades como sarampión, la fiebre amarilla y la malaria.

En la práctica, este tipo de información nos apoya en la comprensión del contexto nacional, comunitario y familiar en el que se desenvuelven, en este caso, los niños del pueblo asháninka. También nos aproxima tanto a los factores de riesgo como a los aspectos que podrían ser aprovechados en el cuidado de la salud de estos niños.

Atención de la salud de los niños indígenas

El abordaje de la salud de los niños no puede hacerse de manera aislada porque su bienestar depende del de su pueblo. Así lo explica esta descripción tomada del estudio realizado en uno de los ayllus indígenas bolivianos, del municipio de Cotagaita del departamento de Potosí:

"... Dependiendo del período agrícola, la unidad campesina requiere de la participación del total de la mano de obra familiar disponible. Por ejemplo, durante la siembra y la cosecha, la unidad familiar se organiza de modo que participan todos sus miembros, incluyendo niños, niñas y ancianos . . . Al inicio de la siembra, realizan sahumeros (q'owachada) para que la Pachamama no se enoje y la producción sea buena. Si en la familia existe una mujer embarazada y para que ella pueda dar a luz sin problema, se hacen también rituales a la Pachamama porque la fertilidad de las personas está en relación directa con la fertilidad de la tierra."

Los niños crecen al interior de la familia, de la comunidad y de su pueblo. Ellos son parte del proceso productivo y objeto de la atención especialmente cuando están en camino, llegan, están creciendo, cuando enferman o mueren.

La cobertura de la atención de salud, muy baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de un valor inapreciable para el mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren solamente una parte de sus necesidades de salud. A propósito de esta afirmación, en referencia a los problemas que afectan a los niños indígenas del Municipio de Cotagaita, del Departamento de Potosí, en Bolivia, la autoridad originaria mencionaba en un estudio lo siguiente:

"...la madre tierra está muy cansada y necesita atención, de la misma manera que nuestra salud y la salud de nuestros niños está dañada por desnutrición, sarnas, diarreas y otras enfermedades y necesita medicamentos. Ya no se puede tener solamente la asistencia de la partera y los curanderos, aunque ellos nos curan con cuidado, con respeto, paciencia y cariño ...".

Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta en propuestas innovadoras las diferencias de las culturas en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad.

Los sistemas de salud indígenas en la atención de la salud de los niños indígenas

La comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas requiere conocer la perspectiva de la comunidad. Por ejemplo, respecto a los conceptos de salud y enfermedad, la perspectiva indígena de las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Así mismo, el imaginario simbólico de las enfermedades específicas identificadas como prioritarias en la población indígena, en la comunidad y dentro de los temas tratados por las prácticas clave. De igual manera, es importante conocer, entre otros puntos, las preferencias de la comunidad respecto al uso de la atención de los sistemas de salud indígena y convencional. Esto incluye la utilización de los recursos humanos y terapéuticos disponibles en la comunidad para restaurar y mantener la salud y la identificación de las personas que cuidan el bienestar de los niños y niñas indígenas. En este sentido, la investigación cualitativa cobra importancia para dibujar el contexto donde los datos cuantitativos son generados.

El desafío de la salud pública es traducir los datos cualitativos a información operativa que apoye tanto la comprensión de la perspectiva indígena y sus recursos de salud, como en la formulación de estrategias para la implementación de un modelo de salud culturalmente apropiado que proporcione atención de calidad, tanto en la dimensión técnica, como desde la perspectiva del usuario. A continuación, se presenta ejemplos de la propuesta presentada⁴²:

⁴² Ejemplos de Chile y Honduras: Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe Pelale de Chile, OPS, 2001; Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Garífunas de Honduras, OPS, 2002.

Ejemplo 1 En el pueblo mapuche de Chile, el concepto de salud no se encuentra en su repertorio conceptual porque el bienestar está integrado a todos los fenómenos de la vida. En cada momento que se vive, por cotidiano que este sea, se va evaluando el transcurso de la vida.

Estar bien consiste en que el individuo esté en equilibrio consigo mismo y con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos. También debe estar en equilibrio con su *lof*, es decir, con su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico. El hecho de que algo o alguien en su comunidad estén en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien. Es decir, el ambiente en su conjunto afecta a los individuos.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. Éste es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que entra al organismo (de niño o adulto), se alimenta de él y se desarrolla, mientras que la persona se debilita. Pero ella tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos. Muchas enfermedades o *kuxan* (lit. enfermedad) según la cosmovisión mapuche son consecuencia de una transgresión contra las normas del universo o *waj mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo). Ese cuerpo de normas, o *az mapu* (normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan), regulan la relación entre los seres humanos y su entorno como con los otros seres vivos y fuerzas del *waj mapu*. Esa relación está basada en una reciprocidad y equilibrio entre los seres, las fuerzas, y cuando una persona transgrede una de las normas, quiebra ese equilibrio y entonces se enferma. La enfermedad puede tener múltiples formas, pero la causa siempre proviene del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. El cuerpo no es una entidad cerrada, por lo tanto la transgresión de uno puede afectar a los demás.

Ejemplo 2

El caso de Millaray (Flor de Oro en idioma mapuche), pueblo: mapuche, edad: 2 años
La abuela de la niña y su madre contaron cómo se había accidentado la niña.

Cuando Millaray salió a jugar, miró a su padre que estaba trabajando con un hacha, corrió, se resbaló, se golpeó la cabeza y se cortó con el utensilio. La llevaron al centro de salud donde le suturaron la herida pero se la infectó y tuvo fiebre. La enviaron al hospital. Se sanó de la herida pero no dormía bien, decía que le dolía la cabeza, se despertaba en la noche asustada y lloraba. La abuela y la mamá pensaban que lo que tenía era un "encuentro" o *xafentun*. La abuela sugirió que la llevaran a la *machi*.

La abuela y la mamá llevaron a Millaray a la casa de la machi, quien vio la orina de la niña y la diagnosticó. La machi dijo que había un espíritu en forma de un perro afuera de la casa que quería llevarse a la niña. La machi le dio un remedio y Millaray empezó a dormir bien y después ella no ha tenido problemas. El *xafentun* fue una forma de castigo por salir al mediodía cuando la niña no debe salir a jugar.

En la práctica, hay aspectos generales que deben ser considerados en la atención de todos los niños. Por ejemplo, será necesario comprender el contexto donde se produjo el accidente y preguntarnos si es un caso aislado o ese tipo de heridas son habituales entre los menores de cinco años de esa localidad. De igual manera, será necesario evaluar el procedimiento seguido en el centro de salud en la atención de la herida y las causas que provocaron la infección y el traslado a un centro de más complejidad por un problema que, aparentemente, no debía requerir un tipo de atención más especializada (calidad técnica). En el caso específico de Millaray, se hace necesario tomar en cuenta que ella es una niña mapuche y por lo tanto, por el contexto cultural de su familia y de su pueblo, requiere una atención culturalmente adecuada (calidad percibida). Es decir, será importante que el personal de salud que la atiende, conozca las dimensiones que tiene la salud en la cosmovisión mapuche para comprender la posición de la abuela y de la madre de buscar la ayuda de una machi para completar el tratamiento. En muchas comunidades, hay maltrato a las personas indígenas por parte del personal de salud. En este caso, no se menciona ninguno pero el servicio de salud no pudo responder al problema que persistía en la niña. Millaray no podía dormir, tenía dolor la cabeza y lloraba porque había sufrido un *xafentun*. Esta causalidad correspondía a la lógica de la cosmovisión mapuche y el centro de salud no pudo responder a este requerimiento. La niña necesitaba que una machi la curara⁴³. Es decir, requería un proveedor de salud diferente al personal de salud convencional. Al respecto, si bien al describir los procedimientos de la medicina tradicional/indígena se ha enfatizado en los aspectos negativos de los procedimientos, es necesario considerar que existe mala práctica tanto en la medicina convencional, como en la medicina indígena y que la evaluación de los procedimientos de ambos sistemas beneficiará tanto a la población indígena como no indígena. En el caso de Millaray, la herida había curado y, aunque no se explica cuál fue el remedio que le dio la machi, aparentemente fue algo que no le causó daño, sino que le ayudó a que se sanara "completamente".

⁴³ Entre los pueblos indígenas existen terapeutas cuyos nombres varían de acuerdo a su pueblo y a su especialidad. Por ejemplo yachas, sukias, pajuyucs (sabios de las culturas de los Andes, de las culturas Afro-Caribeñas y de la Amazonía), machis (mujeres que fungen como líderes espirituales en la cultura Mapuche), machis, parteras, fregadores, llamadores de la sombra, herbalistas, etc.

En cuanto a las personas que participan en el cuidado de Millaray, la abuela y la madre tienen un rol importante. Efectivamente, en el pueblo mapuche, y en general entre los pueblos indígenas, los abuelos y abuelas tienen un papel fundamental en el cuidado de los niños. Muchas veces, las madres jóvenes o solteras encargan a sus niños a sus padres mientras ellas van a trabajar en Santiago u otra ciudad.

Los niños se crían en el campo con los abuelos o las personas mayores de la familia quienes, por lo general, hablan en *mapuchezugun* (el idioma de los mapuche) y transmiten la cultura a sus nietos⁴⁴. Entre los garífunas de Honduras, después de los padres y los abuelos, los padrinos son las personas más influyentes en la vida de un niño. El bautizo crea lazos no solo entre el padrino y el niño, sino también entre los padres y los padrinos, quienes se llaman mutuamente *nugúferan*, equivalente a compadres⁴⁵. Estos conocimientos facilitarán la identificación de las personas que requerirán ser contactadas como parte de la red social de apoyo a los niños.

Organización y capacidad resolutive de los servicios de salud convencionales

En general, la atención de salud de la población requiere conocer la organización y capacidad resolutive de los servicios para brindar una atención de calidad que sea percibida por el usuario. Es decir, entre otros puntos, la existencia o no de los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos, etc., adecuados al perfil epidemiológico y necesidades de salud de la población. Esta preocupación cobra relevancia si consideramos que estos recursos se han concentrado en zonas urbanas o de fácil acceso y que las poblaciones indígenas por lo general, son dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría, localizadas en zonas urbanas marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso (barreras geográficas). Junto a eso, las condiciones de pobreza, la falta de aplicación de las estrategias de protección social en estas poblaciones (barreras económicas), el analfabetismo, la falta de representatividad en las instancias de decisión (barreras sociales) y la falta de comprensión del contexto cultural de estos pueblos por parte del personal de salud (barreras culturales) ha generado, no en pocos casos, maltrato de la población indígena en los servicios. Este escenario complejo precisa ser conocido, comprendido y abordado.

La referencia, contrarreferencia y seguimiento de los casos requieren estrategias que faciliten el acercamiento de los servicios a la comunidad. La falta de continuidad del personal de salud asignado a estas zonas, es un agravante en la atención de estos pueblos. Los recursos de la comunidad son fundamentales en las propuestas que tiendan al mejoramiento de la salud de la población indígena. En este contexto, es primordial que los proyectos visualicen la contribución de estos recursos, no con un enfoque utilitarista sino dentro del marco de la participación ciudadana. Deben considerar además componentes que favorezcan desarrollo de la capacidad local de las comunidades y el aprovechamiento tanto de los recursos de salud convencionales como comunitarios.

Específicamente en la aplicación de la estrategia AIEPI y particularmente de las prácticas claves, será indispensable que el personal de salud, tanto de todos los niveles de atención como de las ONG e instituciones que trabajan en salud en la zona del proyecto, estén

⁴⁴ Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe Pelale de Chile, OPS, 2001

⁴⁵ Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Garífunas de Honduras, OPS, 2002.

capacitados en los diferentes componentes de la estrategia y que cuenten con los insumos necesarios para aplicarla.

Ejemplo 1

Según la Encuesta Nacional de Vivienda (ENV) de Panamá, el tiempo de desplazamiento en busca de atención médica desde el hogar hasta el lugar de tratamiento médico, es más alto entre los Ngöbe-Buglé (55 minutos) que entre el total de los indígenas (41 minutos), (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.23). Con respecto a la atención hospitalaria, el tiempo puede fluctuar entre horas y días, dependiendo de la ubicación de la comunidad de residencia del paciente, el medio de transporte y las condiciones meteorológicas⁴⁶.

Ejemplo 2

En el sistema de salud institucional u occidental de Honduras, la demanda de atención odontológica por parte de los garífunas es muy poca. Según la Dra. Sabio, es debido a la inexistente educación dental dentro de la comunidad garífuna, y posiblemente a los precios de atención sobre todo en las clínicas privadas, (ella cobra L.80.00 equivalente a US\$ 5.23 por extracción dental)⁴⁷.

⁴⁶ Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe Buglé de Panamá, OPS, 2001

⁴⁷ Entrevista realizada a la Dra. Alicia de Sabio, odontóloga que atiende en su clínica privada en la comunidad de Cristales. Trujillo, Colón, 05/10/00 en Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Garífuna de Honduras, OPS, 2002

Ejemplo 3⁴⁸

Concepción Chiquirichapa es un municipio de Quetzaltenango, Guatemala (región occidental del país). Se encuentra ubicado a 15 kilómetros de distancia (carretera asfaltada) de la cabecera departamental. Además del casco urbano, está integrado por 11 cantones o barrios y cuatro caseríos. Tiene una población estimada de 19.000 habitantes de los cuales el 95% es indígena de ascendencia maya, del grupo etnolingüista Mam. La mayoría vive en condiciones de extrema pobreza y su economía se fundamenta en la agricultura de subsistencia (maíz, frijol principalmente papa). En cuanto a los servicios y programas de salud, existen recursos del sistema oficial y del maya. Los primeros son proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la combinación de los dos por una ONG denominada Organización Asociación Promoción, Investigación, Educación de Salud PIES de Occidente a través del Centro Comunitario de Atención Materno Infantil.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cuenta con un puesto de salud ubicado en el casco urbano y que es atendido de lunes a viernes por una enfermera auxiliar. Además, una prestadora de servicios básicos de salud del Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), el cual da cobertura a una población de 15.000 habitantes. En cuanto al sistema de referencia en el segundo nivel de atención, en San Martín Sacatepéquez está el Centro de Salud Tipo "B", y en la cabecera departamental de Quetzaltenango el Hospital Nacional de Occidente, el mismo que sirve de referencia del tercer nivel de atención en salud.

El Centro Comunitario de Atención Materno Infantil de PIES de Occidente cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales. Entre ellos, médicos, antropólogo, trabajadores sociales, psicólogo, odontólogo, enfermeras y 7 comadronas indígenas originarias de la comunidad que han sido capacitadas por el equipo profesional de la institución. Está localizado en la parte central del casco urbano del municipio y ofrece atención las 24 horas del día, los siete días de la semana, aún en días feriados, oficiales o festivos propios de la localidad. Realiza control prenatal, atención de partos, puerperio, atención del recién nacido, atención odontológica y proporciona apoyo para las referencias. De acuerdo a lo indicado por la comadrona, después del parto se le da a tomar té de plantas a la madre, "para que el cuerpo no se enfríe" debido a la hemorragia, o para "bajar la leche", galactagogo. El esposo y otros miembros de la familia como la suegra o la madre, pueden acompañar a la parturienta, pero aguardan el tiempo necesario en la sala de espera. Después de dar a luz, la madre y el niño permanecen en el centro alrededor de seis a ocho horas. La relación de este centro con el puesto, el Centro de Salud Estatal y el Hospital Nacional de Occidente, es de constante comunicación a través del registro de referencias y contra referencias. Además, el puesto de salud, provee al centro comunitario de atención materno infantil de algunos insumos como por ejemplo, vacunas.

En el ejemplo 1 se evidencian las barreras geográficas y en el 2 las barreras económicas. En el ejemplo 3 es importante considerar la importancia de la presencia de los recursos humanos del sistema de salud oficial y del sistema maya. Se indica que por parte de la población se ha logrado la aceptación de este centro como maternidad, precisamente por la presencia tanto de las comadronas como por la facilidad de que sus familiares las acompañen cuando lo solicitan en el momento del parto. De igual manera, en el municipio de Izalco, de El Salvador, zona de asentamiento del pueblo Nahuatl Pipil, se indica que para la atención de la salud de la población se cuenta con 1 unidad de salud, 3 casas de salud, 1

centro rural de nutrición, 35 recursos institucionales, además 25 promotores de salud, 58 parteras capacitadas y aproximadamente 25 comités de salud.

Por otra parte, la presencia de un equipo multidisciplinario y la consideración de las parteras dentro del equipo de salud, facilita en este ejemplo la comprensión de los factores socioculturales que influyen en el itinerario de búsqueda de la atención de salud y la accesibilidad del servicio. Como una estrategia para facilitar la ampliación de la cobertura de la atención en zonas con población indígena, en Brasil, el Subsistema de Atención de la Salud Indígena está conformado por equipos multidisciplinarios que tienen un entrenamiento introductorio que contempla conceptos antropológicos, el análisis del perfil epidemiológico de la región y una capacitación que los habilita a participar en la formación de los agentes indígenas de salud.

Cuando existen centros de salud, el personal está muy restringido en cuanto a la posibilidad de aplicar sus conocimientos por la falta de insumos como a desarrollarse por el acceso limitado a cursos de actualización. Al respecto, se hace necesario considerar estrategias que permitan tener incentivos, no necesariamente económicos, para promover la continuidad de este personal y la capacitación y desarrollo de los recursos humanos locales.

Destrezas gerenciales del personal de salud

El conocimiento y destrezas gerenciales adecuadas al contexto y necesidades de las comunidades indígenas es fundamental. La responsabilidad de la gerencia es asegurar que desde el inicio la comunidad se vincule a los procesos del proyecto y que el equipo conozca la población y el contexto en el que se va a desenvolver su trabajo. El acercamiento respetuoso a la comunidad y a los pueblos indígenas a través de los canales legítimos y la coordinación con los diferentes actores presentes en la comunidad, facilitarán no solo el éxito de las acciones, sino la sostenibilidad de las mismas.

Acerca de la participación ciudadana en los procesos de instrumentalización de las prácticas claves, el componente comunitario de la estrategia AIEPI cuenta, entre otros elementos, con una metodología participativa denominada Planificación de Base. Ésta está siendo aplicada en el proceso de formulación de los proyectos para asegurar la participación de la comunidad en la identificación del problema, las causas, las soluciones y las personas e instituciones responsables en esta solución. En una etapa previa a la aplicación de la Planificación de Base es importante el rol del gerente del proyecto para asegurar que en colaboración con las instancias respectivas, se cuente con la participación plena de los representantes de la comunidad. En este caso, de los líderes indígenas formales e informales.

Al respecto, será indispensable que la gerencia cuente con un directorio y mapeo de los aliados estratégicos, tanto dentro del sector gubernamental como no gubernamental, académico, privado y especialmente entre las organizaciones indígenas de base y líderes comunitarios. Esto evitará la duplicación de acciones y facilitará las convocatorias y el establecimiento de redes, acuerdos de cooperación y mecanismos de coordinación. La promoción de alianzas multidisciplinarias intra e intersectoriales y la comunidad estimulará la optimización de los recursos presentes en las comunidades indígenas. De igual manera, es de crucial importancia el análisis de las dimensiones del problema a resolver por los proyectos. Existen pueblos indígenas que no solamente cruzan las líneas de división política de los estados, sino las fronteras nacionales. En este sentido, es necesario considerar zonas de interés epidemiológico común en la promoción de alianzas entre los países y la implementación de los proyectos dentro de las acciones que se insertan en tratados internacionales y políticas nacionales que priorizan la atención de la salud de la población

indígena. Por ejemplo, el trabajo conjunto de los países amazónicos dentro de las directrices que el Tratado de Cooperación Amazónica tiene respecto al bienestar de los pueblos indígenas de esta subregión.

Existe frustración y desconfianza en las comunidades indígenas debido a las innumerables promesas que se han hecho a estos pueblos y que en una gran parte no han sido efectuadas. Por lo tanto, recuperar la confianza supone el establecimiento de metas realistas y el cumplimiento de los compromisos adquiridos. No obstante, se reconoce la importancia de promover el voluntariado en las comunidades indígenas porque la carga de trabajo y las necesidades económicas merecen una consideración especial de este aspecto.

Es común en las discusiones sobre los procesos gerenciales de los proyectos en comunidades indígenas, tratar sobre la concepción del tiempo en la perspectiva indígena y la urgencia de las instituciones por completar sus cronogramas y presentar informes. Si bien existe una diferencia en las concepciones del tiempo, también es cierto que varias acciones en las comunidades indígenas requieren procesos de consulta y otras se retrasan por ejemplo, porque no se consideraron los días que la comunidad dedica a una festividad o a una ceremonia ancestral, o porque no se consideró que durante los meses programados para hacer visitas comunitarias, la comunidad estaba aislada porque ese tiempo coincide con la época de lluvias torrenciales. Estos aspectos deben ser incorporados dinámicamente en la gerencia y planificación del proyecto.

Aunque existe mucha información disponible sobre las comunidades indígenas, es cierto también que existen vacíos de conocimiento que deben ser considerados. Al respecto, el diseño del proyecto deberá incluir presupuesto para la sistematización de información y generación de conocimiento no únicamente a través de la investigación cuantitativa, sino cualitativa. Igualmente, el presupuesto ajustado a los gastos que supone el transporte a comunidades dispersas y aisladas y eventos donde se informe a la comunidad del progreso del proyecto sobre la base de indicadores específicos de proceso, evaluación e impacto de las acciones.

Ejemplo:

En este ejemplo, se presenta un resumen de algunos programas y proyectos en ejecución en la Comarca Ngöbe-Buglé de Panamá, que están bajo la responsabilidad de diversas entidades gubernamentales y cuyos objetivos son, en general, mejorar las condiciones de vida de este pueblo⁴⁹.

DESARROLLO RURAL DE LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ

Objetivos: elevar las condiciones de vida de cerca de 5.000 familias en áreas de extrema pobreza a través de la promoción y organización de las comunidades, capacitación, asistencia técnica y creación de fondos comunitarios.

Metas: rehabilitación de seis caminos (63 kilómetros); 15 senderos (150 Kilómetros); 5 zarzos. Mantenimiento de 20 caminos, construcción de 10 vados, 1.000 letrinas, dos centros de salud; fortalecimiento de ocho cooperativas y 60 organizaciones; capacitación de 75 personas (técnicos, estudiantes, promotores comunitarios) y 28 grupos de base; asistencia técnica a artesanos, organizaciones y productores en uso de tecnología y crédito.

Entidad responsable: Fondo de Inversión Social (FIS) y Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM). Apoyo Financiero Internacional: FIDA

Recursos programados: \$1.872.300.00.

DESARROLLO FORESTAL DE LA REGIÓN NGÖBE (CHIRIQUÍ)

Objetivos: lograr que los productores de la zona Ngöbe apliquen técnicas mejoradas de manejo de los recursos naturales a través de actividades de reforestación, mejoras a sistemas de producción, incorporación de forestales, educación ambiental y fortalecimiento de productores.

Metas: elaboración de 102 guías de evaluación, 120 visitas domiciliarias, 360 giras de asistencia técnica, 26 reuniones de orientación, 7 talleres y edición de 7 folletos.

Entidad responsable: ANAM

Recursos programados: \$454.700.00

PARQUE NACIONAL DE ISLA BASTIMENTO Y DE LA AMISTAD

Objetivos: conservar los ecosistemas marinos y costeros y especies biológicas endémicas que permitan la investigación científica, la promoción del turismo y la protección de las cuencas hidrográficas de los ríos Teribe y Changuinola.

Metas: realización de 888 patrullajes, 65 charlas, 2.000 boletines, 16 eventos de difusión y otros.

Entidad responsable: ANAM.

Recursos programados: \$264.000.00.

MOVILIZACIÓN Y CONCERTACIÓN DE ACCIONES GUBERNAMENTALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo: fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Ngöbe. Estos proyectos se proponen entre sus principales objetivos, regular la salud sexual y reproductiva a fin de garantizar una integralidad entre la sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, así como contribuir con el bienestar de la mujer y familia Ngöbe a través de acciones en esta materia. Estos proyectos tienen alcance a nivel nacional y, en particular, en la comarca Ngöbe-Buglé. Se han realizado talleres de capacitación a funcionarios de la

⁴⁹

Información tomada del documento de la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, titulado: Implementación de la Política y Estrategia de Desarrollo Social 2000-2004, Plan Operativo del Año 2000 (MEF, Agosto, 2000), incluye entre los programas en ejecución en la comarca Ngöbe-Buglé, los citados en el documento Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe Buglé de Panamá, OPS, 2001.

comarca y se avanza en la elaboración del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Entidad responsable: Ministerio de Salud, Apoyo Financiero Internacional: UNFPA, PNUD. Recursos programados: \$800.000.00.

PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA CUENCA DEL RÍO CRICAMOLA EN LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ

Objetivo: fortalecer la red sanitaria en el área de Cricamola y dotar de agua a cuatro distritos de Chiriquí. Los proyectos consisten en construir dos puestos de salud, ofrecer capacitación a los asistentes y auxiliares de salud y construcción de cuatro acueductos rurales e instalación de nueve bombas de agua. Actualmente todas estas actividades están en ejecución.

Entidad responsable: Ministerio de Salud.

Apoyo financiero internacional: UNICEF, Médicos sin Fronteras.

Recursos programados: \$500.000.00.

ENTIDADES GUBERNAMENTALES CON PROYECTOS DE SALUD EN EJECUCIÓN EN LA COMARCA:

La más importante es el Ministerio de Salud, no obstante también desarrollan proyectos— básicamente de salud ambiental y nutricional— el Fondo de Inversión Social, el despacho de la Primera Dama y el Proyecto Ngöbe-Buglé. Según información proporcionada por el cacique Camilo Ortega y funcionarios de la región de salud Ngöbe-Buglé, parece existir muy poca coordinación entre estas instituciones para programar las acciones a desarrollar en la comarca. Los funcionarios de salud informaron de la existencia de tres granjas sostenibles organizadas por el Fondo de Inversión Social (FIS) en las comunidades de Salto Dupí, Olá y Cerro Gato (distrito Nedrini). Cada granja agrupa a unos 12 a 17 familias. Otras tres granjas proyectadas para el año 2000 en Besiko (comunidades de Boca Huso y Cerro Banco) y Munä (comunidad Cerro Algodón) a la fecha no se han concretado, comenzarán a funcionar en el año 2001.

PRESUPUESTO DE INVERSIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD PARA LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ, AÑO 2001

Para el año 2001, el presupuesto de inversiones públicas del sector salud para el área comarcal Ngöbe-Buglé, alcanza \$3.854.900.00, dividido de la siguiente manera:

Salud ambiental: construcción de acueductos: \$39.200.00.

Salud nutricional: adquisición de medicamentos: \$141.000.00.

Rehabilitación de la red hospitalaria: \$6.200.00.

Proyecto salud rural: \$3.668.500.00, de los que \$631.900.00 son fondos del Gobierno Central y \$1.601,100.00 son fondos del Banco Mundial. (MEF, Dirección de Inversiones Públicas, 2000).

En el análisis de esta información se afirma que, si bien diferentes entidades estatales adelantan programas y proyectos que suman varios millones de dólares, en las áreas comarcales la situación de pobreza y marginalidad de la etnia Ngöbe-Buglé es evidente. Entre las razones señaladas por algunos entrevistados, se señala la falta de coordinación institucional, por lo que algunas acciones no logran alcanzar sus objetivos⁵⁰.

Sistema de información, monitoreo y evaluación

Es importante recalcar que la información disponible sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas no proviene de fuentes homogéneas. Solo pocos países recopilan

⁵⁰ Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe Buglé de Panamá, OPS, 2001.

habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por grupos étnicos, etnia y género. De ahí que, es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los niños indígenas.

Aún así, la información anecdótica y los datos procedentes de varios estudios apoyan la necesidad de priorizar acciones tendientes a resolver las graves inequidades que existen en la situación sanitaria y el acceso y calidad de los servicios de salud en zonas con población indígena.

Las acciones en esta área deberán contribuir al fortalecimiento del uso de la información, incluyendo el establecimiento de un sistema de información apropiado y monitoreo del acceso y uso efectivo de los servicios asistenciales por parte de la población indígena, particularmente de los niños de estos pueblos.

El propósito es apoyar al fortalecimiento de la capacidad técnica de los países para obtener, usar y analizar la información sobre la inequidad que afecta a los pueblos indígenas. De esa manera, conocer mejor el problema y orientar la formulación de políticas, estrategias y programas que favorezcan el mejoramiento del acceso de estos pueblos a la atención de salud.

Análisis de la situación de la salud de los niños indígenas

Las condiciones de vida y salud en que la mayoría de los pueblos indígenas y sus niños se desenvuelven son precarias y se derivan, en gran parte, de la destrucción gradual del ecosistema por la sobreexplotación de recursos naturales y minerales. A estos factores, se suman la presencia de desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, migración, obras de desarrollo, cambios de patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas y una falta de verdadera participación política que considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países.

La marginación de la población indígena y de varios sectores de la población afro descendiente se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

La relación entre las variables pobreza y etnicidad va siempre en proporción directa. Por ejemplo, en Ecuador, en las zonas rurales de la sierra y de la Amazonía, sectores de asentamiento de los pueblos indígenas y afrodescendientes, se estima que 76% de los niños, son pobres.

Las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarla se agravan por los también altos índices de analfabetismo. Esta tabla ilustra las inequidades en cuanto a escolaridad, salarios, y potencial de beneficios educacionales de la población indígena y afroamericana en varios países de la Región.

En este contexto social y económico grave, la población indígena de las Américas presenta, con raras excepciones, condiciones de salud alarmantes. Entre las enfermedades que cobran más víctimas están la malaria, la oncocercosis, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónico-degenerativas e incluso el suicidio y el SIDA.

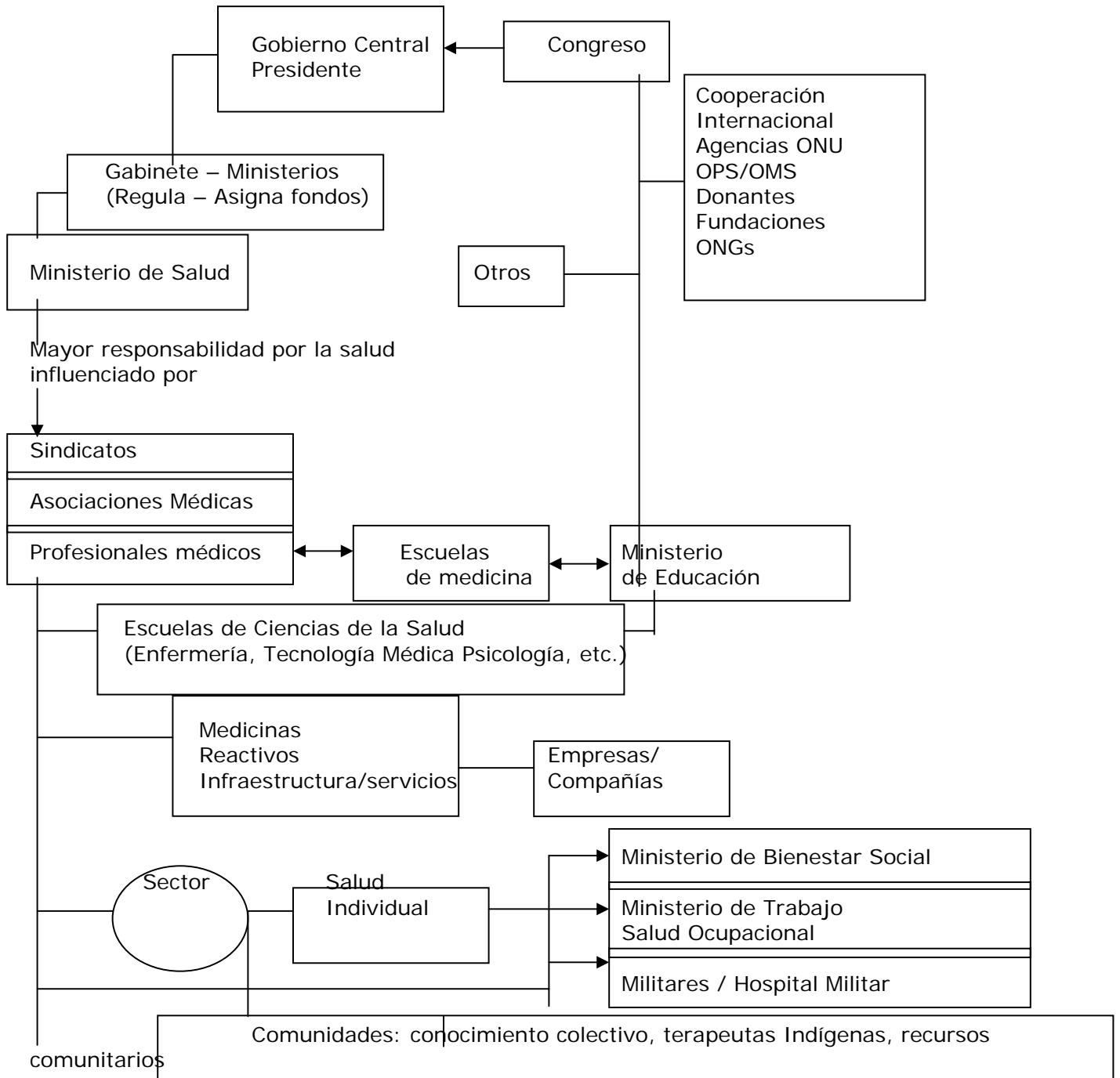
Desafortunadamente, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por la mortalidad y morbilidad. Varios ejemplos que se muestran a continuación, evidencian esta inequidad. Es importante puntualizar que por las características de estas poblaciones podemos suponer que los datos reales son mayores a los presentados anteriormente, por el número de casos de enfermedad, muertes y nacimientos que se quedan sin ser especificados por pertenencia étnica o registrados.

La paradoja es que junto a los traumas y problemas, estos pueblos han ideado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad. La mezcla entre los pueblos, y la superación de las fronteras políticas actuales que muchas veces ocultan la vivencia ancestral, son solamente algunas de las estrategias empleadas para durar en el tiempo.

De hecho, un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como los Maya de México, Guatemala y Belice, los Quechua de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina; los Guaraníes de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Todo esto nos lleva a afirmar que las fronteras actuales son relativas, y la cooperación entre los países, dentro de procesos multisectoriales, es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos y en particular de sus niños.

Matriz de Actores

Ejemplo: Actores en la atención de salud en Ecuador (Esquema adaptado de Omram, 1997)

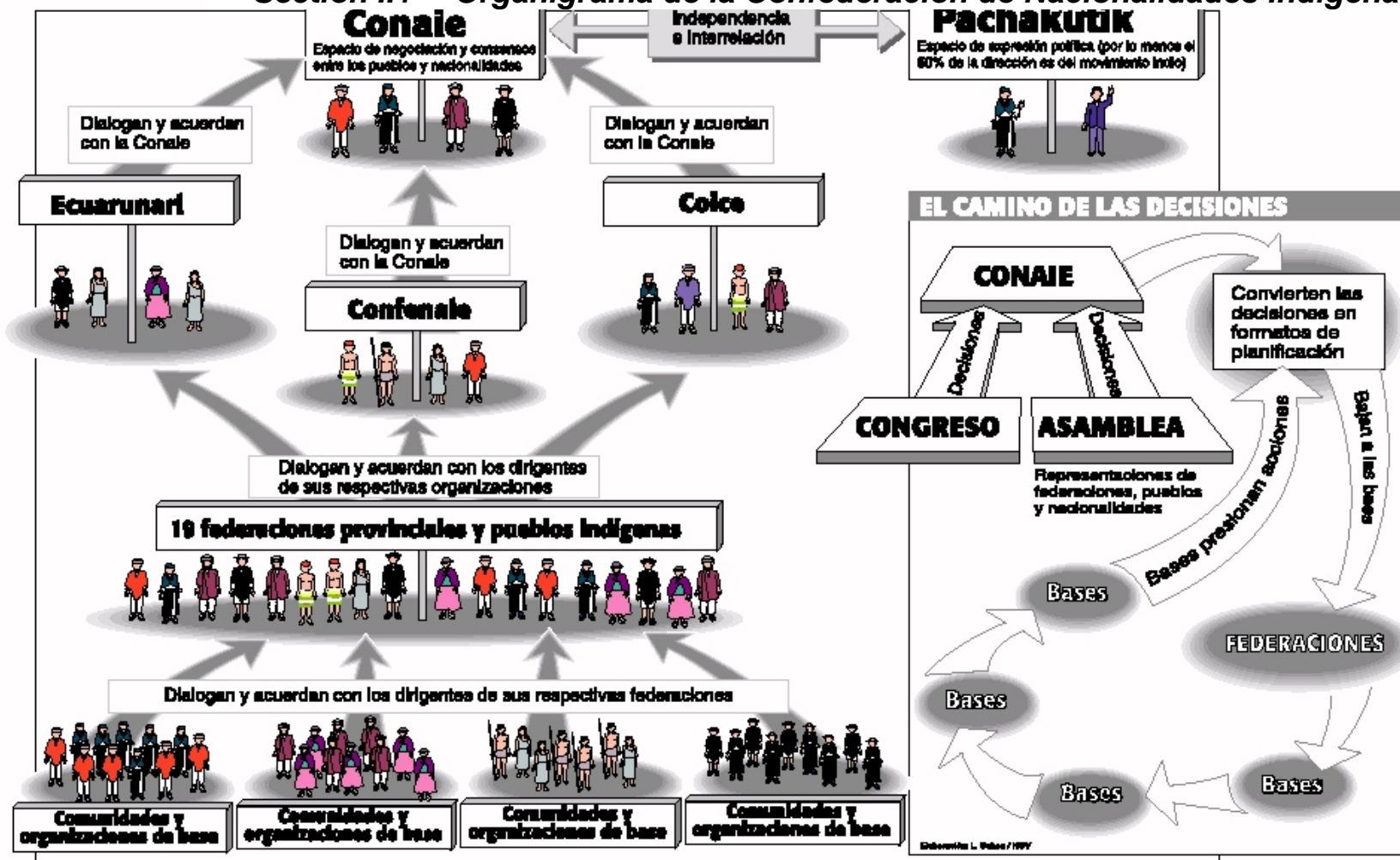


Matriz de Actores

Matriz de Actores				
Actores convencionales	Ámbito internacional	Ámbito nacional	Ámbito subnacional	Ámbito local
Agencias de Naciones Unidas	Sedes en Estados Unidos, Europa	Oficinas nacionales	Proyectos	Proyectos
Organismos de Cooperación Bilateral	Sede, en Estados Unidos, Europa	Oficinas nacionales	Proyectos	Proyectos
Comisiones nacionales intersectoriales dependientes de la Presidencia de la República		Sede	Representantes	
Ministerio de Salud		Sede	Representantes	Representantes
Instituciones académicas		Sede	Programas de extensión	Prácticas
Organizaciones no gubernamentales	Sede	Oficinas nacionales	Proyectos	Proyectos
Actores indígenas	Ámbito internacional	Ámbito nacional	Ámbito subnacional	Ámbito Local
Foro Permanente de Asuntos Indígenas (ONU)	Sede en Nueva York			
Fondo de Desarrollo Indígena	Sede en Bolivia	Representantes		
Confederación de Organizaciones de la Cuenca Amazónica (COICA)	Sede en Ecuador	Representantes		
Consejo Indígena Centro América (CICA)	Sede en Panamá	Representantes en América Central		
Organizaciones indígenas	Participación en eventos	Organizaciones de 3er grado	Organizaciones de 2do grado	Organizaciones de 1er grado
Representantes indígenas informales				Rol relevante en la salud de la población

Ejemplo:

Section I.1 Organigrama de la Confederación de Nacionalidades Indígenas



Ejemplo: Ecuador

Matriz de Actores				
Actores convencionales	Ámbito internacional	Ámbito nacional	Ámbito subnacional	Ámbito local
Agencias de Naciones Unidas	Organización Panamericana de la Salud	Representación de OPS/OMS – Ecuador	Proyectos sobre municipios saludables en municipios indígenas	Proyectos AIEPI
Organismos de cooperación bilateral	BID	Oficinas nacionales Proyecto del Seguro Social Campesino		
Comisiones nacionales intersectoriales dependientes de la Presidencia de la República		CODENPE	Representantes	
Ministerio de Salud		Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud del Ecuador	Direcciones Provinciales de Salud de los Pueblos Indígenas	Coordinación con proyectos locales
Instituciones Académicas		Universidad Andina	Programas de extensión	Prácticas
Organizaciones no gubernamentales		CEDERENA	Proyectos	Proyectos
Actores indígenas	Ámbito internacional	Ámbito nacional	Ámbito subnacional	Ámbito local
Foro Permanente de Asuntos Indígenas (ONU)	Representantes indígenas de Ecuador han participado en reuniones del Foro			
Fondo de Desarrollo Indígena	Sede en Bolivia	Representante		Proyectos

Confederación de Organizaciones de la Cuenca Amazónica (COICA)	Sede en Ecuador	Representantes		
Consejo Indígena Centro América (CICA)	Participación en reuniones			
Organizaciones indígenas	Participación en eventos	Organizaciones de 3er grado CONAIE	Organizaciones de 2ndo grado ECUARUNARI	Organizaciones de 1er grado FICI
Representantes indígenas informales		Líderes	Líderes	Terapeutas: yachacs, parteras, hueseros, llamadores de la sombra, madres, mujeres, abuelas, promotores

Indicadores cuantitativos y cualitativos

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas deberá incluir datos cuantitativos y cualitativos. Esta información, además de constituir la línea basal del proyecto, será el insumo para formular indicadores cuantitativos y cualitativos de proceso, de evaluación e impacto de las acciones propuestas. De ser imposible obtener esta información al inicio del proyecto, uno de los resultados será considerar la construcción de estos conocimientos y líneas de base.

En cuanto a los datos cuantitativos, es importante presentarlos de manera comparativa entre el nivel nacional, subnacional y local (perfil demográfico, epidemiológico, social, económico y cultural de la población indígena con énfasis en los niños indígenas), para la identificación de brechas de inequidad y la consideración de factores de riesgo o factores protectores. Reconocemos las limitaciones que tiene la información disponible respecto a la salud de la población indígena ya que los sistemas de salud no incorporan la variable de etnicidad. Sin embargo, existe información que puede ser obtenida en el nivel local, a través de estudios de caso o por análisis secundarios. En este sentido, se considera importante incluir información sobre, por lo menos, los siguientes 15 indicadores descritos a continuación, tanto para la población total, como para urbana, rural e indígena.

Datos básicos – nivel nacional, subnacional, local indicadores	
Demográficos <ol style="list-style-type: none">1. Población total (año)/población indígena (año) – pueblos indígenas2. Esperanza de vida al nacer/total Hombres (años) Mujeres (años)3. Tasa global de fecundidad estimada	Socioeconómicos <ol style="list-style-type: none">4. Alfabetismo: Hombres (%) Mujeres (%)5. Abastecimiento de agua potable (%)6. Servicio de alcantarillado y eliminación de excretas (%)
Mortalidad y morbilidad <ol style="list-style-type: none">7. Mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos (año)8. Tasa de mortalidad en menores de 5 años9. Defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda (EDA)/en niños menores de 5 años (año)10. Mortalidad materna/100.000 nacidos vivos (año)11. Número anual de casos registrados de malaria	Recursos, acceso y cobertura <ol style="list-style-type: none">12. Médicos/10.000 habitantes (año)13. Cobertura con DPT3<1 año (%) (año)14. Atención del parto por personal capacitado (%) (año).15. Uso de anticonceptivos (mujeres todos los medios) año

Los datos cualitativos son importantes para conocer la perspectiva de la comunidad. Por ejemplo, respecto a los conceptos de salud y enfermedad, la perspectiva indígena de las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Así mismo, el imaginario simbólico de las enfermedades específicas identificadas como prioritarias en la comunidad y dentro de los temas tratados por las prácticas clave. De igual manera es importante conocer, entre otros puntos, las preferencias de la comunidad respecto al uso de la atención de la medicina indígena y convencional. Esto incluye la utilización de los recursos humanos y terapéuticos disponibles en la comunidad para restaurar y mantener la salud y la identificación de las personas que cuidan el bienestar de los niños y niñas indígenas.

Factores a considerar en la atención de la salud buco-dental de los niños indígenas

Propuesta basada en la información obtenida de entrevistas con los líderes indígenas del Consejo Coordinador Indígena Salvadoreño⁵¹ 25-29 de noviembre, 2002

Formato

Utilización de gráficos.

Material adecuado a las condiciones de trabajo en comunidades indígenas.

Lenguaje adecuado a las condiciones socioculturales y nivel educacional de la audiencia a capacitar.

Contenido

- Es importante priorizar el enfoque de prevención y promoción en el abordaje de la salud bucodental en general y particularmente, en los niños indígenas menores de cinco años. Los contenidos de salud buco-dental deben vincularse con los contenidos y consideraciones pertinentes tratados en la estrategia AIEPI. Por ejemplo, nutrición, acceso a los servicios de salud, visitas de control del niño sano, etc.
- Al igual que en otras áreas de la salud, los conceptos de salud buco-dental en la población indígena están relacionados con el contexto sociocultural de esta población. Esta información es relevante en la adaptación del contenido y metodología del módulo correspondiente a salud oral y en el proceso de aplicación en zonas con población indígena.
 - Por ejemplo, en las entrevistas realizadas a los participantes del curso (odontólogos jefes de área), profesionales del SIBASI- Centro, líderes y personal del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS), madres de los niños atendidos en el Centro de Desarrollo Salín y en la Escuela Ejército de Salvación se obtuvo la siguiente información:

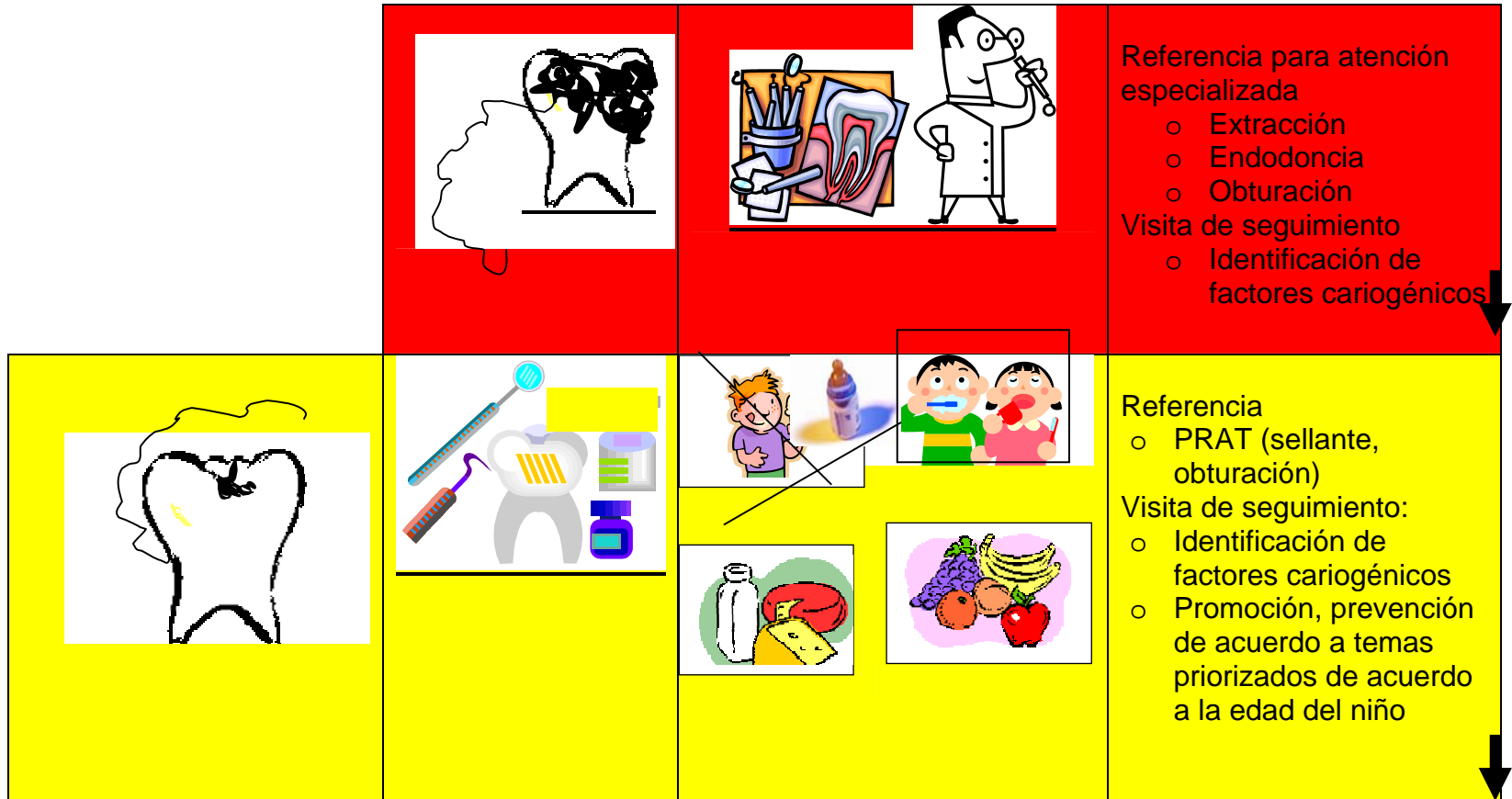
Área de interés	Consideraciones
Acceso de la población indígena a los servicios de salud buco-dental	Los líderes del CCNIS indicaron que en varias comunidades no existe atención odontológica y cuando la hay, los indígenas no la utilizan por el maltrato que reciben. Ellos acuden al servicio de salud cuando tienen dolor y el procedimiento más común son las extracciones. En general, no hay actividades de promoción y prevención en las comunidades indígenas. De acuerdo al Sr. Guillermo Tesorero, es común ver a los jóvenes de 18 años en la comunidad sin los dientes incisivos y a las mujeres jóvenes con los dientes cariados. La mayoría de adultos mayores han perdido la mayoría o todos sus dientes. El Sr. Tesorero indica que la gente de su comunidad concibe la atención dental como solo para los que tienen dinero.

Área de interés	Consideraciones
Concepciones culturales en referencia al cuidado de los dientes	<p>Varias comunidades de El Salvador tienen ascendencia Maya. Entre ellos, los adornos de jade y oro en los dientes eran símbolo de belleza, prestigio y poder. Hasta aproximadamente una década, obsequiar coronas de oro como regalo de bodas o de cumpleaños era común entre las familias indígenas. Por lo general, las coronas eran puestas en su mayoría por técnicos dentales con material inadecuado lo que llevaba a la pérdida de piezas dentarias. Los entrevistados indican que actualmente la costumbre va desapareciendo por las "nuevas concepciones de belleza" y la situación económica.</p>
Percepción de riesgo	<p>La atención de la salud oral no es concebida como prioritaria en la comunidad indígena ya que, según los entrevistados, los problemas asociados a los dientes no causan la muerte.</p> <p>Entre las personas indígenas entrevistadas, los dientes temporales no son considerados importantes.</p>
Recursos comunitarios	<p>La población indígena no acude a la atención odontológica. Las personas entrevistadas indicaron que usan diferentes plantas en el cuidado dental y para aliviar el dolor.</p> <p><u>Para el cuidado dental:</u> mastican tabaco para endurecer los dientes.</p> <p><u>Para aliviar el dolor:</u> mirto, semilla de aguacate, chichipince, jugo de limón.</p>
Oportunidades en e mejoramiento de la atención buco-dental de la población indígena en El Salvador, especialmente de los niños menores de cinco años.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procesos de implementación de la estrategia AIEPI, la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas y acciones en el marco del Programa de Salud Oral. ○ La experiencia en la atención buco-dental con enfoque de prevención y promoción en el contexto de la estrategia de escuelas saludables en El Salvador ha generado lecciones interesantes para la estructuración de programas de salud oral integrales. Esta experiencia beneficiará el desarrollo del módulo de salud buco-dental en el contexto de AIEPI. ○ Existencia de materiales didácticos que promueven la salud buco-dental integral. ○ Experiencia en la implementación de un plan integral de salud buco-dental con comunidades indígenas: en la comunidad Plan Amayo del Departamento de Sonsonate en coordinación con los voluntarios de los Cuerpos de Paz, el MINSA y OPS/OMS-El Salvador. ○ Experiencia e interés del las autoridades y profesionales del MINSA, OPS, Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS), en promover la atención de salud de los pueblos indígenas, particularmente de los niños menores de cinco años.
Principales recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mayor énfasis en actividades de promoción y prevención en las comunidades indígenas: campañas educativas, jornadas dentales, etc. ○ Mayor coordinación con el personal de salud para aprovechar las oportunidades de educación en salud buco-dental a la familia. ○ Aprovechar los espacios que tiene la comunidad para sus reuniones

para impartir charlas e identificar casos que ameritan consejería individual.

- Mayor coordinación con el CCNIS y las organizaciones de base.
- Mayor coordinación intersectorial, especialmente con educación y con el sector privado para potencializar las estrategias de información, educación y comunicación respecto a la salud buco-dental.

Salud de los niños indígenas algoritmos de salud dental⁵² en el contexto de AIEPI
Propuesta



⁵²

El esquema presenta las áreas a considerar en el cuidado de la salud dental del niño menor de cinco años, no se incluye lo referente al cuidado de la cavidad oral (labios y mucosas) ni de la garganta o problemas más específicos como fisura labial y paladar hendido. El esquema es concebido en el contexto de una atención integrada con énfasis en la promoción y prevención de la salud buco-dental del niño menor de cinco años.



 **Fluor**



as prioritarios de acuerdo
edad del niño: Por
plo, transmisión de las
bacterias del cuidador al niño,
problemas por el uso del
biberón, chupeteo del dedo,
dieta, etc.

Promoción y prevención
Identificación de factores
cariogénicos (dieta,
hábitos)
Fomento de hábitos y
medidas saludables

Salud de los niños indígenas

Algoritmos de salud dental en el contexto de AIEPI

Propuesta

La propuesta de algoritmos de salud dental en el contexto de la estrategia AIEPI integra acciones de prevención, promoción y curación. En la aplicación de cada una de ellas en la población indígena, es indispensable tomar en cuenta los conceptos, percepciones y connotaciones que la comunidad tienen respecto a la salud oral, especialmente de los niños menores de cinco años. De igual manera, tiene especial interés los conocimientos, actitudes y prácticas que la comunidad tiene respecto al cuidado de los dientes en el fomento de hábitos de salud buco-dental saludables.

En congruencia con la metodología de la estrategia AIEPI, se ha ubicado el color verde como sinónimo de medidas de prevención y promoción. Se inician estas medidas desde el nacimiento del niño para evitar el riesgo de aparición temprana de caries y promover el cuidado de la dentición temporal y permanente. Se sugiere adaptar los temas de educación prioritarios de acuerdo a la edad del niño y en coordinación con las visitas contempladas en el esquema de vacunación del menor. Por ejemplo, el riesgo del uso del biberón, de la incorporación de dulces en la dieta del niño como “apaciguadores”, la importancia del cuidado de la salud oral del cuidador en cuanto a la transmisión bacteriana cuidador-niño, etc.

El color amarillo corresponde a la presencia de caries superficiales (esmalte y dentina) tratables con la técnica PRAT. La presencia de caries se asocia a factores cariogénicos. Por lo tanto, en este esquema la intervención incluye la acción curativa de sellado u obturación de la caries, y las medidas de prevención y promoción para evitar daños posteriores.

El color rojo implica caries profundas y por lo tanto, presencia de factores cariogénicos relacionadas posiblemente a más de una de las siguientes áreas: dieta, hábitos higiénicos, ausencia de medidas de salud pública en la comunidad. Los casos que se ubican en este color requieren la atención especializada del odontólogo y acciones de prevención y promoción intensivas para que el caso del color rojo pueda revertirse.

Las flechas presentadas a la derecha de los recuadros indican la importancia de mejorar la salud buco-dental del niño a través del abordaje de los factores de riesgo cariogénico. Es decir, si un niño es clasificado en rojo luego de la atención especializada, será necesario considerar los aspectos que deben ser mejorados. Eso incluye completar la curación de sus piezas dentarias afectadas (clasificación amarilla) y la disminución o eliminación de los factores de riesgo (clasificación verde).

Como la estrategia AIEPI lo recomienda, el módulo de salud oral es adicional, por lo cual se complementa con las acciones especificadas en los diferentes módulos de la estrategia. En el algoritmo presentado no se incluye lo referente al cuidado de la cavidad oral (labios y mucosas) ni de la garganta o problemas más específicos como fisura labial y paladar hendido.

