

Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas

Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las
Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.

ISBN 92 75 32607 X.

(Serie OPS/FCH/CH/08/02.E)

I. OPS/FCH/CH/08/02.E II. Serie III. Organización Panamericana de la Salud

1. SALUD INFANTIL

2. ESTRATEGIA AIEPI

3. SALUD INDÍGENA

4. ESTRATEGIAS LOCALES

5. PROMOCIÓN DE SALUD

Call No. WA 320

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C 20037

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implica, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

OPS/FCH/CH/08/02.E

Diseño, diagramación y fotografía: Miki Fernández/Ultradesigns

COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI



Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas

Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria

Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CONTENIDO

Abreviaturas	4	
Agradecimientos	5	
Prólogo	7	
Presentación	9	
Introducción	11	
Objetivos del documento	15	
CAPÍTULO I		
LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)		17
La salud infantil y la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	19	
El componente comunitario de la estrategia AIEPI y el diagnóstico local participativo	20	
Metodología operativa de AIEPI comunitario	21	
CAPÍTULO II		
LA SALUD EN LAS POBLACIONES INDÍGENAS		
Situación de salud de los niños/as indígenas	27	
Los sistemas de salud indígena	33	
CAPÍTULO III		
METODOLOGÍA OPERATIVA DEL ENCUENTRO INTERCULTURAL		
Promoviendo la interculturalidad en los servicios de salud	35	
¿Qué implica trabajar la salud desde una perspectiva intercultural?	37	
Módulo de intervención comunitaria en salud intercultural	40	
ANEXOS		
1. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	46	
2. Matriz 1: Identificación de las principales dificultades que encuentra el personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural	47	
3. Matriz 2: Elaboración de un Plan de Acción	48	
BIBLIOGRAFÍA	49	



Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Agradecimientos

Esta guía fue desarrollada gracias a un convenio entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Cruz Roja Americana, Departamento de Servicios Internacionales, proyecto *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)—An Integrated Partnership to Improve Family and Community Practices*, la Fundación de las Naciones Unidas, proyecto *Empowering Local Communities to Improve Children's Health in Ten Latin American Countries (WHO-RLA-01-223)*, y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA).

La orientación técnica fue realizada por el Sr. Christopher Drasbek, Asesor Regional, Salud del Niño Integral, OPS/OMS; la Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, OPS/OMS; y el Dr. Luis Gutiérrez, Consultor AIEPI Comunitario, Perú. El contenido inicial de este documento fue desarrollado por el Sociólogo Julio Salcedo Ponce, y ha sido enriquecido posteriormente en un Taller Regional en Ecuador organizado por la Alianza Regional AIEPI Comunitario y el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de OPS/OMS.

Además, agradecemos la participación del Dr. Yehuda Benguigui, Asesor Senior y Coordinador del Proyecto Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, OPS/OMS, por su valiosa colaboración en la revisión de la guía.

Agradecemos a todos y a todas por su valiosa contribución.



Prólogo

La reducción de la mortalidad en menores de cinco años en las Américas es fundamental, no sólo para lograr los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sino para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos. En la Región de las Américas, estos grupos están determinados por los cerca de 45 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes, cuyos índices de mortalidad y morbilidad infantil y materna se ven agravados por extrema pobreza, analfabetismo, desocupación y migración. Aunque no se tienen cifras muy claras, se estima que el perfil de mortalidad y morbilidad de los pueblos indígenas es similar al de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Estos índices, no obstante, se ven agravados por la discriminación y desigualdad dentro del sistema de salud. La inequidad en la salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios básicos en las zonas de población indígena, es evidente.

En este contexto, es fundamental la sinergia entre el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas del Área de Tecnología, Atención en Salud e Investigación, y el componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), desarrollado por el Área de Salud de la Familia y la Comunidad (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El componente comunitario de la estrategia AIEPI propone la promoción de un conjunto de prácticas familiares sencillas y de bajo costo, destinadas al crecimiento y desarrollo saludables de la niñez, considerando la diversidad cultural de la población de la Región. Además, a través de su enfoque intercultural de la salud, promueve que convivan con respeto y aceptación mutua la cultura institucional médica y las diversas culturas autóctonas, con la colaboración estrecha de los actores sociales, el personal de salud, la familia, la comunidad y los líderes comunales.

El componente comunitario de la estrategia AIEPI es una herramienta eficiente para promover el uso de las prácticas familiares al interior de familias indígenas. El nivel de aceptación e implementación de la estrategia es alto gracias a su metodología participativa de apropiación comunitaria, una extensa red de agentes comunitarios de salud (ACS), y actores sociales que pertenecen a la misma localidad. Asimismo, las comunidades aceptan la estrategia dentro de su propio sistema cultural porque promueve el empoderamiento de la comunidad, incrementa su capacidad de gestión y la sostenibilidad de programas de salud comunitarios.

La presente guía se inserta en estos procesos y fomenta actitudes, prácticas y conocimientos que tiendan a cambiar positivamente hacia el reconocimiento del carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la población de las Américas. Asimismo fomenta los derechos de la niñez, la salud de la madre, salud reproductiva y equidad de género, y busca, además, la promoción de un ambiente favorable para el buen desarrollo de

niños, adolescentes y adultos, en especial de grupos vulnerables, con miras a disminuir las inequidades de salud que existen en la Región y así, en el marco de los ODM, disminuir la mortalidad y morbilidad infantil en dos tercios hacia 2015.

Dra. Gina Tambini, Gerente

Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH),
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Dr. José Luis de Fabio, Gerente

Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS),
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Presentación

En 1999 se realizó el lanzamiento oficial del componente comunitario de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas, con la premisa de que las familias y comunidades deben ser motivadas y movilizadas para proveer atención de salud a sus niños y mujeres gestantes en el contexto del nivel de atención primaria.

Para ello se decidió promover un conjunto de prácticas familiares, sencillas y de bajo costo, cuya evidencia ha demostrado un impacto favorable en la salud de los recién nacidos y en la niñez, previniendo enfermedades, promoviendo una atención precoz en los servicios y también en el hogar, y contribuyendo a estimular el crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 5 años, especialmente de los más vulnerables, entre ellos las poblaciones indígenas de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud ha apoyado diversas intervenciones destinadas a favorecer la salud de los pueblos indígenas. Hasta el año 2006, por ejemplo, el componente comunitario de la estrategia AIEPI ha implementado acciones en muchas localidades de bajos recursos en más de doce países de las Américas, muchas de las cuales son comunidades de origen indígena - como es el caso de Pailaviri, en Bolivia, y Huancané, en Perú- en el contexto de su enfoque intercultural. A pesar de los avances, el logro de la equidad en torno a la salud de estas poblaciones todavía es un tema pendiente.

En este contexto, en mayo de 2006 y en coordinación con el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) y el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH), se realizó en Ecuador un taller de validación de la guía “Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas”, destinada a reforzar el enfoque intercultural de la salud en el componente comunitario de la estrategia AIEPI. El resultado de este trabajo es el documento que hoy se presenta, y que contiene evidencias que han demostrado que AIEPI es un factor de cambio social y es factible de ser adaptada a las diferentes culturas.

Esta guía está dirigida al personal de salud del primer nivel de referencia, así como a los agentes comunitarios de salud y los actores sociales a nivel de la comunidad, que son capaces de crear redes a nivel comunitario incrementando las capacidades de las organizaciones sociales para implementar cambios a nivel social y al interior de las diferentes culturas, tomando en cuenta la diversidad de los países de la Región. En esta perspectiva, la interculturalidad es tomada en cuenta como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional. En cuanto a la salud, la interculturalidad supone un trabajo desde y entre todos los sectores, encaminado al bienestar integral de los menores de 5 años, sus madres, la familia, la comunidad y sus pueblos.

Este documento es genérico, por lo tanto antes de ser aplicado debe ser adaptado a cada localidad, de acuerdo a sus propias necesidades. Esperamos que sea un instrumento útil en la realización de su trabajo.

Christopher Drasbek

Asesor Regional, Salud del Niño Integral
Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Dra. Rocío Rojas

Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas
Área de Tecnología y Promoción de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Introducción

SALUD E INTERCULTURALIDAD

Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región —que históricamente se han caracterizado por presentar grandes brechas y exclusión social—, deben generar nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables tradicionalmente excluidas de la gestión pública, como una forma de garantizar un mayor ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, así como una mayor equidad en el acceso a la salud. Las poblaciones indígenas son un componente fundamental dentro de este grupo.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades.¹

A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales —así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales— como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano. Como sostiene Rufino Chuquimamani²:

“Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar...”

La interculturalidad implica también la construcción de con-ciudadanía, de respeto

-
- 1 Comunicación Intercultural: conceptos y consecuencias. Tomás R. Austin Millán. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.
 - 2 Experto en EIB y parte del equipo docente de la institución Pacha Huñuy. Citado por: Lucy Trapnell y Eloy Neira en: Situación de la educación intercultural bilingüe en el Perú. Lima, junio de 2004 (inédito) y retomado por Nora Cárdenas en: Políticas interculturales en salud. CIES (2006, inédito).

y de estima. En palabras de Degregori (2004), para la construcción de una comunidad nacional ese reconocimiento implica pasar de la tolerancia, al respeto y a la estima. En este mismo sentido, para Giménez (2000) se trataría de procesos de integración positiva que van abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación afectiva, diálogo y debate, así como aprendizaje e intercambio.

CONCEPTOS

Cultura

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas entre un grupo de personas.

Los niños/as aprenden la cultura y también contribuyen a su continuidad y a su transformación. Las identidades sociales —con su correlativa dimensión de género— son manifestaciones culturales que se forjan a través de una serie de relaciones sociales, que son resultado de significados culturales adscritos a la condición, en este caso, de los niños frente a sus pares y adultos.

Según UNESCO (Declaración de México, 1992), la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de los individuos seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella se dicen los valores y se toman decisiones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.

Género

Es un concepto social y las definiciones y percepciones varían según las culturas. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre mujeres y hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada género³. Las funciones propias de cada uno se aprenden, difieren según los diversos entornos y pueden cambiar con el transcurso del tiempo.

Género es un concepto que permite entender que la forma en que cada persona construye su identidad personal como mujer o varón, y la manera de relacionarse con sus pares o con las personas del sexo opuesto están orientadas e influidas profundamente por los modelos de mujer y varón que su sociedad y cultura consideran adecuados.

De esta manera, la forma en la que cada uno se constituye en hombre y mujer implica

3 Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005.

asumir ciertos roles, atributos y representaciones sociales. Todo ello pasa por un proceso de socialización a través de la familia, la escuela, la comunidad, la pertenencia a un pueblo específico, el grupo de pares y otras instituciones que norman y pautean comportamientos, expectativas y autoimagen. Desde que se nace, e incluso desde el vientre materno, los seres humanos están expuestos a esa influencia social y cultural en la cual el lenguaje es un importante instrumento ya que expresa y reproduce modelos que condicionan la manera de ver el mundo. Estos condicionamientos permean toda la estructura social y las instituciones: familia, escuela, mercado e iglesia —entre otras— y también el cuerpo normativo que rige el comportamiento colectivo de una sociedad, gobierno y administración estatal. En este aprendizaje es importante reconocer que la interiorización de normas y pautas exige también un trabajo psicológico significativo. En algunas ocasiones se piensa en el género sólo como una construcción social, dejando de lado el aspecto psicológico, subjetivo e individual, a través del cual cada persona lee e interpreta esos mensajes y produce, a la vez, una narración de sí mismo(a).

La infancia en las comunidades indígenas

Según Arnold y Yapita (2000) “Ser *wawa* (recién nacido, ahijado/a de bautismo) dentro de la cultura andina es considerado como un elemento funcional para la comunidad desde el momento en que el individuo se encuentra en el vientre materno. Esta funcionalidad es valorada en términos individuales y comunales, lo que implica la recreación de ritos, costumbres y la cotidianeidad de la comunidad (Domic y Ayllon, 2001)”.

Según estos autores, en la medida en que es valorado por la comunidad, el niño desde que nace ya tiene tareas que le son asignadas por su condición generacional, como actividades comunales (labores de pastoreo, tejido de textiles o cuidado de sus hermanos menores); políticas (los *wawas* son objeto de transacción con el Estado para asegurar las tierras comunitarias); y espirituales (personifican la relación con los dioses de la comunidad).

Escalante (2001) sostiene que la noción de niñez en los Andes es diferente que la de la cultura urbana, o de influencia occidental. En las comunidades andinas, un niño se integra desde temprana edad a las labores familiares, las cuales están determinadas no sólo de acuerdo al género sino también a la edad. El niño tiene los mismos derechos que un adulto, y la comunidad lo respeta.

La familia

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Artículo 16-3. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948).

La familia es el primer sistema social donde se inicia la transmisión de valores, roles, creencias, mitos, conocimientos y prácticas. Desde las primeras etapas del ciclo de vida, niños y niñas —en su proceso de socialización— son preparados para desenvolverse en sociedad. En este proceso, la familia representa el grupo más poderoso para su desarrollo social y emocional. Diversos estudios señalan que la interacción entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida tiene un impacto decisivo en su desarrollo como ser humano, en su capacidad de

aprender, regular y controlar sus emociones y comportamientos, y en cómo evitar los riesgos de contraer enfermedades. La familia tiene la responsabilidad fundamental de criar y proteger a los niños/as, así como de introducirlos a la cultura, valores y normas sociales.

Matrifocalidad

En muchas culturas de la Región de las Américas, el concepto de matriarcado sigue vigente y se refiere a la dinámica social de la familia, relacionada con el funcionamiento de su organización gerencial que es llevada a cabo por las decisiones de la madre. La figura de la madre no sólo da el sentido a las relaciones sociales, sino que también ejerce la jefatura del hogar y de la familia al disponer qué se hace y se decide. En este contexto, la madre asume la acción y decisión de disponer de los asuntos de la familia y de cómo se cuida la salud al interior de la misma.

Pueblos indígenas

Según la Organización de Naciones Unidas (2004), “las poblaciones indígenas están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país en la época en que personas de una cultura u origen étnico diferente llegaron procedentes de otra parte del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de no dominancia o colonial; que hoy viven más de conformidad con sus [propias] costumbres y tradiciones sociales, económicas o culturales —más que con las de los países de los que ahora forman parte—, a las que han incorporado características nacionales, sociales y culturales de otros segmentos de la población que son predominantes”⁴.

La Organización Internacional del Trabajo, por su parte, define a los pueblos indígenas y tribales en la Convención 169 como: “pueblos [...] cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otras secciones de la comunidad nacional y cuyo estatus está regulado por sus propias costumbres o tradiciones o por leyes o reglamentos especiales [...] [los] que son vistos como indígenas en función de su descendencia de las poblaciones que habitaban el país (o la región geográfica a la que el país pertenece) en el tiempo de la conquista o colonización o durante el establecimiento de las presentes fronteras estatales y que, independientemente de su estatus legal, retienen alguna o todas sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas”.

Y agrega que “la autoidentificación como indígena o tribal será considerada como un criterio fundamental para determinar los grupos a los cuales se aplican las provisiones de la presente Convención”.

La definición del Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas, por su parte indica que se trata de grupos poblacionales que, desde tiempos antiguos han habitado las tierras donde viven y que son conscientes de tener un carácter propio con tradiciones sociales como el criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican sus provisiones.

4 Organización de las Naciones Unidas. Seminario sobre recopilación y desglose de datos relativos a los pueblos indígenas. El concepto de pueblos indígenas. Documento de antecedentes preparados por la secretaria del Foro permanente para las cuestiones indígenas. Nueva York, enero, 2004

Objetivos del documento

Los objetivos de esta guía son a) entregar información al personal de salud y a los líderes y actores comunitarios sobre la importancia de la interculturalidad en su trabajo diario; b) reflexionar sobre la importancia de incorporar la perspectiva intercultural en salud de manera de disminuir la mortalidad y morbilidad infantil, y proteger la salud de la madre, la familia y la comunidad en los grupos vulnerables y alcanzar así los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); c) entregar pautas básicas basadas en evidencia para incorporar la perspectiva intercultural en cada uno de los ámbitos de trabajo, de manera de difundir las prácticas familiares con efectividad y respetando las diferencias culturales al interior de las propias comunidades.

El módulo que se presenta a continuación se enmarca en el interés creciente de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) por la necesidad de reflexionar sobre la interculturalidad como una apuesta de igualdad frente a la salud de los menores de 5 años y las mujeres gestantes, especialmente en los grupos más vulnerables, como las poblaciones indígenas de la región.

En este sentido, este módulo de intervención comunitaria en salud e interculturalidad intenta de manera práctica fortalecer las capacidades y sensibilidades del personal de salud respecto a la diversidad cultural, buscando respuestas desde el sector para mejorar la calidad y calidez de la atención.

CAPÍTULO I

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

En el año 2002, la comunidad internacional ratificó un conjunto de acuerdos que fueron más allá de la perspectiva sectorial —educación, salud y medio ambiente—, y se centraron en la reducción de la pobreza con prioridades claras apoyadas en alianzas entre países desarrollados y en desarrollo. Estos se plasmaron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (ver anexo 1).

De los ocho objetivos generales, tres se refieren explícitamente a temas de salud, como reducción de la mortalidad en la niñez, mejoramiento de la salud materna, y lucha contra la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aprobados por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio (enero, 2000), establecen metas ambiciosas para reducir la pobreza, 50% para el 2015. La salud ocupa un lugar central: tres de los ocho ODM, ocho de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados a ella.

Tomando en cuenta la situación sanitaria actual a nivel mundial, el último informe de OPS/OMS sobre la salud en el mundo, señala que la tarea decisiva de la comunidad mundial es reducir las disparidades en salud que actualmente existen entre los países. Sobre la base de experiencias y logros del pasado, el informe del año 2003 presentado por organismos internacionales, propone estrategias para lograr un futuro más saludable y más equitativo.

El Informe plantea que para lograr progresos reales en materia de salud se requieren mejores sistemas basados en la estrategia de atención primaria. Asimismo, establece que los países que no desarrollen sistemas de atención que respondan a los complejos retos de salud del presente, sólo conseguirán adelantos limitados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras prioridades nacionales en materia sanitaria.

La Atención Primaria de Salud (APS) fue concebida durante la Conferencia Internacional de ALMA ATA como la “clave” para alcanzar la meta de “Salud para Todos”,

conforme a un espíritu de justicia social que promueve la cooperación entre países y la movilización y coordinación de la cooperación internacional en función de las prioridades nacionales en salud. Se definió en torno a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación.

En este contexto, la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ha probado ser eficaz y costo-efectiva no sólo para evitar los altos índices de enfermedad y muerte, sino también para aumentar el capital de salud y la calidad de vida de los niños/as y de las comunidades, contribuyendo así al logro de las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

En el marco de los esfuerzos que desarrollan los países y pueblos de las Américas para alcanzar la equidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha implementado acciones sistemáticas en materia de salud indígena en cumplimiento de las diferentes Resoluciones⁵ y en referencia al Convenio 160 y 169 de la OIT⁶ sobre Pueblos Indígenas (Art. 25, par. 2). En este sentido las acciones a implementar se basan en los principios del Programa Salud de los Pueblos Indígenas impulsado por la Unidad de Organización de Servicios de Salud del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS) desde 2004⁷.

Este programa se basa en las fortalezas de los países y pueblos de la Región y toma en cuenta los enfoques y metodologías que combinan la visión institucional y comunitaria. Tiene como meta contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, fortaleciendo la capacidad local, nacional, subregional y regional para impulsar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de una manera integral y coordinada en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano. Para lograr este objetivo se requiere de la participación de todos los actores sociales con un enfoque multisectorial y multidisciplinario que aplique las perspectivas de género y generación, y la consideración de la salud como un derecho.

5 CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997).

6 El Convenio 169 de la OIT, reconoce que —los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y deberán tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales—.

7 Ver documento completo en http://www.amro.who.int/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf

Las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas, los cuales orientan la labor, facilitan criterios para la vigilancia y sientan las bases para la evaluación al final del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.

1. Enfoque integral de la salud
2. Derecho a la autodeterminación de los pueblos
3. Respeto y revitalización de las culturas indígenas
4. Reciprocidad de las relaciones
5. Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas

LA SALUD INFANTIL Y LA ESTRATEGIA AIEPI

Aproximadamente 12 millones de niños nacen anualmente en Latinoamérica y el Caribe. De acuerdo con las estimaciones, 400.000 de ellos mueren antes de llegar a los 5 años de edad; 270.000 mueren antes de cumplir un año, y de estos, 180.000 fallecen durante el primer mes de vida. Esta pérdida constante de vidas se debe principalmente a causas prevenibles o tratables si son detectadas tempranamente, como la desnutrición o infecciones y enfermedades respiratorias que en conjunto son responsables de una de cada cuatro muertes en este grupo etario. En los países de Latinoamérica, el promedio de la tasa de mortalidad infantil descendió de 43 por 1 000 nacidos vivos a 25 entre 1990 y 2003 (Salud en las Américas, OPS, 2007).

Alrededor del 38% de las muertes se deben a afecciones peri-neonatales; asfixia, bajo peso al nacer, infecciones y problemas del embarazo y parto.

La mayoría de estos problemas, que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de alrededor de las dos terceras partes de las muertes anuales en las Américas, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a ellas, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en su hogar y comunidad.

En 1996 la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez en las Américas. La implementación de AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la familia y la comunidad, y consta de tres componentes:

1. Clínico: está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento.
2. Servicios de salud: busca mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.

3. Comunitario: su objetivo es implementar e incrementar el uso de las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de los menores de 5 años y las mujeres gestantes.

AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, su detección precoz y tratamiento efectivo, y la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

AIEPI brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño, detectando las enfermedades o problemas que más frecuentemente lo afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar.

A partir de esta evaluación, AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, estableciendo el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, e informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Sobre esta base, AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

EL COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y EL DIAGNOSTICO LOCAL PARTICIPATIVO

El componente comunitario de AIEPI busca articular el esfuerzo iniciado en los servicios de salud con acciones que se pueden desarrollar en la comunidad, involucrando a todos los actores y sectores posibles en el nivel local con la finalidad de promover prácticas familiares y comunitarias saludables en el cuidado y protección del niño/a en el hogar y la comunidad. En tal sentido, la familia y las redes sociales se constituyen en los actores principales de las intervenciones que se desarrollan a nivel comunitario.

Asimismo, la participación de la comunidad constituye un fin y un medio para contribuir a mejorar las prácticas familiares y comunitarias saludables en el cuidado y protección del niño, pero para que ello ocurra se requiere la decisión deliberada y consciente de involucrar en este esfuerzo todos los recursos humanos y de las organizaciones presentes en cada realidad: agentes comunitarios de salud, ONG, municipio, organizaciones de base, escuela, líderes, etc. Sólo de esta manera se podrá influir positivamente en la salud de los menores de cinco años y disminuir los índices de mortalidad y morbilidad en este grupo etario en dos tercios hacia el año 2015, con el fin de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para alcanzar estos objetivos se requiere que desde los servicios de salud se desarrollen procesos que tengan como punto de partida el conocimiento y reconocimiento de la realidad local, sus habitantes y cultura, y la noción de salud y enfermedad existentes en cada comunidad. Importante en este proceso es el diagnóstico situacional, que cuenta con la participación de todos los actores sociales involucrados.

El abordaje en el componente comunitario es permanentemente adaptado a las condiciones y realidades locales y su objetivo es ser un instrumento facilitador. Por esa razón deberá ser enriquecido con las experiencias y los recursos existentes en la localidad.

La realización de un Diagnóstico Local Participativo es fundamental, ya que permite recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud del niño y de la mujer gestante, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes. Además, da la posibilidad de conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local, analizar los problemas de salud detectados - en conjunto con la población y los actores sociales - revisar sus causas y consecuencias y proponer acciones para hacerles frente (Guía para el Diagnóstico Local Participativo. OPS/FCH/CA/05/4.E). Su objetivo general es abordar la situación de salud infantil con la participación de los diferentes actores sociales, lo que permite finalmente elaborar el plan de trabajo conjunto. Para ello es importante el uso de una secuencia metodológica elaborada especialmente para este trabajo.

METODOLOGÍA OPERATIVA DE AIEPI COMUNITARIO

Se desarrolla desde el nivel local con la participación activa y consciente de la población organizada, de los actores sociales locales y sus redes. La secuencia y metodología sugerida es la siguiente:

Partir del análisis de la realidad local

El punto de partida es el análisis de la realidad local: el cantón, municipio, distrito, o el ámbito geográfico poblacional, fortaleciendo la identidad de los diferentes grupos: ¿Quiénes somos? o ¿Cuántos somos? son algunas preguntas relevantes del Diagnóstico Local Participativo. Se trata de un proceso activo y de mutuo aprendizaje, que permite a los diferentes actores conocer sus problemas y sus posibilidades.

¿Quiénes somos? Nuestra fortaleza: los actores sociales

Al configurar el escenario geográfico y social y al responder quiénes somos, se descubre una riqueza de conocimientos de los diferentes actores sociales respecto a determinados temas como salud, educación, gobierno local, organizaciones de base, ACS, personal de salud, Iglesia y ONG, entre otros. En este proceso hay un reconocimiento del rol y función de cada uno de los actores, su estructura de recursos humanos, sus dificultades y sus potencialidades.

¿Qué problemas tenemos?

Luego de identificar la estructura, función y rol de los actores sociales, se discute y analiza el problema central que afecta la salud de niños/as menores de 5 años y mujeres gestantes. La jerarquía de los problemas de salud se establece a través de encuestas basales.

Las prácticas clave priorizadas

El contenido del trabajo se basa en establecer una brecha entre la realidad y los comportamientos ideales en cuanto al uso y conocimiento de las prácticas familiares clave. Para ello es necesario conocer cuáles de ellas son prioritarias y definir el perfil epidemiológico de cada localidad. La encuesta basal que se desarrolla y que concluye con el análisis de los

resultados entregados por los mismos actores sociales identificados, permite contar con prácticas priorizadas, analizadas y legitimadas por la población.

OMS y UNICEF, sobre la base de pruebas científicas y de la experiencia existente, promueven a través de AIEPI un conjunto de prácticas clave para fomentar el crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 5 años. Dichas prácticas, contribuyen a:

- Estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental
- Prevenir enfermedades
- Brindar mejor asistencia domiciliaria
- Identificar precozmente cuándo buscar atención fuera del hogar

PRÁCTICAS CLAVE PARA FOMENTAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO SALUDABLES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

Para el crecimiento físico y el desarrollo mental

1. Practicar la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses. Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al recién nacido, teniendo presente las normas y recomendaciones de OPS/UNICEF/ONUSIDA sobre VIH y alimentación del lactante.
2. A partir de los seis meses de edad suministrar a niños y niñas alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, y continuar al mismo tiempo con lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Proporcionar a niños y niñas cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro), ya sea en su régimen alimentario o mediante suplementos.
4. Promover el desarrollo mental y social del niño y la niña, respondiendo a su necesidad de atención, procurando estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.

Para la prevención de enfermedades

5. Llevar a niños y niñas en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas: BCG, DPT, VOP antes de que cumplan un año, y antisarampionosa al año de edad.
6. Desechar las heces (inclusive las de niños y niñas) de manera segura y lavarse las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a niños y niñas.

7. Proteger a niños y niñas en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose de que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.
8. Adoptar y mantener los hábitos apropiados de prevención y atención de las personas con VIH/sida, especialmente los huérfanos.

Para el cuidado apropiado en el hogar

9. Continuar alimentando y dando líquidos a niños y niñas, especialmente leche materna cuando están enfermos/as.
10. Administrar a niños y niñas enfermos/as el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tomar las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en niños y niñas.
12. Evitar el maltrato y descuido de niños y niñas y tomar las medidas adecuadas cuando ocurran.
13. Asegurarse de que los varones participen activamente en el cuidado de sus hijos e hijas y que se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

Para buscar atención

14. Reconocer cuándo los niños y niñas enfermos/as necesitan tratamiento fuera del hogar y llevarlos al servicio de salud apropiado para que reciban atención.
15. Seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.
16. Asegurarse de que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de servicios de salud, además de recibir las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento del parto, posparto y lactancia.

Nuestro problema: una cuestión metodológica

Después de que los servicios de salud cuentan con la información generada a través de las encuestas que son parte del Diagnóstico Local Participativo, la población y todos los actores que intervienen se preguntan:

- ¿Por qué mueren los niños/as en nuestra comunidad?
- ¿Por qué se enferman los niños/as en nuestra comunidad?
- ¿Por qué determinadas prácticas no son parte del comportamiento de las familias?
- ¿Qué hacen las familias cuando se enferman los niños/as?
- ¿Cuáles son las prácticas de salud locales?

¿Cuál es la orientación?

El sujeto final de la intervención es la familia, y es a ella a la que se le realizan las encuestas basales y la correspondiente evaluación posterior. Para llegar a ellas se utilizan diferentes escenarios, espacios y tiempos, así como el apoyo de los actores sociales, quienes en el contexto de su función incorporan actividades de alto valor agregado y sensibilidad social. Se requiere finalmente que los servicios estén preparados en la calidad de su oferta y que exista provisión de medicamentos y vacunas.

Son tres los grupos que participan de AIEPI comunitario:

FAMILIA	La madre, el padre, la abuela o los cuidadores de los niños y niñas menores de 5 años y las redes familiares y sociales que son parte de la cultura local. Lograr que el entorno inmediato al niño sea favorable y que las prácticas clave se conviertan en el mejor seguro para su vida y realización como futuros adultos es fundamental.
ACTORES SOCIALES	El análisis de la realidad local mostrará la arquitectura social de cada ámbito y visualizará a los actores sociales más importantes por su capacidad de llegada y cobertura a través de sus redes propias, conservando su función esencial. <ul style="list-style-type: none"> • La red educativa cuenta con profesores, alumnos y padres de familia. • La red de organizaciones de base incluye a dirigentes y asociados, en su mayoría mujeres. • El gobierno local y los servicios de salud también cuentan con personas que desarrollan determinada función que los distingue de otros actores.
SERVICIOS DE SALUD	La promoción de prácticas saludables en aquellos lugares donde se percibe una ausencia de ellas requiere que los servicios de salud, ministerio de salud, seguridad social y otros, fortalezcan sus acciones para que las prácticas clave de la población sean permanentes y no procesos inconclusos. Así, por ejemplo, cuando en algún ámbito no hay práctica de hacer vacunar a los niños/as por distintas razones y la población ha compartido información sobre la importancia de la vacuna a través de diferentes actores, es importante que el servicio de salud, además de contar con medicamentos, entregue una atención de calidad y calidez a las madres que deciden vacunar a sus hijos/as. Sólo así es posible garantizar que la vacunación se transforme en una práctica habitual a nivel familiar y de la comunidad. Es importante, además, que el componente clínico y organizacional se incorpore a los servicios.

RESULTADOS Y SOSTENIBILIDAD

Los resultados de la intervención comunitaria serán evaluados desde distintas vertientes al inicio y al final de la experiencia, y a través de diferentes instrumentos de acuerdo a los actores: en la familia (encuestas, grupos focales y otros), y en los actores sociales, según el perfil epidemiológico local.

El resultado será:

- Familias. Que han incorporado en su vida cotidiana actitudes y prácticas saludables.
- Actores sociales. Quienes al haber incorporado acciones en apoyo a las prácticas familiares, hacen que éstas sean más sostenibles. El éxito de la sostenibilidad de las acciones realizadas por los actores sociales depende de si las actividades en apoyo a las prácticas respetan y hacen crecer su propio rol comunitario.
- Instituciones. Que después de finalizada la implementación, incorporen acciones en ayuda a la sostenibilidad de la implementación. Se espera que sea cotidiano para el profesor compartir prácticas saludables con alumnos, los padres de familia y la comunidad. Que sea habitual que las organizaciones de base incorporen el cuidado del niño y la mujer gestante en su agenda organizacional. Que la agenda municipal muestre prioridad y que además del discurso le asigne un presupuesto real a la salud y la promoción. Que los ACS sean reconocidos y cuenten con mayor apoyo, especialmente en aquellos lugares donde su labor continúa como voluntariado. Que las iglesias locales incorporen en sus sermones dominicales el cuidado de los niños, niñas y mujeres gestantes.

Es importante la construcción de principios que permitan sensibilizar a la comunidad sobre el valor de la vida y de la salud de los menores de 5 años y de las mujeres gestantes.

Matriz de intervención de AIEPI Comunitario

EL PROBLEMA	CAUSAS ¿POR QUÉ?	CONSECUENCIAS	ACCIONES (*)	ESCENARIOS
El problema relacionado con la salud infantil y mortalidad materna en determinada realidad	Por qué existe el problema	Los efectos si el problema persiste	¿Qué hacemos? ¿Cómo lo hacemos? ¿Con qué? ¿Quiénes? ¿Cuándo? ¿Cada cuánto nos evaluamos? Este trabajo se realiza en tres escenarios: - La familia - Los actores sociales - Los servicios de salud	Familia Actores sociales Servicios de salud

(*) Las acciones se relacionan con las causas y el grupo de preguntas tiene relación con cada causa priorizada.

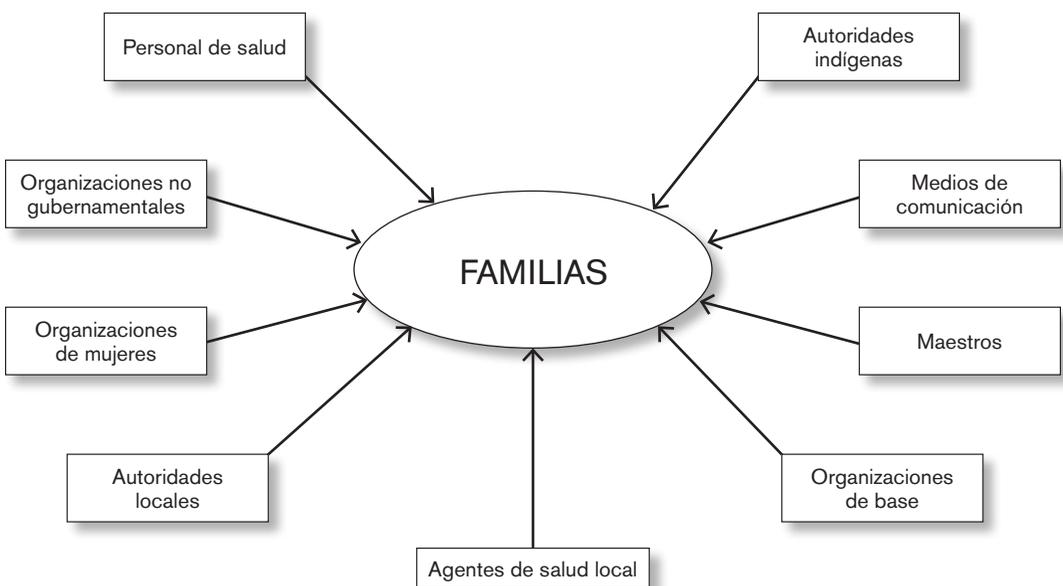
¿CÓMO SE OPERATIVIZA LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL TRABAJO CON LAS POBLACIONES INDÍGENAS?

El trabajo con los pueblos indígenas implica la participación de diferentes organizaciones y actores sociales al interior comunidad, pero sobre todo implica la disposición de conocer y respetar el uso de costumbres y lengua propia. Es importante que el personal de salud tenga la disposición de aprender el idioma local con el fin de facilitar el acceso de un mayor número de personas al servicio.

En la dinámica de la comunidad interviene un conjunto de actores sociales que representan no sólo a una cantidad de personas, sino que también entregan información social sobre las actividades y la organización y vivencia de la localidad. Esta información es un gran aporte en cuanto a los aspectos curativos y de promoción de la salud —así como en la prevención de enfermedades a nivel de la comunidad y la familia— pues permite conocer, tomar decisiones y direccionar los esfuerzos y recursos en favor de la salud de los niños y niñas menores de 5 años y de las mujeres gestantes.

En esa tarea, las autoridades indígenas —líderes políticos y tradicionales de los diferentes niveles— se convierten en interlocutores legitimados por su propia comunidad, ya que son considerados un guía en la conducción de las vidas de sus pueblos. El trabajo con ellos, por lo tanto, es clave, ya que su liderazgo podría contribuir a la promoción de las prácticas familiares clave para mejorar la situación de salud de los recién nacidos y los niños/as indígenas menores de 5 años.

La labor con los pueblos indígenas requiere de un trabajo en red, que debe ser masivo y permanente. Esto permite que la comunicación se multiplique, y este efecto multiplicador permite ampliar los espacios y oportunidades de promoción de las prácticas clave para el cuidado de los menores de 5 años en el hogar y la comunidad.



CAPÍTULO II

La salud en las poblaciones indígenas

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS INDÍGENAS

De acuerdo a OPS, cada año aproximadamente 400.000 niños/as menores de cinco años mueren en la Región de las Américas por enfermedades que podrían prevenirse. Los datos regionales y nacionales ocultan las diferencias existentes entre los sectores poblacionales entre y dentro de los países, ya sea agrupados por su ubicación geográfica, raza, pertenencia étnica o nivel de ingreso, por lo 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 pueblos indígenas.

Estas poblaciones han sido, históricamente, incluidas dentro de las minorías. Sin embargo, de acuerdo a los datos de OPS, pueblos como los mayas, quechuas o kichwas, guaraníes, achi o aymaras son mayoría dentro de algunos países o al interior de ellos, como Guatemala, Bolivia, Ecuador, Perú, Argentina y Chile, entre otros. Por factores culturales, sociales y económicos, las condiciones de vida y salud en que la mayoría de esos pueblos se desenvuelve son precarias⁸.

La relación entre las variables de pobreza y etnicidad va siempre en proporción directa. Por ejemplo en Ecuador, en áreas rurales de la sierra y de la Amazonía —zonas de asentamiento de pueblos indígenas— se estima que 76% de los niños son pobres⁹.

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

8 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) Iniciativa salud de los pueblos indígenas. Salud de los niños indígenas. Incorporación del enfoque intercultural de salud en los contenidos y metodologías de la estrategia AIEPI. Orientaciones, (2003).

9 UNICEF. Indicadores básicos por país, 2007.

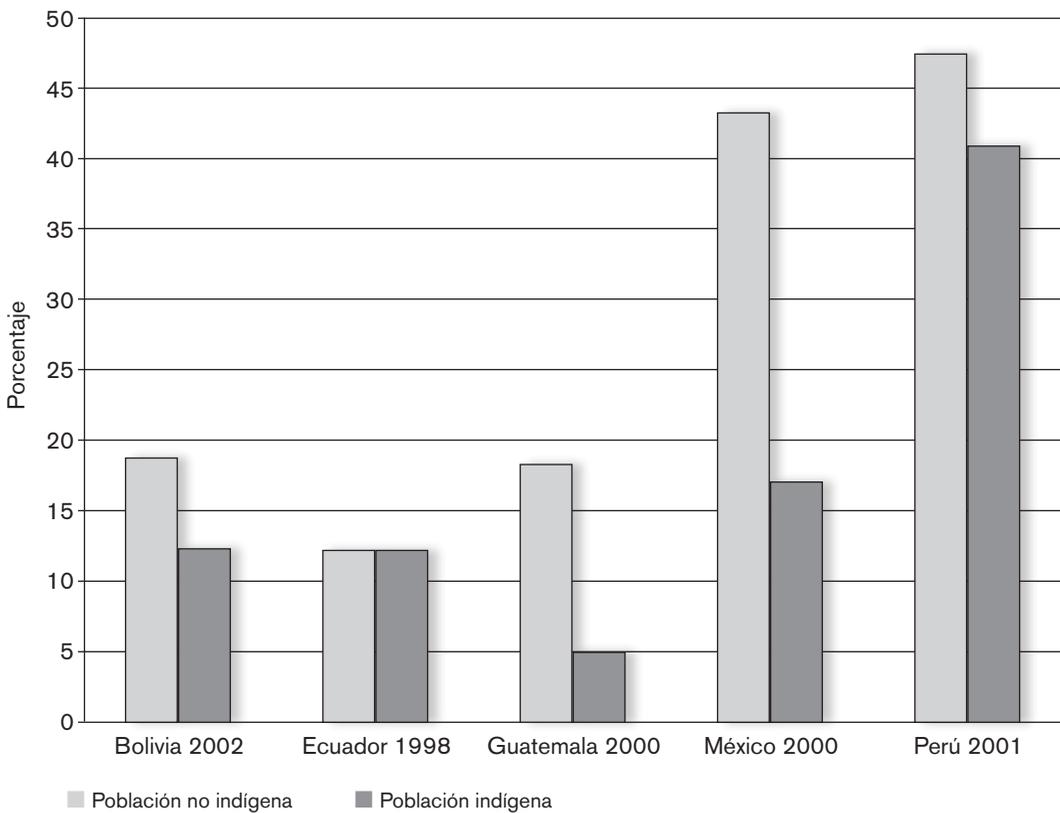
Inequidades en cuanto a escolaridad, salarios y potencial de beneficios educacionales de la población indígena en varios países de la Región.

País	% de población indígena	Diferencia en años de escolaridad en comparación al resto de la población	Razón de salarios promedio entre indígenas y el resto de la población
Bolivia	62,00	-4,4	0,49
Brasil	43,94	-2,1	0,50
Guatemala	44,70	-2,8	0,53
Perú	17,82	-3,3	0,58

Fuente: Zoninsein, J. OPS, 2002.

Según Hall y Patrions (2004), los indicadores de salud —que van desde la mortalidad materna hasta los partos hospitalarios y cobertura de vacunas— son sistemáticamente peores entre los pueblos indígenas, como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Porcentaje de población que cuenta con servicios de salud (último año disponible)

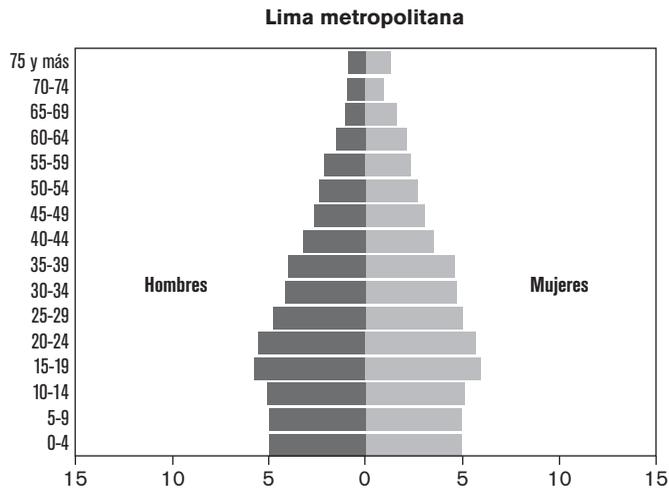


Fuente: Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004

De los datos se puede extraer que la atención básica de salud sigue siendo un problema, particularmente entre los indígenas, donde las tasas son muchas veces inferiores al promedio nacional, como es el caso de Guatemala y México.

En este contexto social y económico, la población indígena de las Américas presenta, con raras excepciones, condiciones de salud precarias. Entre las causas de muerte más comunes se encuentran la malaria, oncocercosis, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades diarreicas, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónico-degenerativas, VIH /sida y el suicidio.

Las poblaciones indígenas son poblaciones eminentemente jóvenes. Por ejemplo, de acuerdo con el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana (1993) se identificaron 1.450 comunidades indígenas pertenecientes a 65 grupos étnicos, que sumaban 299.218 habitantes. De ellas, el 50% de la población tenía entre 0 y 14 años, en comparación con 30% en Lima metropolitana. Así lo indican las siguientes pirámides poblacionales:



La mayor mortalidad de la población indígena en el Perú se registra en los primeros años de vida. Según ENDES (2000), las enfermedades diarreicas y respiratorias están entre las principales causas de fallecimiento: mientras Lima presenta una tasa de 17 por 1000 n.v., en el Cusco ésta alcanza a 84 por 1000; en Piura el promedio es de 37 por 1,000 n.v.; y en Loreto la cifra es de 53 por 1000. La misma fuente señala que más del 40% de niños menores de 5 años pertenecientes a zonas rurales presenta desnutrición crónica, en comparación a un 25% a nivel nacional. En el Perú, los niños y niñas que pertenecen al quintil más pobre de la población tienen cinco veces más probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que aquellos pertenecientes al 20% con mayor ingreso económico, lo cual evidencia la gran desigualdad que existe en ese país (UNICEF, 2005).

Otro ejemplo es la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá, cuya cifra es de 84 por mil niños nacidos vivos, comparada con 17.2 por mil niños nacidos vivos a nivel nacional; 32 x 10.000 niños indígenas menores de 5 años mueren por diarrea, lo que significa cinco veces más si se lo compara con el promedio de 6,4 por 10.000 en todo el país.

En los departamentos con mayor población indígena de Honduras también se aprecia diferencia. En relación a la mortalidad materna, por ejemplo, Atlántida, Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz, superan en mucho al promedio nacional de 147 x 100 mil nacidos vivos (n.v).

Honduras: Tasas de Mortalidad Materna por Departamento, 2004

	TMM por 100 mil n.v.
Atlántida	159
Colón	200
Comayagua	143
Copan	203
Cortés	164
Choluteca	106
El Paraíso	119
Francisco Morazán	122
Itibuca	255
La Paz	229
Lempira	190
Ocotepeque	150
Olancho	141
Santa Bárbara	92
Valle	122
Yoro	83

Promedio Nacional: 147 * 100 mil n.v.

Un mapa supranacional de las Américas mostraría la presencia de pueblos indígenas multinacionales como los *maya* de México, Guatemala y Belice; los *quechua* de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina; o los *guaraníes* de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Esto puede llevar a afirmar que las fronteras actuales son relativas, y la cooperación entre los países es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos y en particular de los niños y niñas y las mujeres gestantes.

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas locales, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de gran valor en el contexto del 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, como sostiene una autoridad indígena originaria del Municipio de Cotagaiba-Potosí (Bolivia):

“...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, sarna, diarrea 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 que la atención formal de salud se acerque a estas comunidades, lo que implica, no obstante, incluir lengua, comunicación, valores, creencias, organización social, formas de vida, organización del tiempo y recursos terapéuticos locales.

El personal de salud del primer nivel de atención que trabaja directamente con poblaciones indígenas a nivel comunitario, debe conocer el número de niños/as y su distribución por pertenencia étnica, grupo etario y sexo. Junto a ello, es importante que conozca las nociones de salud, enfermedad y “buen vivir” que existen en la zona, así como los recursos primarios curativos de las personas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer -de acuerdo al perfil epidemiológico existente- el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades de diagnóstico, conocimientos básicos de entomología, y particularmente el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos.

Además de la provisión adecuada de insumos, es importante el fortalecimiento de la capacidad gerencial para resolver tanto situaciones de emergencia, como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

En cuanto a los avances realizados en estos diferentes aspectos en las Américas cabe mencionar los procesos impulsados por OPS desde la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, que priorizan las acciones en áreas de interés epidemiológico común, la conformación de redes subregionales, la coordinación interinstitucional, la formación y desarrollo de recursos humanos, el desarrollo de la información desagregada por pertenencia étnica y la adaptación de contenidos y metodologías de acuerdo a las condiciones de vida y

salud de los niños de los pueblos indígenas. Esto se refleja, por ejemplo, en la implementación de la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y otros programas prioritarios como en el abordaje de la malaria, tuberculosis, VIH/sida, salud materna, etc.

Se reconoce la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas. Sin embargo, son las investigaciones cualitativas las que permitirán conocer el contexto de los números.

Aunque los pueblos indígenas son diversos, es posible encontrar algunas constantes que permiten rastrear las grandes ideas de organización de su pensamiento. De acuerdo a investigaciones, los grupos indígenas consideran la armonía individual ligada al universo como la fuente de la salud y el ideal de vida. Esos pueblos organizan el pensamiento en pares o dualidades, como “lo frío y lo caliente” o “lo masculino y lo femenino”, y poseen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus.

Es en esta área donde emergen los rituales que forman parte de lo cotidiano y de eventos particulares, como la concepción, nacimiento, cuidado de la placenta y ombligo, elección del nombre, primer corte de cabello, primer corte de uñas y ceremonias que acompañan estos momentos.

El fallecimiento de un niño se explica muchas veces de acuerdo a la percepción que los pueblos tienen de la vida y de la muerte. Sin embargo, la familia y la comunidad no cesan en su lucha por la sobrevivencia de cada uno de sus miembros. De hecho, el abordaje de la salud de los niños/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende del bienestar de la madre y del pueblo, ya que también contribuyen en la dinámica de la comunidad. Así lo explica la siguiente cita¹⁰:

“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 sahumerios (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/as crecen al interior de la familia, de la comunidad y del pueblo. Ellos son parte del proceso productivo y objeto de atención especialmente cuando están en el vientre materno, cuando nacen, están enfermos o mueren.

Para estos pueblos, la enfermedad se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta

10 Tomada de un estudio realizado en uno de los *ayllus* indígenas bolivianos, Municipio de Cotagaita del Departamento de Potosí.

afirmación está contenida en la Declaración de Alma Ata¹¹ y está presente, además, en los esfuerzos renovados de la atención primaria de la salud. Los equipos técnicos que atienden las necesidades de los niños/as indígenas deben tener muy en cuenta la perspectiva vital y cultural de la comunidad.

LOS SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA

Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, OPS).

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen.

La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia. En el caso de la Amazonía, por ejemplo, existen dos categorías del universo conceptual para entender la salud. Una es la *icara* y otra es la *cutipa*, que alude a algo que penetra al cuerpo, que enajena y causa daño o malestar.

La noción de equilibrio está presente al entender la salud mental. En el caso de Huancavelica (Perú) para hombres y mujeres la salud mental es el equilibrio entre el orden y el desorden, expresado en los sentimientos de tristeza y alegría ya que en estas culturas coexisten los sentimientos de tristeza o pena (*llaki*), susto o miedo (*manchay*), y rabia o cólera (*phiñay*), categorías que por lo demás forman parte de una comprensión andina de los desordenes psicológicos, que asimismo se inscriben en una lógica terapéutica propia.

La medicina tradicional mantiene su vigencia en los pueblos indígenas. Ella recurre al empleo de plantas medicinales —entre otros recursos terapéuticos como los rituales, los cantos y las ceremonias—, y a la práctica de los proveedores tradicionales de salud como parteros, hueseros, sobadores, etc.

En el caso de la Amazonía, un elemento importante de la curación o sanación es el *icaro*, una forma de oración-canto que permite al especialista “succionar” el mal mediante un ritual donde la salud se logra a través de una acción comunicativa. Esta forma de lograr la salud requiere de una política centrada en la praxis comunicativa, un estilo de relación que valoriza el saber local. Como sostiene Portocarrero: “Mientras que el silencio mata, la comunicación cura. Es en diálogo abierto que se abre el horizonte del futuro” (2004:24).

11 La Conferencia de Alma Ata (1978) sobre Atención Primaria de la Salud, revela la importancia de la participación comunitaria, que contempla los principios de equidad, inclusión, prevención y promoción de la salud.

Para este autor, el acto comunicativo permite verbalizar los miedos y las esperanzas, explorar las soluciones, hacerse dueño del futuro, y ganar responsabilidad e iniciativa.

El jefe de la comunidad, médicos tradicionales, *chamanes*, curanderos, parteras, hueseros, consejo de ancianos, líderes y promotores -todos con sus saberes, experiencias y oportunidades de cercanía privilegiada a los niños/as indígenas de la comunidad-, constituyen una red de autoridades legitimadas por su comunidad para el cuidado de sus destinos, incluyendo el cuidado de la vida, salud y el desarrollo de los individuos y sus entornos.

Las experiencias, conocimientos, y prácticas adquiridas en este ejercicio pueden reforzarse y/o complementarse con nuevas estrategias para el cuidado del recién nacido y de los niños/as, como es el caso de AIEPI.

Capítulo III

Metodología operativa del encuentro intercultural

PROMOVIENDO LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.

Existe riqueza de conocimientos de los médicos locales tanto en los Andes como en la Amazonía y el reto es reconocer y valorar formas distintas de conocimientos y saberes en el campo de la salud, e incorporarlas de manera gradual a los sistemas de salud “oficiales”. Porque existe una concepción distinta de la salud entre la población indígena, y la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento.

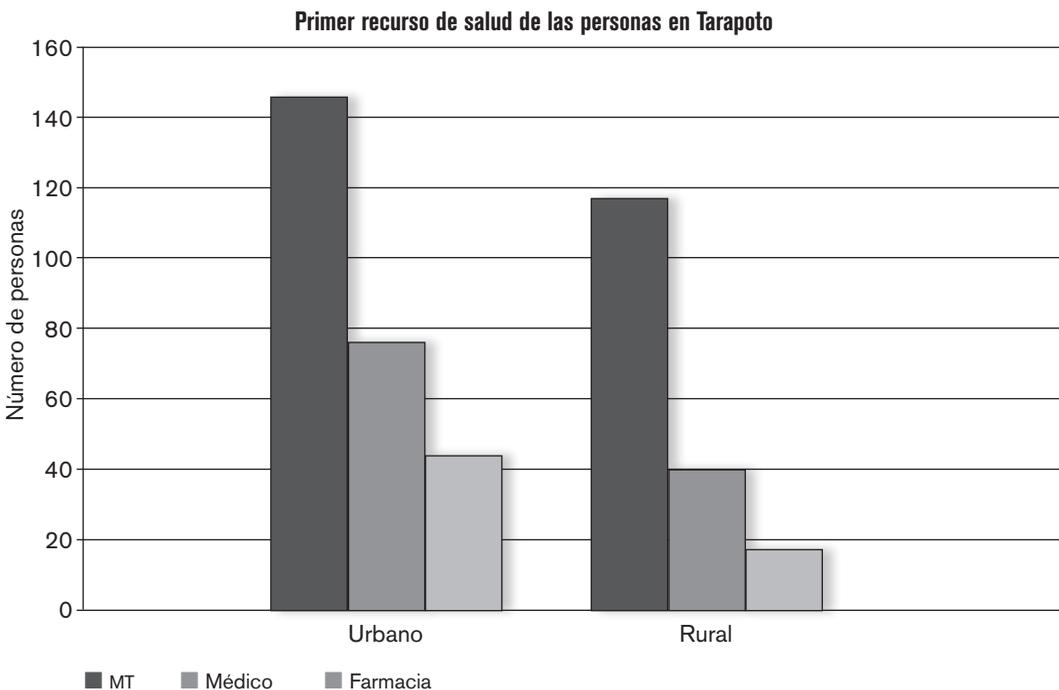
Para el caso de la Amazonía, según Norma Panduro, vegetalista, el concepto de salud supone trascender al individuo y proyectarse a la comunidad:

“Una médica no solamente se preocupa de las plantas sino también de prevenir para que la gente viva mejor, no se enferme, prevenir que no sufra y que no sea infeliz. Las médicas vegetalistas ayahuasqueras no sólo vemos porque se curen las personas, también vemos que se viva mejor en la comunidad...que no se viva en discordia, con odios o indiferencias, y que todos sean unidos como un sólo puño”
(2002: 2)

Para Félix Durán Quispe (2006), el médico tradicional no sólo es el hombre llamado a curar los síntomas de las enfermedades, sino a establecer la armonía primordial del cosmos con su realidad humana comunitaria. Para él, la medicina tradicional utiliza métodos bajo el principio de humanidad, que consiste en el respeto de la vida, la entrega total y el sacrificio, sin ningún tipo de discriminación. Esta forma de atención se traduce en el tipo de atención que presta al enfermo: preventivo (tipo de alimentación), curativo (masajes, parches, uso de plantas medicinales), y ritual (equilibrio a través de la energía virtual).

La existencia de un sistema explicativo enfermedad-salud propiamente *maya*, no excluye, por ejemplo, otros esquemas de entendimiento y tratamiento de los problemas sanitarios. Es necesario plantear que la diversidad en la búsqueda de atención de los problemas de salud se da en toda la población, tanto indígena como no indígena.

En el caso de Perú, el siguiente gráfico muestra la importancia de los sistemas de salud alternativos. Sin embargo, a pesar de su gran uso aún no forma parte de las cifras oficiales, ni del discurso público. Muchas personas, a pesar de usar estos sistemas alternativos, sienten vergüenza y es algo que mantienen en privado. Tampoco forman parte de los instrumentos que recogen información, donde la sensibilidad intercultural muchas veces los reduce a la categoría de “otros”.



Fuente: Políticas de Salud en el Perú: Hacia la construcción de políticas en salud para todos y todas en el Perú. CIES, 2006. Elaborado en base a consultas atendidas entre abril y junio de 2006 por la Dra Rosa Giove. Tarapoto-San Martín (Perú) MT: Medicina tradicional

Consciente de esta realidad, desde 1992 la Organización Panamericana de Salud (OPS) viene trabajando de manera coordinada con las poblaciones indígenas para mejorar su oferta de salud y calidad de vida. En 1993, después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg y en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobierno, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, OPS y los Países Miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus conocimientos y saberes locales. Desde entonces se ha avanzado en la propuesta de un modelo de salud que armonice las diferentes perspectivas médicas.

¿QUÉ IMPLICA TRABAJAR EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL?

1. Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
2. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
3. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.
4. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

Estas formas de expresión son operativizadas a través de la palabra como una estrategia no sólo comunicativa sino central en el logro del reconocimiento y del vínculo.

En este sentido, el tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbimortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Implica:

- Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar, de la comunidad, la sociedad y el Estado).
- Proponer el diálogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.
- Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencia que existen en los países de la Región.

Algunos pasos para el trabajo diario

Elementos	Actitudes
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal. - Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas. - Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte. - Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena. - No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas. - Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir los conocimientos y saberes de los otros. - Saber escuchar y estar dispuesto a aprender. - No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él. - Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural. - Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.

Algunos pasos para el trabajo diario (continúa)

Elementos	Actitudes
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar los porqué de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas. - Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad. - Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes. - Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva. - Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud. - Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos están primero.
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> - En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento. - ¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, en “ir juntos” uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud. - Compartir, involucrarse, ser parte de.

Cuidar la salud de los recién nacidos, los menores de cinco años y las mujeres gestantes es tarea de todos

Por lo tanto, es necesario recordar:

- Las primeras enseñanzas de cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria se realizan de acuerdo a los parámetros de la cultura a la que se pertenece, se aprenden desde el interior de la familia y van siendo reforzadas por el colectivo social.
- El cuidado de la salud implica el desarrollo de habilidades para el reconocimiento de los signos de peligro, elemento clave para evitar complicaciones y la muerte.
- La tarea es hacer de la valoración de la vida y la salud un motor impulsor que permita a los niños no sólo sobrevivir a las enfermedades prevalentes de la infancia, sino además crecer, desarrollarse y transformarse en adultos sanos y comprometidos cultural y socialmente.

Orientaciones para lograr relaciones interculturales en salud

Orientaciones	¿Cómo lo hago en salud?
Las comunidades indígenas tienen derecho al ejercicio de los usos y costumbres de su cultura, práctica de la medicina tradicional, vigencia de su organización y forma de elección de sus autoridades, entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconociendo, respetando y valorando otras formas de conocimientos y saberes locales. - Promoviendo el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en el empleo de recursos probadamente beneficiosos para el cuidado de la salud.
Reconocer el derecho a la pluralidad étnica, cultural y lingüística dentro del contexto del país como expresión de identidad nacional.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconociendo positivamente la pluralidad étnica, cultural y lingüística de los demás y los propios. - Interesándose por conocer las particularidades socio-culturales. - Interesándose por hablar otras lenguas con el compromiso de entender al mismo tiempo la cosmovisión de estos pueblos.
Reconocer las particularidades étnicas y culturales como expresión de diversidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Asumiendo positivamente las particularidades étnicas y culturales. - Reconociendo que existen diferentes culturas, ninguna mejor que la otra.
Disposición a aprender de otras culturas.	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporando progresivamente conceptos, saberes y prácticas nuevas en salud y aplicándolas en el trabajo diario.
Reconocer la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad étnica.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoviendo la participación de los diferentes actores comunales en la resolución de los problemas de salud de la comunidad.
Tener disposición y apertura para promover cambios en la atención de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorando el trabajo con los pacientes - Introduciendo algunos saberes y conocimientos locales en la atención de la salud como el parto vertical, entre otros.
Reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizando en el trabajo diario argumentos de la cosmovisión indígena para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria.
Interés por los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacionales el tema de la salud comunitaria y la salud intercultural con énfasis en salud maternoinfantil.
Conocer los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacionales el tema de la salud intercultural y comunitaria, con énfasis en salud maternoinfantil.
Promover la práctica intercultural en salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivando la conversación, la práctica diaria y el intercambio entre los diferentes actores sobre aspectos de la salud de la población local, con énfasis en la salud maternoinfantil.
Reforzar la dinámica organizacional de los pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Respetando y reconociendo las estructuras organizativas de los pueblos indígenas. - Coordinando con ellos el trabajo con respecto a la salud de las personas.

MÓDULO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD INTERCULTURAL

El módulo que se presenta a continuación se enmarca dentro del interés creciente de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) de reflexionar sobre la interculturalidad como una apuesta de igualdad frente a la salud de los menores de 5 años y las mujeres gestantes, especialmente en los grupos más vulnerables, como las poblaciones indígenas de la Región. En este sentido, este módulo de intervención comunitaria en salud e interculturalidad intenta de manera práctica fortalecer las capacidades y sensibilidades del personal de salud respecto a la diversidad cultural, buscando respuestas desde el sector para mejorar la calidad y calidez de la atención. En la última parte de este módulo se pide a los y las participantes que elaboren su plan de trabajo para operativizar la propuesta de salud e interculturalidad en sus respectivas zonas de trabajo.

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
1. Presentación de las/los participantes	<p><u>Dinámica de presentación</u> Presentación individual “La Telaraña¹²” o “Me presento” (quién soy, de dónde vengo). La persona puede decir lo que más le gusta hacer. Cada participante recibe una tarjeta que dice en qué espacio se encuentra y partir de eso elabora su presentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación en la asamblea comunal (presentación oficial). - Presentación en la casa de un paciente. - Presentación en una reunión de padres y madres. - Entrevista de trabajo. - Presentación a un amigo/a. - Entrevista para tramitar pasaporte. - Presentación a un grupo de cooperantes. - Presentación a los directores de salud del centro de trabajo. - Presentación con el paciente. 	<p>La Telaraña: un ovillo de lana o similar</p> <p>Tarjetas con las situaciones que se quiere simular para la presentación</p> <p>– Tarjetas para escribir los nombres</p> <p>– Cinta adhesiva</p>	20’
2. Expectativas de los/las participantes (cruzar con los objetivos)	<p><u>Dinámica de las expectativas</u> En tormenta de ideas, recoger en papelotes la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué esperamos de este taller?</p>	<p>– Papelotes</p> <p>– Plumones</p>	20’

12 Técnicas para representar conceptos y establecer sus relaciones. Al elaborar la telaraña se establecen las relaciones inherentes al tema y sus conexiones con otras áreas de manera de establecer puentes que permitan conformar una visión global de los conocimientos.

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
3. Presentación de objetivos	<p>Objetivos del taller</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de incorporar la perspectiva intercultural en el trabajo diario. 2. Realizar un diagnóstico rápido para identificar los saberes y conocimientos locales sobre salud. 3. Fortalecer la capacidad de respuesta desde el sector, mejorando calidez y calidad de la atención a través de una entrada intercultural a su trabajo. <p>Enfatizar en la importancia del <u>reconocimiento</u> de cada uno como sujetos interculturales.</p>	Papelotes con objetivos	10'
4. Elaborar un mapa cultural.	<p>Dinámica: elaborando un mapa cultural</p> <p>Cada uno de los participantes hace un recuento de su vida e identifica las principales matrices culturales que la cruzan y luego lo escribe en una tarjeta. Este trabajo se hace de manera individual y anónima.</p> <p>Se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel personal - Nivel familiar - Experiencia laboral - Experiencia migratoria <p>Luego, cada participante lo pega en un papelote previamente colocado en una parte visible del local.</p> <p>A partir de las respuestas, es importante cerrar la sesión enfatizando en las siguientes ideas fuerza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La interculturalidad implica que desde cada Estado se edifiquen países que se reconozcan positivamente como multiétnicos, pluriculturales y multilingües. - Reconocer positivamente a cada persona, incluyendo sus conocimientos, percepciones del mundo y saberes previos, para convertirlos en ventajas y posibilidades. <p>Implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer positivamente la diversidad (a nivel personal, familiar, comunitario, de sociedad y de Estado). - Proponer el diálogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas para reconocer, armonizar y negociar las diferencias que existen en la Región de las Américas. 	<p>Tarjetas (para cada uno de los participantes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plumones - Cinta adhesiva - Papelotes 	30'
REFRIGERIO			

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
<p>5. Identificar las principales dificultades que encuentra el personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural</p>	<p>Dinámica: Identificando las principales dificultades que encuentra el personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural</p> <p>Trabajo en grupos (se recomienda que cada grupo no exceda las seis personas)</p> <p>Preguntas motivadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué debilidades encuentran para su trabajo intercultural? - ¿Cuáles son las causas más importantes que justifican esa actitud? <p>TRABAJAR CON MATRIZ N° 1 (Ver anexo 2)</p> <p>Es importante identificar claramente las dificultades y resistencias individuales para el acercamiento a otras culturas. Es importante ser lo más honestos posibles.</p> <p>En la columna de las causas se responde al porqué de mi actitud, respuesta que entregará las causas. Es importante identificar una o dos causas por debilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar a cada grupo la matriz para este trabajo. - Plumones - Papelotes - Tarjetas de colores - Tarjetas (tres colores, para cada uno de los participantes) - Plumones - Cinta adhesiva - Papelotes - Plumones - Cinta adhesiva - Papelotes - Plumones - Cinta adhesiva - Hojas con matriz de - Plan de Acción 	<p>40'</p>

Continúa

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
<p>6. Promover la reflexión sobre la importancia del trabajo intercultural en salud.</p>	<p><u>Dinámica: Promover la reflexión sobre la importancia del trabajo intercultural en salud.</u> Trabajo en grupos (se recomienda que cada grupo no exceda las seis personas)</p> <p>Se forman tres grupos de trabajo. Luego se les entregan tres papelotes para que respondan a las siguientes preguntas:</p> <p>Preguntas motivadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué nociones de salud, enfermedad o buen vivir existen en las poblaciones con las que se trabaja? - ¿Cuáles son las principales resistencias que se encuentran en el sector salud para incorporar los saberes y conocimientos de las poblaciones con las que se trabaja? - ¿Qué implica trabajar la salud desde una perspectiva intercultural? <p>En plenaria, cada grupo presenta los resultados de su trabajo. Al final se invita a la reflexión en base a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántos sabían que existían otras formas de entender la salud y la enfermedad? - ¿Cómo varía este conocimiento en la forma de relacionarse con las poblaciones con las que se trabaja? <p>A manera de resumen, el facilitador puede resaltar las siguientes ideas fuerza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de sus procesos de salud, enfermedad, prevención de la enfermedad y de la curación de la salud individual y colectiva. - Para la cultura indígena la salud es el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza. - La enfermedad es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza. - La recuperación del equilibrio no incluye el tratamiento de los síntomas, sino que significa atender la causa de la enfermedad que muchas veces puede encontrarse en la naturaleza. El punto de ruptura del equilibrio es el punto que debe ser atendido para recuperar la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar a cada grupo la matriz para este trabajo. - Plumones - Papelotes - Tarjetas de colores - Tarjetas (tres colores, para cada uno de los participantes) - Plumones - Cinta adhesiva - Papelotes - Papelotes - Plumones - Cinta adhesiva - Hojas con matriz de - Plan de Acción 	<p>30'</p>

Continúa

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
<p>7. Visualizar posibles formas de organización para incorporar la perspectiva intercultural en el trabajo</p>	<p><u>Dinámica: Si yo fuera ministro/a de salud, lo primero que haría para incorporar la perspectiva intercultural, en el sector sería...</u></p> <p>En esta dinámica se reparte una tarjeta a cada participante y se les pide que reflexionen durante uno o dos minutos sobre qué harían si fueran ministros de salud para incorporar la perspectiva intercultural en su sector.</p> <p>Cada persona escribe una acción y coloca su tarjeta en papelotes pegados en la pared. Se inicia una rueda de discusión sobre el tema, puntualizando que estas ideas serán retomadas posteriormente.</p> <p>Luego se forman grupos de cinco o seis participantes y se les pide que identifiquen posibles respuestas para facilitar el acceso de personas de diferentes culturas a los servicios de salud.</p> <p>En plenaria, cada grupo expone sus resultados. Es importante que las respuestas sean socializadas entre todos, para ver la diversidad de acciones que se plantean en los diferentes grupos de trabajo. Es esencial que se consideren acciones coordinadas con otros sectores: municipio, ONG, comunidad, etc.</p> <p>El facilitador puede dar ejemplos, a manera de motivación, de algunas respuestas comunitarias exitosas que pueden ser complementadas recogiendo experiencias locales.</p> <p>En México...</p> <p>En Perú...</p> <p>Presentación en plenaria</p>		

Continúa

Objetivos	Metodología	Materiales	Tiempo
ALMUERZO			
<p>8. Elaboración de un Plan de Acción para un trabajo intercultural en salud</p>	<p><u>Dinámica: Elaboración de un plan de acción</u></p> <p>Trabajo grupal: Se pide a cada grupo que priorice una de sus propuestas y que elabore su plan de acción.</p> <p>Para esta parte del módulo, el facilitador debe retomar las matrices de trabajo que los han desarrollado los participantes en la sección 5.</p> <p>Para facilitar el trabajo se presenta la Matriz N° 2 (ver anexo 3).</p> <p>Trabajo grupal: Cada grupo selecciona una de sus propuestas a nivel de sector y elabora un Plan de Acción. Además, se les pide que elaboren un slogan alusivo a la propuesta desarrollada, enfatizando en una visión positiva.</p> <p>Al finalizar se identifica a los responsables de cada grupo y se les pide que se comprometan a impulsar el trabajo en salud e interculturalidad en sus respectivos trabajos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Papelotes – Plumones – Cinta adhesiva – Hojas con matriz de Plan de Acción 	120'
REFRIGERIO			
Cierre	<p>Terminar la sesión sintetizando los contenidos trabajados y reflexionando sobre la importancia de la interculturalidad en salud.</p>		15'

Anexo 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio

<p>ODM 1 Erradicar la pobreza y el hambre</p>	<p>META 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.</p> <p>META 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.</p>
<p>ODM 2 Lograr la enseñanza primaria universal</p>	<p>META 3. Velar por que, hacia el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p>
<p>ODM 3 Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer</p>	<p>META 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.</p>
<p>ODM 4 Reducir la mortalidad infantil</p>	<p>META 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.</p>
<p>ODM 5 Mejorar la salud materna</p>	<p>META 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.</p>
<p>ODM 6 Combatir el VIH/ sida, el paludismo y otras enfermedades</p>	<p>META 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida.</p> <p>META 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p>
<p>ODM 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p>	<p>META 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p> <p>META 10. Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.</p> <p>META 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.</p>

<p>ODM 8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</p>	<p>META 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.</p> <p>META 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.</p> <p>META 14. Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños estados insulares en desarrollo.</p> <p>META 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</p> <p>META 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.</p> <p>META 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.</p> <p>META 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.</p>
---	---

Anexo 2. MATRIZ N° 1: Identificación de las principales dificultades que encuentra el personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural

DEBILIDADES	CAUSAS

ANEXO 3. MATRIZ N° 2: Elaboración de un Plan de Acción

ACTIVIDAD	CÓMO HACERLA	RECURSOS (Humanos, materiales, financieros)	DURACIÓN	RESPONSABLE

Bibliografía general

1. Ardito, Wilfredo. Basta ya de racismo en el Perú: *Ideemail* N.º 379, (2004).
2. Cárdenas, Nora; Crisóstomo, Mercedes; Paula, Escribens; Ruiz, Silvia; Portal, Diana; Velázquez, Tesania Noticias, remesas y recados de Manta Huancavelica. El encuentro con Manta. Demus, (2005).
3. Cárdenas, Nora Políticas de salud en el Perú: Hacia la construcción de políticas de salud para todos y todas los peruanos y peruanas. CIES/Observatorio de la Salud. Inédito, (2006).
4. Connell, Richard. La organización social de la masculinidad. En Valdés y Olavarría (eds.), pp. 31-48. (1997).
5. Corcuera, Ricardo, Hidalgo, Catalina y Quintana Alicia: Exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-sida. CIES/CARE/Defensoría del Pueblo, IPS, IES, (2006).
6. Degregori, Carlos Iván. Desigualdades persistentes y construcción de un país pluricultural. Reflexiones a partir del trabajo de la CVR. Ponencia presentada en la Mesa sobre Interculturalidad organizada por CEPES / IEP, manuscrito, (2004).
7. Elías, Eliana, Neira, Eloy (compiladores). Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura y la comunicación. Foro internacional. Minga Perú, (2004).
8. Escobar, Arturo: Mundos y conocimientos de otro modo. Ponencia presentada al Tercer congreso internacional de latinoamericanistas en Europa, Amsterdam, julio 2002. Publicado en inglés en Cuadernos del CEDLA, N° 16, (2002).
9. Foro permanente para las cuestiones indígenas. Primer período de sesiones. Nueva York, 13-24 de mayo de 2003.
10. Hall, Gillette y Patrinos, Harry Anthony. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004, (2004).
11. Hopenhayn, Martín. La aldea global entre la utopía transcultural y el ratio mercantil: paradojas de la globalización cultural. En Degregori, Carlos Iván y Portocarrero, Gonzalo (eds.). *Cultura y globalización*. Lima: Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, (1999).
12. Hunt, Paul: Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona a disfrutar de salud física y mental. Misión al Perú. ECOSOC, Naciones Unidas, Nueva York, (2005).
13. Manrique, Nelson. Violencia e imaginario social en el Perú. En El tiempo del miedo: La violencia política en el Perú 1980-1996. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú, (2002).
14. La interculturalidad en debate en el Perú. IEO-pag Web Cholonautas, (2004).
15. Ministerio de Salud (2006). Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Marco conceptual, (2006).

16. Neira, Eloy y Patricia Ruiz Bravo. Enfrentados al patrón: Una aproximación al estudio de las masculinidades en el medio rural peruano. En López Maguiña, Santiago, Gonzalo Portocarrero, Rocío Silva Santisteban y Víctor Vich (eds.). *Estudios Culturales. Discursos, poderes y pulsiones*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 345-355, (2001).
17. Oliart, Patricia. Candadito de oro fino, llavecita de filigrana. Dominación social y autoestima femenina en las clases populares. *Márgenes*, año IV, N° 7, (1991).
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) Iniciativa salud de los pueblos indígenas. Salud de los niños indígenas. Incorporación del enfoque intercultural de salud en los contenidos y metodologías de la estrategia AIEPI. Orientaciones, (2003).
19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guías de recomendaciones y adaptación para la aplicación de la estrategia AIEPI en comunidades indígenas, (2002).
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 42° Consejo Directivo. 52° Sesión del Comité Regional. Washington, DC., del 25 al 29 de septiembre de 2000.
21. Panduro, Norma. Viviendo bien: mucha salud y cuidado del alma y la comunidad. En: Elías, Eliana, Neira, Eloy (Compiladores) (2004) *Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura y la comunicación*. Foro Internacional. Minga Perú, (2004).
22. Poole, Deborah. Democracia y cultura en la educación intercultural peruana. CEPES. Inédito, (2003).
23. Rojas, R. La salud de las niñas y los niños indígenas y afrodescendientes: un compromiso intersectorial. Ponencia presentada en la V Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Responsables de la Niñez y Adolescencia. Santa Cruz, Bolivia – 18-19 de septiembre, 2003.
24. Ruiz Bravo, Patricia y Rosales, José Luis (Editores). Género y metas del milenio. PNUD, UNFPA, UNIFEM, 2006.
25. Ruiz Bravo, Patricia, Tesania Velázquez, Nora Cárdenas y Eloy Neira. Prácticas y representaciones de género en tres zonas del Perú. Inédito, (1998).
26. Yamín, E. Alicia. Identidad, derechos, ciudadanía y poder: Reflexiones para promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres de la Amazonía. En: Elías, Eliana, Neira, Eloy (compiladores). *Salud reproductiva en la Amazonía: Perspectivas desde la cultura y la comunicación*. Foro Internacional. Minga Perú, (2004).
27. Yon, Carmen. Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva. La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina, (2003).
28. Valdés, Teresa y José Olavarría (eds.) Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las mujeres N° 24. Santiago, Chile: Isis-Flacso, (1997).
29. Zúñiga, Madeleine. Los avatares de la educación bilingüe intercultural. CEPES (Inédito), (2003).

Bibliografía AIEPI Comunitario

1. OPS/OMS.- Agentes Comunitarios de Salud: Guía general, Serie HCT/AIEPI-15. E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. , enero 1999.
2. OPS/OMS.- Regional workshop for the presentation and analysis of IMCI community materials: Report of the meeting, Santo Domingo, Dominican Republic 15-16 abril 1999, Serie HCT/AIEPI-24.I, Pan American Health Organization, World Health Organization, Washington DC. , junio 1999.
3. OPS/OMS.- Taller regional en República Dominicana para la presentación y el análisis de los materiales AIEPI comunitario, Santo Domingo, República Dominicana, 15-16 abril 1999, Serie HCT/AIEPI- 24.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. , junio 1999.
4. OPS/OMS.- Taller de Planificación del componente comunitario, Quito Ecuador del 5-7 de octubre 1999, Serie HCT/AIEPI-34.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU
5. OPS/OMS.- Bibliografía AIEPI comunitario, Serie HCT/AIEPI-36.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, marzo 2001.
6. OPS/OMS.- IMCI community component bibliography. Serie HCT/AIEPI-36.I Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, julio 2001.
7. OPS/OMS.-Proyecto Regional AIEPI Comunitario. Taller regional de trabajo técnico, Serie HCT/AIEPI-50E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, marzo del 2001.
8. OPS/OMS.- Regional IMCI Community Project. Regional Technical Workshop, Serie HCT/AIEPI 50.I, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, marzo de 2001.
9. OPS/OMS.-Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo Infantil saludables, Serie FCH/CA 62.E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
10. OPS/OMS.- Key family practices, Serie FCH/CA-62.I. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
11. OPS/OMS.- Pratiques de Santé Familiale, Favorables, à la croissance, et au Développement des Enfants, Serie FCH/CA-62.F. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
12. OPS/OMS.- Brochure Proyecto Regional AIEPI Comunitario, Serie HCT/AIEPI 62(4).E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
13. OPS/OMS.-Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI, Serie HCT/AIEPI 62(6).E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.

14. OPS/OMS.- Prácticas familiares clave y comunitarias para la salud y nutrición del niño, Serie HCT/AIEPI-62(7).E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.EE.UU, octubre 2001.
15. OPS/OMS.- Curso AIEPI para agentes comunitarios de salud, Serie HCT/AIEPI 67.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, agosto 2002.
16. OPS/OMS.-Taller de Planificación, Acción por la Salud familiar, Nicaragua 2003, Serie FCH/CA/04.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004.
17. OPS/OMS.- Guía para facilitadores de la capacitación a Agentes Comunitarios de Salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
18. OPS/OMS.- Guía para dirigentes de organizaciones de base. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.2.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
19. OPS/OMS.-Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.3.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
20. OPS/OMS.- Guía del alcalde en su gobierno local. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
21. OPS/OMS.- Guía del maestro y su escuela. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.5.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
22. OPS/OMS.- Guía para profesionales de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.6.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
23. OPS/OMS.- Guía para voluntarios de la Cruz Roja. Componente comunitario de la Estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.7.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
24. OPS/OMS.- Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD Rom).
25. OPS/OMS.- Guía de prácticas y mensajes clave para actores sociales: componente del hogar y la comunidad. Serie FCH/CA/05.2.E Organización Panamericana de la Salud,

- Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, diciembre 2005.
26. OPS/OMS.- Guía para el diagnóstico local participativo. Serie FCH/CA/05.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004.
 27. OPS/OMS.- Guide for participatory local assessment. Serie FCH/CA/05.4.I, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
 28. OPS/OMS.- Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: evidencia de las intervenciones. Serie FCH/CA/05.5.E (Traducción WHO, ISBN 92 4159150 1) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
 29. OPS/OMS.- Acción por la salud de la infancia y la familia. Sistematización del taller subregional de evaluación y planificación, El Salvador, abril 2005. Serie FCH/CA/05/10. E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2005.
 30. OPS/OMS.- Informe Taller subregional. Situación, lecciones aprendidas y perspectivas dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador, 2004. Serie FCH/CA/05-11.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2005.
 31. OPS/OMS.- Informe taller subregional. Situación, lecciones aprendidas y perspectivas dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Honduras, 2004. Serie FCH/CA/05-12.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
 32. OPS/OMS.- Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia. Guía metodológica para su desarrollo. Serie FCH/CA/05-13.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005 (Disponible en CD Rom).
 33. OPS/OMS.- Acciones AIEPI en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cámara Junior Internacional. Serie FCH/CA/05.14.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
 34. OPS/OMS. Curso para agentes comunitarios y parteras, AIEPI Neonatal. Manual del Participante (FCH/CA/06.1.E), Guía del Facilitador (FCH/CA/06.1.1.E), Cuaderno de Trabajo (FCH/CA/06.1.2.E), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.

Bibliografía sobre salud de los pueblos indígenas

1. HSP/HSO. Seminario Taller '93, Winnipeg, Canadá.-Los pueblos indígenas y la salud. Documento base (español/inglés), 1993.
2. HSP/HSO. Pueblos indígenas y salud. Taller '93. Actas del taller hemisférico (español, inglés, francés) 1993.
3. HSP/HSO. Salud de los pueblos indígenas (español/inglés), HSP/D #1, 1993.

4. HSP/HSO. Población y pueblos indígenas de las Américas (español), 1993.
5. HSP/HSO. Taller Subregional para Mesoamérica. Pueblos indígenas y salud (español), 1994.
6. HSP/HSO. Taller de desarrollo profesional planificación para la iniciativa: Guía del participante, Guía del facilitador (español), 1994.
7. Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas. Grupo de trabajo sobre investigación (español/inglés) HSP/D#2, 1997.
8. Taller piloto subregional andino de salud para los pueblos indígenas. Informe ejecutivo -Santa Cruz, Bolivia (español) - HSP/D #3, 1997.
9. Informe ejecutivo taller subregional mesoamericano pueblos indígenas, Quetzaltenango (español), HSP/D #4, 1997.
10. Incorporación del enfoque de género en los programas de OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas (inglés/español), HSP/D #5, 1997.
11. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicional: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales (español), HSP/D #6, 1997.
12. HDP/HDW. Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: La experiencia de Guatemala MSD17/8 (español/inglés), 1997.
13. HSP/HSO. Reunión de trabajo sobre políticas de salud y pueblos indígenas. Quito, Ecuador, (español), 1997.
14. HSP/HSO. Extracto de Salud en las Américas, 2002 Vol. I & II (español/inglés), 1998.
15. OPS/OMS. Memoria del Primer encuentro nacional sobre salud y pueblos indígenas: Hacia una política nacional intercultural en salud. Chile, HSP/D #7 (español), 1998.
16. HSP/HSO. Salud de los pueblos indígenas. Informe de progreso 1997. HSP/D #8 (español/inglés/portugués/francés), 1998.
17. Orientaciones estratégicas para el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas, HSP/D #9 (español/inglés), 1998.
18. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Bolivia (español), 1998.
19. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, (español), 1998.
20. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Ecuador, (español), 1998.
21. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Guatemala, (español), 1998.
22. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Honduras, (español), 1998.
23. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de México, (español), 1998.
24. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Perú, (español), 1998.
25. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Venezuela, (español), 1998.
26. HSP/HSO. Situación de salud de los pueblos indígenas de Belice, Guyana y Suriname, (inglés), 1998.
27. Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas. Grupo de trabajo, Santa Cruz, Bolivia HSP/D #10, español, 1998.

28. Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología intercultural. Ministerio Salud Chile (español), 1998.
29. HSP/HSO. Orientación de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas, HSP/D #11 (español), 1999.
30. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos, HSP/D #12 (español), 1999.
31. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base, HSP/HSO, HSP/D #13 (español/inglés), 2000.
32. Marco estratégico y plan de trabajo 1999-2002, (español/inglés), 2000.
33. Salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes de Honduras. Interculturalidad y procesos de convergencia nacional (español/inglés), 2001.
34. HSP/HSO. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas (español/inglés), 2002.
35. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los Ngöbe-Buglé. Panamá. HSP/D #14 (español), 2002.
36. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala. HSP/D #15 (español), 2002.
37. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe Pelale, Chile. HSP/D #16 (español), 2002.
38. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los Garífunas de Honduras. HSP/D #17 (español), 2002.
39. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los quechua de Perú. HSP/D #18 (español), 2002.
40. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los náhuat pipil de Izalco, El Salvador. Serie ELS#2&3 (español).
41. Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales complementarias y alternativas en las Américas: Políticas, planes y programas. HSP/D #20 (inglés/español), 2002.
42. Medicinas y terapias tradicionales complementarias y alternativas. Evaluación del plan de trabajo 2000-2001, HSP/D#21 (español/inglés) 2002.
43. Directorio centroamericano de ONG y entidades que trabajan por la salud de los pueblos indígenas (español), HSP-D#22 2003.
44. Encuentro internacional sobre salud y pueblos indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas, Chile, Nov. 2000. HSP-D#23(español/inglés), 2003.
45. Orientaciones para el fortalecimiento y desarrollo de los programas de malaria en zonas con población indígena HSP/D (español), 2004.
46. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud. HSP/D#24, (español/inglés) 2003.
47. Programa regional salud de los pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción, 2005-2007 (español/inglés), 2005.



Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

www.ops-oms.org