



Creceer sanitos

**Estrategias, metodologías, e instrumentos
para investigar y comprender la salud de
los niños indígenas**

Dra. Rocío Rojas Almeida, MSP



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Creceer sanitos

**Estrategias, metodologías, e instrumentos
para investigar y comprender la salud de
los niños indígenas**

Dra. Rocío Rojas Almeida, MSP



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización de Servicios
Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas

Salud Familiar y Comunitaria
Salud del Niño y del Adolescente
Estrategia Atención Integrada de las
Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Editores:

Eliana Gómez
Gladys Jordon
Sonia Mey Verme
Antonio Palomo Jr.

Foto de carátula del libro:

Armando Waak

Diseño de carátula y diagramación del libro:

Alex Winder
Wolfgang Guzmán

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Rojas, Rocío

Crecer sanitos: Estrategias, metodologías, e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas

Washington, D.C., OPS, © 2003.

67 p.

ISBN 92 75 32483 2

I. Título

1. BIENESTAR DEL NIÑO
2. INDIOS SUDAMERICANOS
3. INDIOS CENTROAMERICANOS
4. ESTRATEGIAS REGIONALES
5. PUEBLOS INDÍGENAS

NLM WA320.R741n

© Organización Panamericana de la Salud

Esta no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

*A la memoria de mi padre,
siempre corazón de niño.*

-¿Qué le gustaría que fuera su niño cuando sea grande?

-Abogado, político, médico, profesor, contestaron todas las mamás, excepto una que se quedó en silencio...

-¿Y a usted, señora, qué le gustaría?, insistí.

-Quisiera que estudie y trabaje. Pero para mí lo más importante es que mi hijo...

crezca sano.

ÍNDICE

	Páginas
Presentación	2
Agradecimientos	3
I. Introducción	4
II. Abordaje multidireccional de la problemática indígena	9
II. La Comunidad de Gualapuro	23
IV. La lucha del niño indígena por la sobrevivencia	38
V. Recomendaciones	58
VI. Referencias	65

PRESENTACIÓN

El acceso universal a la atención de salud de calidad sigue siendo un reto para las poblaciones más vulnerables de los países de América Latina y el Caribe, especialmente para las familias indígenas.

La Organización Panamericana de la Salud enfatiza que la búsqueda de equidad en salud en los países de la Región requiere, en primer lugar, identificar a los grupos más necesitados de la población de cada país y luego aplicar intervenciones que sean accesibles, eficaces y adecuadas a sus diferentes realidades epidemiológicas, socioculturales y operativas. Esta publicación es parte de estos procesos.

A partir de un estudio de caso realizado en Gualapuro, comunidad indígena de Ecuador, la investigación integra el enfoque, contenido y metodología de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la perspectiva y conocimiento que los pueblos indígenas tienen sobre el cuidado de la salud de sus niños. La estrategia AIEPI es la principal intervención propuesta por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para prevenir y lograr una reducción significativa de la mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles en los niños menores de 5 años en las Américas.

El estudio destaca varios aspectos que deben estar incluidos en los modelos de atención, tales como las características sociales y culturales de la población beneficiaria, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Todo esto en un contexto de excelencia técnica.

Luego de una revisión bibliográfica y el análisis de las respuestas de las entrevistas realizadas con los miembros de la comunidad de Gualapuro y con el personal de los servicios de salud, este estudio identifica y aplica metodologías que incluyen estrategias e instrumentos para entender y abordar mejor el nexo salud-enfermedad desde la perspectiva de la comunidad y las barreras geográficas, sociales, económicas y culturales que obstaculizan la prestación de los servicios de salud a las poblaciones indígenas, particularmente a los niños de estos pueblos.

Como punto de partida para el establecimiento de estrategias y programas de salud integrales y culturalmente adecuados, la investigación subraya la necesidad de explorar las formas en que la comunidad educa y cría a los niños indígenas. De esta manera reconoce que los pueblos y las culturas indígenas no solo pertenecen al pasado y que los niños no son solamente el futuro de la sociedad, sino también el presente, ya que los niños indígenas representan la vigencia de sus pueblos.

Nos complace presentar esta publicación esperando que el contenido y recomendaciones de este trabajo sean de beneficio para el personal de salud, estudiantes y público en general, así mismo que sea de utilidad en particular para aquellas personas que tienen la responsabilidad de llevar adelante los programas de prevención, control de enfermedades y promoción de la salud en las comunidades indígenas.

Dr. José Luis Di Fabio, *Gerente de Área, Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS).*

Dra. Sandra Land, *Asesora Regional, Organización de Servicios de Salud (THS/OS).*

Dra. Gina Tambini, *Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria (FCH).*

Dr. Yehuda Benguigui, *Jefe de Unidad Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA).*

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación fue posible con la contribución de varias personas e instituciones a quienes deseo expresar mi gratitud:

En primer lugar al Dr. Abdel Omram y al Dr. Gilbert Kombe, por su orientación en el desarrollo de este estudio inicialmente preparado como Tesis de Maestría en Salud Pública Internacional dentro del interés de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de George Washington en la búsqueda de nuevos enfoques para la salud pública.

Luego expreso mis reconocimientos a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), institución en la que he trabajado desde 1995, por la oportunidad que me ha brindado de ser parte de los procesos de análisis, acompañamiento y acciones de cooperación técnica en materia de salud indígena. Especialmente agradezco al Dr. José Luis Di Fabio, Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, al Dr. Renato Gusmão, Representante de OPS/OMS en Venezuela, y a la Dra. Sandra Land, Coordinadora Regional de Sistemas Locales de Salud por su apoyo en las diversas etapas de este estudio y publicación.

Dentro de la OPS debo extender mi especial reconocimiento al Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, por su entusiasmo y permanente apoyo en el desarrollo de esta investigación y publicación como parte de la formulación e implementación de instrumentos y estrategias de salud que contribuyan al bienestar de los niños indígenas de las Américas.

Mi más sincera gratitud y reconocimiento van, por supuesto, a las personas de la comunidad de Gualapuro en Ecuador y del Área de Salud - Jambi Huasi de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura por brindarme la oportunidad de conocer parte de una sabiduría que es fundamental, única e invaluable para la atención adecuada de los niños indígenas. Por último, no puedo dejar de reconocer el apoyo de mi esposo y mi familia en todo este proceso.

El compromiso ético y el respeto que los profesionales debemos al pueblo indígena y a todos los pueblos de las Américas han estado siempre presentes en la investigación que ahora se publica.

Dra. Rocío Rojas Almeida, MSP, 2003

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año en la Región de las Américas, 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse (OPS, 1998b). ¿Cuántos niños indígenas están representados en esta cifra? Probablemente muchos. Sin embargo, por lo general, los datos regionales y nacionales ocultan las diferencias existentes entre los sectores poblacionales dentro de los países, sean agrupados por su ubicación geográfica, raza, pertenencia étnica, o nivel de ingreso (OPS, 1998a; OPS, 1998b). Por ejemplo, mientras en 1994 la tasa de mortalidad infantil nacional en Ecuador fue de 22 por 1.000 nacidos vivos registrados, en las comunidades indígenas de Colimbuela y Cumbas, en la provincia de Imbabura, fueron tan altas como 83 y 66, respectivamente (OPS, 1998 a).

Pocos países recopilan y analizan habitualmente las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género, 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 indígenas (OPS, 1998 a).

Posiblemente, una de las principales razones por las que no se dispone de información adecuada, es la dificultad de responder a esta pregunta: ¿A quién nos referimos cuando hablamos de los pueblos indígenas?

Las denominaciones usadas para definir a las poblaciones indígenas han variado de un país a otro, en conformidad con sus contextos sociales e históricos, tomándose en cuenta el idioma hablado, la ascendencia, autoidentificación y territorialidad o concentración geográfica (Psacharopoulos, G. y Patrinos, H. A., 1994). De igual manera, al momento de nombrarlas se han usado diferentes términos, como población indígena, pueblos indígenas, nacionalidades indígenas como en el caso de Ecuador, pueblos originarios como en el caso de Bolivia, pueblos autóctonos como en el caso de Honduras, tribus, etnias, grupos étnicos, naciones, primeras naciones como en el caso de Canadá y Estados Unidos, sociedades como en el caso de Brasil, amerindios como en el caso de Guyana o por cada uno de sus nombres específicos como en otros casos.

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

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

Con estas consideraciones, ¿cuántas personas indígenas y cuántos pueblos indígenas viven en las Américas? De acuerdo con las estimaciones y datos existentes, más de 45 millones de indígenas, pertenecientes a más de 400 diferentes pueblos, constituyen el 10% de la población de América Latina y el Caribe y el 40% de la población rural de América Latina (Stavenhagen, 1992; OPS, 1998a, BID 2003).

Otras fuentes atribuyen cantidades mayores o menores de personas indígenas, dando cuenta de las dificultades para el establecimiento de una cifra real. Por otra parte, es importante no olvidar a la población que se encuentra lejos de sus lugares de origen, que migró por motivos laborales y

permanece fuera de su contexto cultural, y menos aún debemos olvidar a los pueblos que físicamente han desaparecido.

Sea cual fuera el número que se presente, la población indígena está vigente y los más de 400 pueblos indígenas diferentes son la base sobre la cual se construye el perfil multiétnico, pluricultural y multilingüe de la Región de las Américas.

En general, los perfiles de mortalidad y morbilidad de las poblaciones indígenas presentan muchas de las mismas enfermedades que azotan a otros grupos socioeconómicamente desfavorecidos (OPS, 1993). Sin embargo, la pobreza, el analfabetismo (especialmente femenino), el desempleo y la falta de tierra y territorio agravan la situación. Estos son los problemas más comunes en la mayoría de las comunidades indígenas (OPS, 1998a).

En Ecuador, en las zonas rurales de la sierra y de la Amazonía se estima que 76% de los niños son pobres (OPS, 1998a). En las poblaciones indígenas del país la mortalidad infantil está relacionada con la desnutrición, con las enfermedades causadas por ingerir alimentos contaminados; con la atención inadecuada de la salud materno infantil; con un ambiente insalubre y con el bajo acceso y utilización de los servicios básicos (OPS, 1998 a). En 1995, por cada 1.000 niños nacidos vivos, 70 morían antes de cumplir el año de edad y por cada 100.000 mortinatos, 198 madres murieron. En este mismo año, entre las comunidades indígenas de la sierra, 85% de los partos se llevaron a cabo sin atención médica. La desnutrición crónica en los niños menores de 5 años llegaba a 69% en algunas comunidades indígenas, mientras que la cifra nacional era de 49,4% (OPS, 1998a).

Las inequidades en las condiciones de vida, la situación sanitaria y el acceso a la atención de salud en las áreas donde viven las poblaciones indígenas son evidentes (OPS, 1997a). La ubicación predominantemente rural de estos pueblos y la falta de consideración de los aspectos culturales (conocimiento colectivo, estrategias comunitarias, prácticas ancestrales e insumos de la comunidad) en la organización y prestación de la atención de la salud han dado lugar a una cobertura deficiente de los servicios básicos proporcionados por los gobiernos (OPS, 1997b).

Por lo general, la perspectiva biomédica prevalece en la atención de salud. El personal del sistema convencional se resiste a considerar otras aproximaciones al cuidado de la salud. No son raros los casos de discriminación y maltrato a los pacientes indígenas. Esto se debe tomar en cuenta en los esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

Generalmente, las actitudes de incomprensión de la problemática indígena provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. Los factores sociales y culturales originan los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas para evitar o no una enfermedad y, por lo tanto, determinan su comportamiento en caso de sufrirla. En el caso específico de los niños indígenas, la atención desde el nacimiento, parto, cuidado de la placenta, puerperio, cuidado del cordón umbilical, lactancia y alimentación son aspectos estrechamente vinculados a la cultura. Sin embargo, la mayoría de las políticas, los planes, los programas y las intervenciones han pasado por alto estos aspectos (Balladelli, 1991; OPS, 1993; Instituto Nacional Indigenista, 1994).

Un elemento generalmente descuidado por la medicina occidental es la espiritualidad. La prisa por obtener resultados inmediatos, la carencia de suficiente personal y el énfasis en encontrar la relación causa-efecto en todas las manifestaciones de la enfermedad han dejado de lado una parte muy importante del ser humano. Los indígenas nos enseñan que el mundo espiritual de los dioses y los ancestros los preservan de situaciones que podrían, de otra manera, ser peores. Es en esta área donde emergen los rituales formando parte tanto de lo cotidiano, como de eventos particulares en el desarrollo de la persona. Este es el caso de la concepción, el nacimiento, el cuidado de la placenta y el

ombbligo, la puesta del nombre, el primer corte de cabello, el primer corte de uñas y los rituales y ceremonias que acompañan estos momentos.

¿Cómo procedemos con estas interpretaciones diferentes de la salud, de la enfermedad, de la vida y del cosmos? ¿Son realmente diferentes? ¿O pueden ser, tal vez, enfoques complementarios?

Estas son las preguntas que intenta responder este estudio con el fin de contribuir al acceso equitativo y al mejoramiento de la calidad de la atención de salud de los niños indígenas en las Américas mediante la incorporación del enfoque intercultural a la salud, a partir de un estudio piloto en la comunidad indígena de Gualapuro en Ecuador.

La investigación tuvo como objetivos desarrollar una metodología para incorporar el enfoque intercultural en la atención de salud de las poblaciones multiculturales; promover procesos de coordinación y sensibilización entre los diferentes actores sociales responsables del bienestar de las poblaciones indígenas en la comunidad seleccionada, priorizando la participación de los líderes indígenas y de la comunidad, y evaluar la contribución del conocimiento, actitudes y prácticas de los pueblos indígenas en lo que se refiere a la atención de salud de los niños indígenas menores de 5 años de edad.

En cuanto al contenido, el análisis y la operacionalización del enfoque intercultural de la salud, la investigación se basa en la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La estrategia AIEPI fue desarrollada por la OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) al incorporar las estrategias individuales ya disponibles para el control de las enfermedades y problemas de salud específicos. La finalidad es permitir la evaluación integrada de la salud de un niño cuando se establece el contacto con cualquier proveedor de salud, sea institucional o comunitario (OPS, 1998b). Desde 1996, la estrategia AIEPI constituye uno de los principales instrumentos para alcanzar los objetivos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en la Región de las Américas. Además, desde 1999, AIEPI operativiza el propósito de la iniciativa «Niños sanos: la Meta del 2002». Las acciones en el marco de la Cumbre se dirigen básicamente a reducir la mortalidad de las madres y de los niños menores de 5 años,



©Foto: Rocío Rojas, 2000

Padre y niña de Gualapuro, Ecuador.

así como a aumentar el acceso al agua potable, a los servicios de salud y a la educación para los niños y los adultos. La Meta del 2002 tuvo como fin prevenir la muerte de 100.000 niños de menos de 5 años en las Américas.

Teniendo en cuenta estos mandatos, la estrategia AIEPI pone énfasis en las enfermedades que causan cinco de cada 10 defunciones en niños entre las edades de 1 semana y 5 años en las Américas. Es decir, infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA), carencias nutricionales, enfermedades prevenibles por vacunación, septicemia/meningitis y malaria. Al tratar estas enfermedades, la estrategia de AIEPI se centra en la detección y el tratamiento rápido de los signos y síntomas que afectan a los niños y que los ponen en riesgo de muerte. Esto permite una respuesta inmediata al problema principal que lleva a los padres o a las personas encargadas del cuidado del menor a buscar atención de salud para el niño. La estrategia también permite una evaluación completa de la situación de salud del niño, promueve la evaluación sistemática de la vacunación y del estado de nutrición del niño, así mismo incorpora componentes específicos de la educación, prevención de enfermedades y promoción de la salud (OPS, 1998b).

En conformidad con el análisis llevado a cabo en la formulación de la estrategia AIEPI, este estudio de caso enfatiza en las enfermedades prevalentes de la infancia – infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA), carencias nutricionales, enfermedades prevenibles por vacunación, septicemia/meningitis y malaria– ya que varias de estas patologías forman parte del perfil epidemiológico de los niños de Gualapuro y provocan la mayoría de las defunciones en los niños menores de 5 años al actuar solas o en combinación. La mayoría de estas defunciones ocurre en los países en desarrollo, especialmente en aquellos países con tasas de mortalidad infantil calculadas en 40 por 1.000 nacidos vivos o más. Además, estas enfermedades son la causa de hasta ocho de cada 10 hospitalizaciones en los niños menores de 5 años y representan una carga importante de morbilidad, del riesgo de complicación y de las defunciones, así como del aumento de la demanda de la atención de salud.

Además, el estudio reconoce la importancia de los procesos en marcha en las Américas en el abordaje de la problemática de salud en la población indígena. Por lo cual, las declaraciones, acuerdos y leyes nacionales e internacionales que favorecen el desarrollo de estos pueblos, constituyen un marco de referencia importante y reflejan la voluntad política de los países de las Américas con el fin de promover acciones para mejorar la salud y las condiciones de vida de los sectores poblacionales excluidos, entre ellos, las mujeres, los niños y la población indígena.

Los convenios tomados en cuenta para el estudio se enumeran abajo y se detallan en el Cuadro 1.

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986
- Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1990
- Resolución CD37R5 de la OPS/OMS, 1993
- Cumbre de las Américas, 1994
- Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, 1995
- Declaración de Beijing, 1995
- Resolución CD40R6 de la OPS/OMS, 1997

Cuadro 1. Bienestar de los Niños Indígenas: Acuerdos Internacionales

1986	<i>La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud</i> fue emitida por la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en respuesta a la creciente demanda por una nueva concepción de la salud pública en el mundo (OPS, 1996a).
1990	<i>Las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia</i> con respecto a la sobrevivencia, protección y desarrollo de los niños se refieren a la reducción de la mortalidad de las madres y los niños menores de cinco años, así como al mejoramiento del acceso a agua potable, servicios de salud y educación para niños y adultos. Además, ponen énfasis en la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles, por ejemplo, de los niños en zonas de conflicto armado (Dirección General de Investigación y Desarrollo Educativo. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. República Argentina, 1999).
1993	<i>La Resolución CD37.R5</i> urge a los Estados Miembros de la OPS a promover la participación activa de los representantes de los pueblos indígenas, fortalecer la capacidad técnica y administrativa de las entidades a cargo del bienestar de estos pueblos y a promover el desarrollo de modelos alternativos de salud para las poblaciones indígenas, incluyendo la medicina tradicional/indígena (OPS, 1998c).
1994	<i>La Cumbre de las Américas</i> adoptó el Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en Nuestro Hemisferio, donde el componente referido al acceso equitativo a servicios básicos de salud muestra el compromiso de los gobiernos del continente para atacar las inequidades (OPS, 1997d).

Cuadro 1. Bienestar de los Niños Indígenas: Acuerdos Internacionales

(Continuación página anterior)

- 1995** *La Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud* se realizó de acuerdo a las resoluciones de la Cumbre de las Américas en referencia a las acciones de la OPS y de los Estados Miembros en los procesos de reforma. Esta reunión identificó los siguientes principios rectores en el marco de la Reforma del Sector Salud: equidad, calidad, eficiencia, sustentabilidad y participación social (OPS, 1997d).
- 1995** *La Declaración de Beijing, emitida en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* urge la intensificación de los esfuerzos para garantizar la aplicación de los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las mujeres y niñas en condiciones de igualdad. Especialmente para aquellas que enfrentan barreras múltiples para alcanzar el progreso por múltiples factores tales como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la incapacidad (Consejo Nacional de la Mujer. Presidencia de la Nación. República Argentina, 1998).
- 1997** *La Resolución CD40.R6* ratifica la *Resolución CD37.R5* y urge a los Estados Miembros de la OPS que han iniciado los procesos de Reforma del Sector Salud a ser persistentes en sus esfuerzos para detectar, monitorear y eliminar las inequidades en el estado de salud y el acceso a los servicios de salud de los grupos vulnerables, especialmente de los pueblos indígenas (OPS, 1998c).

Cabe recalcar la importancia que las Resoluciones CD37.R5, CD40.R6, los principios y líneas estratégicas de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas tienen en el desarrollo de la Cooperación Técnica de la OPS en materia de salud indígena (Cuadro 2.). Estas directrices reafirman los compromisos de la OPS y de los Estados Miembros con las metas del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994 – 2004) y expresan la voluntad política de los países para trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar. Además, reiteran el reconocimiento del valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.

De igual manera, se consideran como marco de referencia de este estudio los procesos que se han generado en las Américas dentro de las reformas del Estado, la educación y, en particular, las reformas del sector de la salud que incluyen los principios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

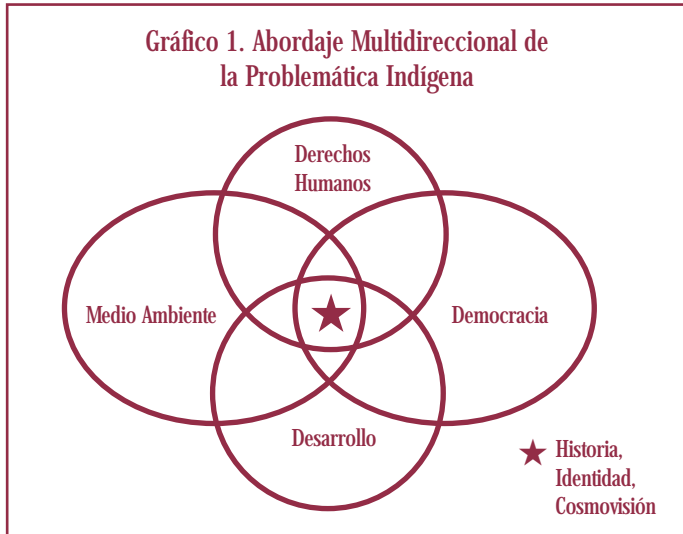
Cuadro 2. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Principios	Líneas de Acción
<ol style="list-style-type: none"> 1. Abordaje integral de la salud 2. Participación sistemática 3. Autodeterminación 4. Reciprocidad en las relaciones 5. Revalorización de la cultura indígena 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación estratégica y alianzas 2. Marcos de referencia y modelos de atención interculturales 3. Información para detectar y vigilar las inequidades

II. ABORDAJE MULTIDIRECCIONAL DE LA PROBLEMÁTICA INDÍGENA

A partir del reconocimiento de la vigencia de los pueblos indígenas, la investigación intenta incorporar nuevas dimensiones de análisis que reconocen que el abordaje de la problemática de salud indígena ocurre en la intersección de muchos temas, entre los cuales se mencionan los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación a la historia (Gráfico 1.). Es en esta perspectiva que se intenta contribuir a la incorporación de paradigmas que complementen los marcos conceptuales utilizados en la búsqueda de respuestas a las necesidades de los pueblos indígenas en materia de salud.

La mayoría de los análisis de la salud, de las condiciones de vida de los pueblos indígenas y de la formulación de estrategias e intervenciones en esta población, se basan en los indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, de morbilidad, de acceso a los servicios de salud y de cobertura. Estos indicadores no permiten evaluar los potenciales individuales y colectivos para la supervivencia de ciertos pueblos que han vivido en circunstancias adversas. Entre los



pueblos indígenas de las Américas, los mecanismos de supervivencia han sido forjados por las aptitudes culturales, lingüísticas, de organización y de liderazgo, junto con la adherencia a un carácter distintivo de la comunidad basado en la reciprocidad, el respeto y el conocimiento ancestral (OPS, 1998a). Un ejemplo de esto es lo que encontramos durante los primeros años de la vida de un niño. La atención al niño indígena en una edad temprana y la atención a la madre indígena son de importancia especial para la comunidad, ya que ellos son el núcleo de la identidad y la fuerza de estos pueblos (Balladelli, 1991; Yáñez del Pozo, 1993; Instituto Nacional Indigenista, 1994).

La gran mayoría de estudios se refieren a la población de las Américas como multilingüe, multiétnica y multicultural (OPS, 1993). Aunque estos términos descriptivos son muy válidos, pasan por alto el hecho de que aquellos pueblos con características culturales diferenciadas y específicas son también actores sociales. Los procesos históricos pasados y recientes en las Américas han determinado que entre las diferentes culturas exista una variedad de relaciones que, en la mayoría de las sociedades, se dan en condiciones de asimetría, subordinación y conflicto. Lamentablemente, la “historia oficial” ha dejado de lado la visión de muchos protagonistas (OPS, 1998a).

Las acciones basadas en el enfoque biomédico en la prestación de servicios de salud en las Américas han sido insuficientes e inadecuadas para afrontar el perfil epidemiológico complejo que afecta a la población (OPS, 1993). En este universo dinámico, la búsqueda de las estrategias conjuntas para abordar el nexo salud-enfermedad, requiere una reconceptualización de las prácticas de “los otros” y la articulación de las visiones tanto biomédicas como comunitarias en la generación de

posibles soluciones a aquellos problemas de salud que vienen de diferentes marcos conceptuales. Además, insta a un cambio en los paradigmas ya que esto conduce a la búsqueda de un análisis no desde la visión biomédica sino de aquella generada por la sensibilidad y el respeto de la diferencia y la diversidad (OPS, 1998a; Fernández, 1999).

El concepto de interculturalidad se comprende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto por las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 1998a). El enfoque intercultural de la salud, desarrollado por la OPS bajo el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, se enmarca en esta visión de justicia social y en la consideración de la salud como un derecho humano básico esencial para el desarrollo humano (OPS, 1998a).

La OMS define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Según la cosmovisión indígena, la salud es concebida como bienestar integral. Por ejemplo, varios líderes y participantes indígenas de Ecuador, al ser preguntados sobre qué es la salud, indicaron, salud es “la coexistencia armoniosa del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los otros, el bienestar integral apuntado hacia la felicidad y la tranquilidad del individuo y la sociedad” (OPS, 1997). En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas, se expresa en las relaciones dinámicas entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y de lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual) (OPS, 1997).

En este contexto se presenta la salud como un derecho humano básico, cuyo mejoramiento no solo fortalece la participación de estos pueblos sino que también contribuye al desarrollo humano, económico y social. Con el afán de plantear un concepto integral de salud, en este estudio se acogen las diferentes definiciones y se entiende por salud el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la sociedad/comunidad en condiciones de equidad.

Al definir la equidad, es importante reconocer que para que este concepto pueda aplicarse en su esencia, se deben considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de un grupo de población dado. Entre ellos el umbral de pobreza, el nivel educacional, el sexo, la edad, el grupo étnico, el monolingüismo en su idioma nativo, y la discapacidad física. Estas características pueden reforzarse, combinarse de diversas maneras y manifestarse en diversos grados de exclusión de un grupo específico. Por ejemplo, la forma más severa de exclusión sería el caso de una persona que es pobre, analfabeta, de sexo femenino, en edad reproductiva, indígena, monolingüe en un idioma nativo y discapacitada (Rojas, R. y Shuqair, N.,1999).

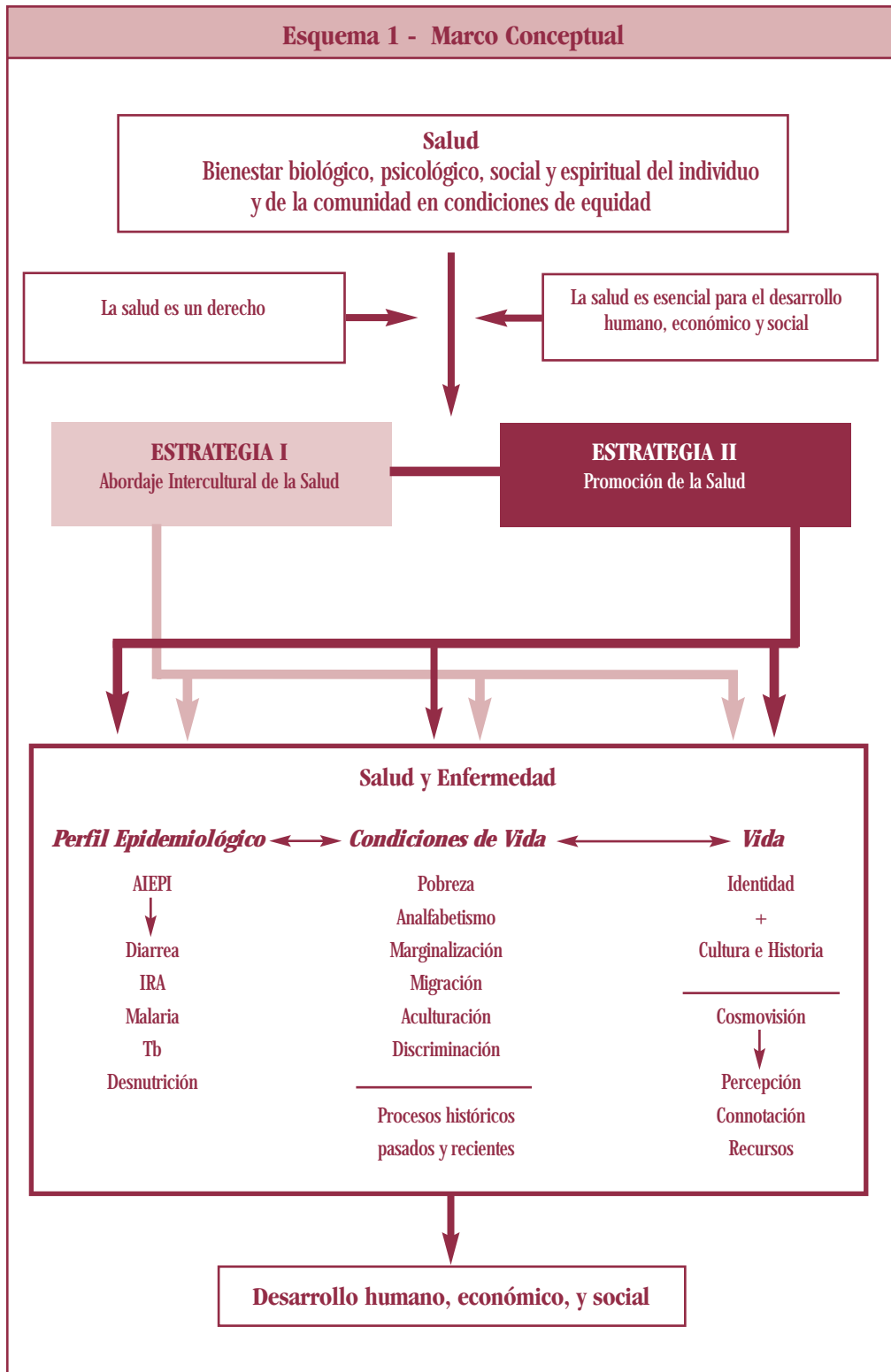
El concepto de equidad, a menudo, está relacionado con el de universalidad. Sin embargo, vale la pena aclarar que el concepto de universalidad homogeniza a la población y determina la formulación de criterios similares, pasando por alto las necesidades diferentes o discrepantes de grupos poblacionales diversos. Mientras la equidad es universal, no toda universalidad es equitativa. Como resultado, la universalidad puede ser inadecuada si reemplaza el concepto de equidad. La equidad implica la distribución en conformidad con las características y las necesidades especiales de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La universalidad, por su parte, no es suficiente para satisfacer las necesidades y las prioridades de las poblaciones indígenas o de otros pueblos específicos (Rojas, R. y Shuqair, N.,1999).

El analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. De alguna manera, la consideración a las variables estructurales está cada vez más presente en los

análisis de salud. Sin embargo, un aspecto que tiende a dejarse de lado en los análisis de salud de la población indígena es la vida cotidiana de estos pueblos. En la vida de los pueblos indígenas, los principales referentes son la cultura y las concepciones, percepciones, valores e insumos, generados por su cosmovisión para el mantenimiento y restauración de su bienestar. Así, las enfermedades tienen una connotación social y están también estrechamente vinculadas con su sistema de creencias y valores. Por ejemplo, de acuerdo a la perspectiva indígena, las enfermedades se dividen en dos grupos: las enfermedades causadas por factores sobrenaturales – encantos, vientos, espíritus, que actúan en forma autónoma o dirigidos por personas o curanderos tradicionales – y las enfermedades enviadas por Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena (Polia Meconi, 1988).

Como resultado de sus procesos históricos, los países en la Región de las Américas y el Caribe difieren en el tamaño y la estructura social y económica. La heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos de las Américas hace difícil – si no imposible – la aplicación de solo un modelo de atención (OPS, 1993). En varios países, existe la inquietud explícita sobre los diversos y complejos factores (barreras culturales, sociales, económicas y geográficas) que dan lugar al bajo acceso y utilización reducida de los servicios de salud por parte de las personas y de la comunidad de las poblaciones periféricas urbanas y especialmente rurales. De igual manera, los gobiernos nacionales han reconocido tanto la contribución del conocimiento, las prácticas, los recursos y los terapeutas indígenas a la salud de la población, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una relación respetuosa y complementaria de éstos con los sistemas de salud oficiales (OPS, 1998c).

El enfoque intercultural de la salud y la promoción de la salud serán las estrategias que se utilizarán en la instrumentalización del marco conceptual. El enfoque intercultural de la salud como una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención y la promoción de la salud como una de las estrategias para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y tener mayor control de sus vidas. En este contexto, la salud se percibe no como un objeto sino como la fuente de riqueza en la vida cotidiana. El Esquema 1 ilustra el marco conceptual.



En cuanto a la relevancia de la investigación, ésta contribuye al cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sector salud -equidad, eficiencia, eficacia, calidad, participación social- en la organización y la provisión de la atención de salud en las poblaciones multiculturales, teniendo en cuenta el concepto holístico de la salud.

Los países de las Américas, entre ellos Ecuador, como parte de las tendencias mundiales de cambio han emprendido procesos que incluyen reformas a niveles estatales y locales en los sectores educacionales y de la salud. La reforma del sector salud preconiza el principio de equidad y busca la cobertura universal mediante la garantía del acceso a la atención de salud para los grupos de población que actualmente carecen de ello, sin reducir la atención necesaria para aquellos grupos que ya gozan de estos beneficios (OPS, 1997a; OPS, 1997d). De igual manera, la reforma del sector salud pone énfasis en la participación social como un factor fundamental para identificar soluciones sostenibles a las prioridades identificadas por la población.

Ecuador es uno de los países andinos ubicados en América del Sur. En 1997, la población de Ecuador se calculó en 11.936.858 de habitantes de los cuales 50% eran mestizos, 25% indígenas (distribuidos entre 12 diferentes grupos étnicos), 10% blancos, 10% negros y 5% de otro origen étnico (Matos Mar, 1993; OPS, 1998a; Agencia Central de Inteligencia, 1999). En este escenario, esta investigación es importante. En un contexto similar al de la mayoría de los países de las Américas, la misma se basa en las estrategias y las acciones concebidas dentro del marco de los convenios internacionales y aprovecha la experiencia ganada en el proceso de su ejecución. Reconoce la complejidad de los factores que influyen en la exclusión de las poblaciones indígenas, presenta la salud como un derecho humano básico, cuya efectivización equitativa no solo fortalecerá la democracia en las Américas mediante la participación de las llamadas minorías, sino que también contribuirá al desarrollo humano.



©foto: Aldo Lozano, 1993

Niño de la Amazonía de Brasil

En la atención de salud específicamente, el estudio prioriza la atención de salud para los niños indígenas menores de 5 años, teniendo como referencia el contenido y la metodología de la estrategia AIEPI. Ecuador ha tenido una función preponderante en la aplicación de la estrategia AIEPI. Varios de los estudios piloto en la adaptación de los materiales genéricos al nivel nacional y local se han realizado en el país. Actualmente, hay interés por parte de las autoridades nacionales para identificar los mecanismos que permitirán mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas del país.

En este contexto multilingüe, multiétnico y multicultural, este estudio es pertinente porque propone la incorporación del enfoque intercultural a la salud, como una de las estrategias necesarias para lograr el acceso equitativo a la atención de calidad de la población de las Américas, en particular de la población indígena. De igual manera, el estudio recalca la promoción de la salud como un aspecto vital del desarrollo humano y del mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

El estudio reconoce la contribución del conocimiento ancestral de los pueblos indígenas. Propone la generación de paradigmas nuevos y complementarios que, en términos iguales, promueva el diálogo entre los terapeutas indígenas, occidentales y con la comunidad para lograr una integración complementaria de los sistemas de salud oficiales/institucionales y los sistemas de salud indígenas.

Desde esta perspectiva, el principal referente será la cultura de los pueblos indígenas y las concepciones, las percepciones, los valores y los insumos generados por su cosmovisión para el mantenimiento y restablecimiento de su bienestar.

Finalmente, esta investigación es pertinente no solamente porque amplía los marcos conceptuales, sino también porque genera estrategias, metodologías e instrumentos, que permitirán investigar y comprender la salud de los niños indígenas en la aplicación del enfoque intercultural de la salud, cuyos procedimientos pueden aplicarse a la atención de otras minorías étnicas.

Con respecto a los obstáculos y limitaciones previstos en este estudio, éstos se refirieron a la capacidad de recopilar los datos sobre las poblaciones indígenas, porque la mayoría de los sistemas de información de los países de las Américas no incorpora la pertenencia étnica como una variable. Esta limitación se superó parcialmente al sistematizar la información de los estudios de casos y los estudios locales.

El cronograma propuesto fue difícil de seguir porque las prioridades y concepciones de las comunidades indígenas sobre el tiempo son diferentes. De igual manera, fue necesario tener en cuenta la historia de discriminación y abuso que ha generado desconfianza en las comunidades indígenas; tal desconfianza posiblemente pudo obstaculizar este estudio. Por otro lado, ir a la comunidad podría haber creado expectativas no previstas. Estas dificultades se superaron por medio de un acercamiento respetuoso, a través de las personas legítimas y de los líderes, para informar a las comunidades acerca del proyecto, responder a sus inquietudes, obtener su consentimiento y establecer responsabilidades en este proceso. Estas consideraciones deben formar parte de la metodología en cualquier estudio que involucre a las poblaciones indígenas.

El estudio tuvo un año de duración y fue desarrollado en dos etapas. La primera etapa fue dedicada a la elaboración del diseño y de la metodología, incluyendo la formulación del marco conceptual y de los instrumentos. La segunda etapa comprendió la validación y aplicación de la metodología y el análisis de los resultados.

Para la ejecución de este estudio, se utilizó la siguiente metodología:

1. Identificación de la población de estudio

La pertinencia de este estudio se basó en la identificación de una población con características similares a las de la población en las Américas, es decir, multilingüe, multicultural, multiétnica. Se esperó que el estudio facilitara la identificación de las normas y la metodología aplicables a contextos similares y la extrapolación de los resultados. En esta perspectiva, el estudio se realizó en una comunidad indígena semiaislada de la provincia de Imbabura en Ecuador: Gualapuro.

2. Sistematización de los datos básicos y expansión de los marcos conceptuales

En esta etapa del estudio se realizó la sistematización de los indicadores disponibles, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de accesibilidad, para conocer el perfil de la comunidad.

El estudio de la cosmovisión indígena ha merecido la atención de las ciencias sociales. Sin embargo, la aplicación de este conocimiento a la práctica, en particular en el campo de la salud, es todavía incipiente. Para tener una aproximación a las perspectivas, prácticas y terapias indígenas en referencia al cuidado del niño, en esta fase del estudio se efectuó una revisión bibliográfica que ofreció un mejor conocimiento de los sistemas de creencias y valores con respecto a los procesos de mantenimiento y restauración de la salud, haciendo hincapié en la nutrición/desnutrición, y en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas y respiratorias en los niños indígenas. Se citan algunos autores en la presentación de la sección de resultados.

Cuadro 3. Variables y Actores

Variables	Actores
<p>madres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 16-25 años • Edad: 25-40 años • Roles: abuelos y abuelas • Estado civil: casado y soltero • Estudiantes • Trabajadores de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutas indígenas: parteras, herbalistas, yachacs (uno de los tipos principales de curanderos tradicionales en Ecuador y en los países andinos en las Américas) • Centro de Salud: director del centro de salud, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería • Ministerio de Salud: personal de salud • OPS: consultores • Iglesia: sacerdotes, pastores, monjas • Centros académicos: rectores, profesores, estudiantes • Escuelas: maestros • Líderes indígenas: líderes de salud, líderes políticos, líderes informales • ONG • Organismos internacionales de cooperación • Políticos

3. Identificación de variables y actores

La atención prenatal y postnatal del niño están relacionadas estrechamente con la cultura y cosmovisión indígenas y se enmarca dentro del conocimiento y las normas del aprendizaje colectivo y la responsabilidad de la comunidad. De igual manera, los sucesos históricos y contemporáneos, la situación socioeconómica y política de los pueblos y la presencia de las prácticas, conocimiento y actores no indígenas, han originado una dinámica que merece exploración. Desde esta perspectiva se identificaron las siguientes variables y actores que se presentan en el cuadro 3.

4. Recolección de información

En el estudio de cada variable, actor y contexto, después de obtener la aprobación de la comunidad indígena y de sus líderes, se propuso la realización de grupos focales, entrevistas exhaustivas y observación participativa.

Para estudiar las variables identificadas, se esperó llevar a cabo 10 grupos focales de dos horas de duración cada uno, con la participación de seis a 10 personas en cada uno. Los períodos de sesiones de los grupos focales y las entrevistas iban a ser grabadas y anotadas. Según se explica en la sección de metodologías, la recopilación de información no se pudo llevar a cabo en los grupos focales, sino mediante entrevistas a profundidad. Sin embargo, los instrumentos creados para aplicarse en los grupos focales son pertinentes si un estudio similar va a conducirse en el futuro.

Se prepararon guías para los grupos focales, las entrevistas exhaustivas y la observación participativa, para obtener información enfatizándose en las siguientes áreas:

- El conocimiento, las actitudes y las prácticas de las comunidades indígenas con respecto a la nutrición/desnutrición y enfermedades seleccionadas de acuerdo al contenido de la estrategia AIEPI.
- El conocimiento, las actitudes y las prácticas del personal de los servicios de salud, centros académicos, y ONG que trabajan en el área, acerca de la participación comunitaria y el uso del conocimiento autóctono en el mantenimiento y restablecimiento de la salud.
 - Las percepciones de la comunidad con respecto a la atención de salud.
 - Las percepciones de los trabajadores de salud con respecto a la atención de salud.

Antes de proceder con la recolección de información, se analizaron los instrumentos según los resultados esperados, los objetivos y la meta de este estudio.

5. *Análisis e interpretación de datos*

En el análisis se realizó un examen cuidadoso de las notas y grabaciones de conformidad con cada una de las áreas a investigarse. Se hizo énfasis en lo que la audiencia sabía sobre los aspectos que cubrió el estudio, en las limitaciones en cuanto a la información, en lo que a la gente le gustaría conocer, en lo que sería necesario que supieran y en la metodología didáctica preferida por los participantes de la comunidad.

6. *Presentación de los resultados*

Éstos se presentan en la sección Resultados y Discusión, como una aproximación a la comprensión del cuidado de la salud de los niños indígenas. Por lo tanto, es importante difundir esta información a los representantes del Ministerio de Salud, los servicios de salud, la comunidad, los usuarios, los centros académicos, las ONG, la OPS/OMS-Ecuador, la OPS/OMS en Washington para recibir sugerencias sobre su utilidad en la adaptación de los contenidos y metodología de la estrategia AIEPI.

En la preparación de instrumentos y en el análisis de la información, fue de crucial importancia el asesoramiento de los profesores de la Universidad George Washington, de los profesionales de la Unidad Técnica de AIEPI y de varios profesionales de la sede de la OPS/OMS en Washington, D.C.

Los profesionales y líderes indígenas que están trabajando en las comunidades seleccionadas en los proyectos patrocinados por el Fondo para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y en la Imbabura Runacunapac Jatun Tantanacui-Federación Indígena y Campesina de Imbabura (INRUJTA-FICI), tuvieron una participación importante en cuanto al apoyo técnico y logístico en este estudio.

En el proceso de ejecución del estudio varias personas e instituciones fueron contactadas para solicitar su autorización y apoyo para llevarlo a cabo. Algunos compromisos se establecieron con la INRUJTA-FICI a través de la Dra. Myriam Conejo, Directora Ejecutiva del Área de Salud Jambi-Huasi y con la FAO, a través de la Economista Consuelo Rojas, Coordinadora del Proyecto Agro-Forestal Campesino. Por ejemplo, antes de la ejecución del estudio se realizó una visita a la comunidad para informarlos, obtener su consentimiento para realizar el estudio y validar los instrumentos. Esta visita se hizo del 31 de julio al 8 de agosto de 1999 y las fechas para la ejecución del estudio se fijaron desde el 9 de enero hasta el 22 de enero de 2000.

La FAO ofreció el acceso a su Centro de Documentación y el apoyo logístico en caso de haber dificultades en la comunidad seleccionada; a cambio, se debía presentar una copia de la versión en español del estudio. La INRUJTA-FICI se comprometió a facilitar el trabajo en el ámbito de la comunidad y a proporcionar la asistencia de entrevistadores bilingües de Quechua/Quichua-español para la recolección de datos. El compromiso con la organización fue respetar las normas de la organización y de la comunidad. La INRUJTA-FICI también solicitó una copia del estudio con toda la información sobre la ejecución del mismo.

Con respecto a las técnicas de recopilación de datos, se prepararon los siguientes instrumentos:

- Esquema para ilustrar el marco conceptual, el mismo que fue concebido para facilitar el adiestramiento del equipo de apoyo (Esquema 1).
- Guía para el entrevistador, que constituye una lista de los aspectos que los entrevistadores deben considerar y tomar en cuenta mientras están completando los cuestionarios o participando en los grupos focales (Aga Khan Foundation, 1993a; 1993b; Zimmerman, Newton, Frumin y Wittett, 1996).
- Cuestionarios a ser respondidos por los informantes claves del personal de salud y los líderes formales e informales de la comunidad. Los cuestionarios fueron adaptados a partir de aquellos presentados en el Programa de Manejo de la Atención Primaria de Salud en el libro: Evaluando las

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	
Objetivo:	Comprender el cuidado de la salud del niño indígena
Propósito:	Contribuir al acceso equitativo a una atención de calidad que incluya la perspectiva del usuario
Universo:	Niños indígenas menores de 5 años de una comunidad del cantón Otavalo, Ecuador
Usuarios:	Personas a cargo del cuidado de los niños, personal de salud, en la comunidad y en los niveles de decisión
¿Qué es lo que cada uno de los usuarios de la información necesita saber sobre la salud de los niños indígenas menores de 5 años?	
Comunidad:	Cómo tener niños saludables Cómo mantener la salud de los niños
Personal de salud:	Cómo mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil Cómo mejorar la calidad de la atención de la salud de los niños Cómo tener “clientes”/pacientes satisfechos Cómo tener comunidades saludables
Áreas de énfasis:	1) Salud y enfermedad 2) Conocimiento e identidad indígenas 3) Cuidado de la salud, sistemas y servicios de salud, calidad de la atención
Presentación (para los entrevistadores al dirigirse a los participantes)	
	<p>Preséntese indicando su nombre y el de los ayudantes</p> <p>Agradezca al participante</p> <p>Explique: De qué se trata este estudio, esta entrevista o este grupo focal</p> <p>Explique: Quién auspicia esta actividad</p> <p>Explique: Por qué se está realizando este estudio</p> <p>Explique: Cómo fueron escogidos los participantes</p> <p>Explique: Cuánto durará esta actividad</p> <p>Asegure a los participantes que las respuestas serán confidenciales</p> <p>Solicite permiso para grabar la actividad</p> <p>Solicite permiso para tomar fotos</p> <p>Solicite permiso para empezar la actividad</p>

Necesidades de Salud Comunitaria y la Cobertura, Módulo 2, Guía del Usuario, Fundación Aga Khan, 1993 (Aga Khan Foundation, 1993a; 1993b). Algunas preguntas pertinentes para cada una de las áreas de énfasis fueron incluidas.

- **Matriz Guía**, este instrumento fue diseñado para usarse durante los grupos focales y las entrevistas. Esta herramienta ayuda a comprender los conceptos de salud y enfermedad desde las diferentes perspectivas, también incluye preguntas claves acerca de las siguientes cinco áreas de énfasis: 1. Niño sano: mantenimiento de la salud; 2. Niño enfermo: restablecimiento de la salud; 3. Niño muerto: autopsia verbal; 4. Atención de salud institucional para los niños indígenas: desde la perspectiva de la comunidad y desde la perspectiva del personal de salud y 5. Medicina indígena vs. medicina

occidental: signos y síntomas de la estrategia AIEPI (OPS, 1998b; WHO, 2000). En cada área de énfasis, se identificaron algunos factores a considerar.

Según se estableció, el 8 de enero del año 2000 se realizó el viaje de Washington, D.C. EUA a Ecuador. El 10 de enero, se contactaron a los líderes del Área de Salud Jambi Huasi de INRUJTA-FICL.

MATRIZ GUÍA		
PARTICIPANTES: PERSONAS INDÍGENAS		
CONCEPTOS: SALUD Y ENFERMEDAD / PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD		
1. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR	
NIÑO SANO: MANTENIMIENTO DE LA SALUD	IDENTIDAD CONOCIMIENTO INDÍGENA COSMOVISIÓN INDÍGENA CONTEXTO SOCIAL CONTEXTO ECONÓMICO	
<p>Preguntas:</p> <p><i>Conocimiento Indígena:</i> ¿Qué se debe hacer para tener un niño sano? (embarazo, nacimiento, cuidado del cordón umbilical, cuidado de la placenta) ¿Qué se debe hacer para mantener sano a un niño? (lactancia, vacunas, cuidado del recién nacido, cuidado del niño menor de 5 años, alimentación, rol de los terapeutas de la medicina convencional y de la medicina indígena) ¿Quién les enseñó lo que saben respecto al cuidado del niño?</p> <p><i>Identidad:</i> ¿Qué significa ser un hombre bueno o una mujer buena? ¿Quién y cómo contribuye al bienestar del niño/a (respecto al bienestar físico, social y espiritual)?</p> <p><i>Contexto socioeconómico:</i> ¿Cuáles son los factores negativos que afectan la salud del niño? ¿De dónde consume el agua para beber? ¿Se lava las manos siempre antes de coger la comida? ¿Qué tipo de servicio sanitario tiene?</p> <p><i>Pregunta para el entrevistador:</i> ¿Cree que la familia puede pagar lo necesario en cuanto a sus necesidades básicas, por ejemplo, educación, ropa, salud, comida, vivienda, etc.)?</p>		
2. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR	
NIÑO ENFERMO: RESTAURACION DE LA SALUD	MEDICINA CONVENCIONAL	MEDICINA INDÍGENA
	DIARREA TOS FIEBRE ENFERMEDADES DE LA PIEL/ GRANOS DESNUTRICION MALFORMACIONES TERAPEUTAS	ESPANTO MAL VIENTO MAL DE OJO EMPACHO – INDIGESTIÓN TERAPEUTAS
<p>Preguntas:</p> <p><i>Enfermedades:</i> ¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre los recién nacidos? ¿Entre los niños menores de cinco años?</p> <p><i>Cuidado de la salud:</i> ¿Dónde buscan ayuda o tratamiento? ¿Por qué? ¿Cuándo buscan ayuda o tratamiento? ¿Por qué?</p> <p><i>Restauración de la salud:</i> ¿Qué hacen cuando un niño está enfermo? ¿Por qué?</p> <p><i>Conocimiento indígena:</i> ¿Quién les enseñó lo que saben?</p> <p><i>Prevención:</i> ¿Qué se debería hacer para que los niños no se enfermen?</p> <p><i>Intereses:</i> ¿Qué les gustaría aprender para ayudar en la salud del niño? ¿Cómo les gustaría que les enseñen?</p>		

MATRIZ GUÍA (cont.)	
PARTICIPANTES: INFORMANTES CLAVES	
3. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
<p>NIÑO MUERTO / AUTOPSIA VERBAL</p>	<p>ERRORES PROVEEDORES CUELLOS DE BOTELLA BARRERAS GEOGRÁFICAS BARRERAS CULTURALES BARRERAS ECONÓMICAS</p>
<p>Preguntas: <i>Causas:</i> ¿Cuáles son las principales causas de muerte en los recién nacidos de la comunidad? ¿Cuáles son las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años en la comunidad? <i>Itinerario de cuidado de la salud:</i> ¿Dónde buscan ayuda cuando el niño está grave? ¿Por qué? ¿Qué tipo de tratamiento recibieron los niños que murieron? <i>Barreras:</i> ¿Por qué murieron los niños? <i>Prevención:</i> ¿Qué se debería hacer para que los niños no mueran? <i>Significado de la muerte:</i> ¿Dónde van los niños después de muertos? <i>Conocimiento indígena:</i> ¿Quién les enseñó lo que saben?</p>	
4. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
<p>ATENCIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS NIÑOS INDÍGENAS: PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD Y DEL PERSONAL DE SALUD</p> <p>1. Sistemas y servicios de salud</p>	<p>COBERTURA: ACCESO UTILIZACIÓN CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL FORTALEZAS LIMITACIONES</p>
<p>2. Personal de salud</p>	<p>PERFIL DE LA COMUNIDAD ARTICULACION ENTRE EL CONOCIMIENTO INDÍGENA Y EL CONOCIMIENTO OCCIDENTAL PLANTAS MEDICINALES MARCO JURÍDICO MOVIMIENTO INDÍGENA FORTALEZAS LIMITACIONES</p>
<p>Preguntas: 4.1 Sistemas y servicios de salud ¿A qué distancia está el centro de salud más cercano o alguien del personal de salud? ¿Cómo va al hospital? ¿Cuánto le cuesta transportarse? ¿Está disponible el transporte las 24 horas? ¿Dónde busca atención en caso de emergencia? ¿Cuáles servicios de salud están disponibles en la comunidad? ¿Las mujeres embarazadas de la comunidad reciben atención prenatal? ¿Cuál es el lugar principal donde ellas reciben atención prenatal? ¿Cuáles son las principales razones para que las mujeres embarazadas no acudan al hospital? ¿Dónde dan a luz la mayoría de mujeres de la comunidad? ¿Quién es la persona que ha atendido los partos de las mujeres que usted conoce? ¿Qué hace usted cuando un niño/a está enfermo/a? ¿Por qué? ¿Dónde busca ayuda? ¿Por qué? 4.2 Personal de salud <i>Conocimiento de la comunidad:</i> ¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre la población indígena? ¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre los niños indígenas? ¿Qué hacen las personas de la comunidad cuando un niño está enfermo? ¿Por qué? <i>Atención de salud:</i> ¿Está contento el personal de salud que trabaja en la comunidad? ¿Cuáles son los principales desafíos para mejorar las condiciones de vida y el estado de salud de la población indígena? <i>Sistemas de salud convencional e indígenas:</i> ¿Es posible combinar el sistema de salud convencional o la medicina occidental con los sistemas de salud indígenas o medicina indígena?</p>	

MATRIZ GUÍA (cont.)	
PARTICIPANTES: INFORMANTES CLAVES	
5. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
MEDICINA INDÍGENA VS MEDICINA CONVENCIONAL: SIGNOS Y SÍNTOMAS CONSIDERADOS EN LA ESTRATEGIA AIEPI	MEDICINA CONVENCIONAL
	MEDICINA INDÍGENA
	TÉRMINOS LOCALES, CAUSAS, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, TERAPEUTAS, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, PRONÓSTICO, SEGUIMIENTO ¿CUÁNDO SE EMPEORA LA ENFERMEDAD? ¿CUÁNDO ES FATAL LA ENFERMEDAD?
Preguntas para cada signo o síntoma considerado en la estrategia AIEPI Término local Causa Diagnóstico desde la perspectiva de la medicina indígena Personas que pueden curar Tratamiento Prevención Pronóstico Seguimiento	

MATRIZ DE ANÁLISIS	
INFORMACIÓN NECESARIA	
PARTICIPANTES: PERSONAS INDÍGENAS	
CONCEPTOS: SALUD Y ENFERMEDAD / PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD	
1. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
NIÑO SANO: MANTENIMIENTO DE LA SALUD	IDENTIDAD CONOCIMIENTO INDÍGENA COSMOVISIÓN INDÍGENA CONTEXTO SOCIAL CONTEXTO ECONÓMICO CONTEXTO HISTÓRICO
2. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
NIÑO ENFERMO: RESTAURACION DE LA SALUD	MEDICINA CONVENCIONAL
	MEDICINA INDÍGENA
	DIARREA TOS FIEBRE ENFERMEDADES DE LA PIEL/ GRANOS DESNUTRICION MALFORMACIONES TERAPEUTAS
	ESPANTO MAL VIENTO MAL DE OJO EMPACHO – INDIGESTIÓN TERAPEUTAS
3. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
NIÑO MUERTO / AUTOPSIA VERBAL	ERRORES PROVEEDORES CUELLOS DE BOTELLA BARRERAS GEOGRAFICAS BARRERAS CULTURALES BARRERAS ECONÓMICAS

MATRIZ DE ANÁLISIS (cont.)	
PARTICIPANTES: INFORMANTES CLAVES	
4. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
ATENCIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS NIÑOS INDÍGENAS: PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD Y DEL PERSONAL DE SALUD 1. Sistemas y servicios de salud	COBERTURA: ACCESO UTILIZACIÓN CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL FORTALEZAS LIMITACIONES
2. Personal de salud	PERFIL DE LA COMUNIDAD ARTICULACION ENTRE EL CONOCIMIENTO INDÍGENA Y EL CONOCIMIENTO OCCIDENTAL PLANTAS MEDICINALES MARCO JURÍDICO MOVIMIENTO INDÍGENA FORTALEZAS LIMITACIONES
PARTICIPANTES: PERSONAS INDÍGENAS	
5. ÁREA DE ÉNFASIS	FACTORES A CONSIDERAR
MEDICINA INDÍGENA VS MEDICINA CONVENCIONAL: SIGNOS Y SÍNTOMAS CONSIDERADOS EN LA ESTRATEGIA AIEPI	MEDICINA CONVENCIONAL
	MEDICINA INDÍGENA TÉRMINOS LOCALES, CAUSAS, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, TERAPEUTAS, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, PRONÓSTICO, SEGUIMIENTO, ¿CUÁNDO SE EMPEORA LA ENFERMEDAD? ¿CUÁNDO ES FATAL LA ENFERMEDAD?

Aunque el equipo de apoyo estaba preparado para trabajar, los líderes de la INRUJTA-FICI dijeron que el estudio probablemente no podría ejecutarse debido a que iba a ocurrir en el país una movilización indígena. La población seleccionada, parte de la INRUJTA-FICI, también participaría en esta movilización y estaba organizándose. Además de la movilización, en los establecimientos de salud solamente estaba disponible la atención de urgencia. Aunque estos sucesos se redujeron al mínimo al comienzo, condujeron a la destitución del Presidente de la República, Jamil Mahuad y al establecimiento de un Triunvirato, dando como resultado la sucesión presidencial del vicepresidente Gustavo Noboa (The Washington Post, 2000a y b). En este periodo fue evidente la gran conmoción que estaba ocurriendo en el país.

Con referencia a la ejecución del estudio, estas circunstancias cambiaron la muestra, las técnicas y los instrumentos que se habían planificado y contribuyeron al desarrollo del análisis con elementos claves que deben ser considerados cuando se aborda el tema del bienestar de las poblaciones indígenas. Por ejemplo, se incorporó el conocimiento de la historia pasada y reciente como elemento fundamental para comprender el contexto y la dinámica de la población en la Región de las Américas y, en este caso particular, de la población de Gualapuro. Un resumen breve sobre la historia del pueblo Otavalo-Quechua/Quichua se adjunta en la sección sobre la comunidad de estudio.

Las siguientes fueron las decisiones que se tomaron y los pasos que se siguieron para considerar un nuevo enfoque para la ejecución de la investigación.

Primero, se llegó a la conclusión de que la recolección de información no podía llevarse a cabo a través de grupos focales porque la comunidad estaba reunida para organizar su movilización a Quito, la ciudad capital de Ecuador. La información fue recabada a través de entrevistas a profundidad.

En cuanto a los instrumentos del estudio, se conservaron los siguientes: el esquema para ilustrar el marco conceptual (Esquema 1); la Guía para el Entrevistador, los Cuestionarios y la Matriz de Análisis.

Respecto a las variables y a los actores identificados en el Cuadro 3, aunque fueron considerados, las circunstancias impidieron un análisis transversal minucioso de todas las variables y los actores. Sin embargo, es importante recalcar que si este tipo de estudios se conduce en el futuro, aquellos actores y variables son pertinentes para comprender la dinámica de la atención de la salud de los niños indígenas.

Cuadro 4. Muestra de Estudio

Entrevistas	Otros materiales
Comunidad	
Entrevistas a profundidad: 11	
Informantes claves:	
Directora Ejecutiva del Área de Salud <i>Jambi Huasi</i>	Fotos
Yachac	Cintas
Líder indígena del Área de Salud <i>Jambi Huasi</i>	Entrevistas escritas
Enfermera que a la vez es una partera tradicional, líder de la comunidad y educadora	Mapas
	Censo de la comunidad
	Base de datos
Personal de Salud	Documentos
6 personas del Área de Salud <i>Jambi Huasi</i>	
11 personas de otras instituciones –	
Total de encuestas: 20	

En cuanto a los participantes del estudio, éstos fueron conjuntamente seleccionados en coordinación con el Área de Salud Jambi Juasi de la INRUJTA-FICI. Ambas partes estuvieron de acuerdo con los criterios de selección de los informantes claves. Estos debían ser parte de la comunidad y/o trabajar en el ámbito de la comunidad, ya sea en la atención de los niños menores de cinco años o en otras áreas, y estar dispuestos a responder los cuestionarios. La muestra de los participantes para la cuarta área de énfasis referente a los proveedores de salud y a la atención de salud para los niños indígenas se amplió para incluir a trabajadores de salud y a líderes formales e informales, no solamente relacionados con la comunidad seleccionada sino con la atención de salud en general. Esto se decidió, porque la mayoría de las poblaciones indígenas no están aisladas de la sociedad nacional y muchos necesitan servicios de salud de diferentes niveles de atención, generalmente fuera del ámbito de sus comunidades. Finalmente, se identificaron a dos personas para asistir en la recopilación de la información, la Sra. Esmeralda Costales, que fue designada para apoyar en las entrevistas de los trabajadores de salud y de los líderes formales e informales; y la Sra. Mercedes Muenala (bilingüe Quechua/Quichua-Español), que fue designada para apoyar en las entrevistas en la comunidad.

Además de los cuestionarios escritos, se tomaron notas y se grabaron varias entrevistas con el permiso de los participantes. Algunos participantes aceptaron que se les tomara fotografías. Para el análisis de la información se transcribieron todas las cintas. La Sra. Mercedes Muenala, además de apoyar en la obtención de la información, tradujo las entrevistas del Quechua/Quichua al español. El Cuadro 4 presenta la muestra del estudio y la lista de otros materiales disponibles.

Aunque se previeron 20 entrevistas en la comunidad, se realizaron solamente 11 por considerar que al término de la décimoprimer entrevista se había llegado ya al denominado punto de saturación. Esto quiere decir que cuando en una investigación la aplicación de los instrumentos no aporta información nueva, se debe suspender el proceso o ampliar la muestra (Guevara, E, 2000).

III. LA COMUNIDAD DE GUALAPURO

La comunidad indígena de Gualapuro está situada en Ecuador (ver mapas 1 y 2) al suroeste de la Ciudad de Otavalo a 2.560 metros sobre el nivel del mar. Pertenece a la Parroquia Rural San Luis del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura, una de las 21 provincias de Ecuador (Mapas 1 y 2) (Área de Salud Jambi Huasi, 2000c; Instituto de Español Otavalo, 2000). Para comprender la dinámica de esta comunidad, es importante conocer algunos datos acerca de Ecuador, por consiguiente en esta sección se presentará un breve resumen del país.

La República de Ecuador está ubicada en América del Sur, le atraviesa la Línea Ecuatorial y limita al norte con Colombia, al este y al sur con Perú y al oeste con el Océano Pacífico. Su superficie terrestre de aproximadamente 272.000 km² comprende cuatro zonas geográficas bien definidas: la sierra, la costa, el oriente (o Amazonía) son las regiones continentales, y las Islas Galápagos en el Pacífico (OPS, 1994). La cordillera de los Andes recorre el país de norte a sur en dos cadenas montañosas paralelas –la cadena oriental y occidental- separadas entre sí por aproximadamente 60-63 km. La capital es Quito, y Guayaquil es la ciudad con mayor población. Administrativamente el país está dividido en 21 provincias (OPS, 1994; Moya, 1997).

El Gobierno está constituido por el Poder Ejecutivo, que consta del presidente de la República, el vicepresidente, los ministros del gabinete y el secretario general; el Poder Legislativo que consta del Congreso Nacional conformado por la Cámara Única de representantes nacionales y provinciales, y el Poder Judicial que consta de la Corte Suprema de Justicia, los tribunales superiores y los tribunales establecidos por la Constitución Nacional (OPS, 1994; Moya, 1997).

A pesar de la severa crisis económica y política, durante los años noventa, Ecuador tuvo éxito al fortalecer su régimen constitucional democrático y reafirmar su identidad como una sociedad multicultural, multiétnica y multilingüe (OPS, 1998a). Aunque las cifras varían de acuerdo a las diferentes fuentes disponibles, de hecho, al igual que en la mayoría de los países de la Región de las Américas, los mestizos (amerindio y español), los pueblos indígenas y los negros forman parte de la población de Ecuador (Cuadro 5).

Los mestizos forman la mayoría de la población. La población indígena que vive en la sierra y en la región oriental, constituye una proporción considerable (25%) representada en 12 grupos étnicos bien diferenciados (OPS/OMS, 1994): Achuaras, Awa-Coaquier, Chachi/Cayapas, Cofanes, Huancavilcas, Huaoranis, Siona, Secoya, Shuar, Tsáchilas, Quechua/Quichuas de la Sierra (por ejemplo, los Otavalo, Salasaca, Saraguro) y Quechua/Quichuas del Oriente



Mapa 1. Mapa de las Américas.
Fuente: The University of Texas at Austin. The Perry-Castañeda Library Map Collection, (2000)



Mapa 2. Mapa de Ecuador.
Fuente: The University of Texas at Austin. The Perry-Castañeda Library Map Collection, (2000)

Cuadro 5. Ecuador: Población y grupos étnicos
<ul style="list-style-type: none"> • Población: 11.936.858 • Población urbana: 55,4% • Población rural: 44,6% • Mestizos (indígenas y españoles): 50% • Indígenas: 25% • Negros: 10% • Blancos: 10% • Otros: 5%
<p><i>Fuentes: Matos Mar, 1993; OPS, 1998a; Oficina Central de Inteligencia, 2000</i></p>

desarrolladas del país, aquellas con menor cantidad de empresas y con el nivel más bajo de servicios públicos (The Washington Post, 2000a).

La distribución desigual de los ingresos es evidente en el país, más del 50% de la riqueza del país la controla el 10% de la población. El ingreso anual per cápita en Ecuador es de \$1.600; entre los indígenas, se ha estancado en cerca de \$250 anuales (The Washington Post, 2000b). En las zonas rurales de la sierra y en las áreas amazónicas, se calcula que 76% de los niños viven en la pobreza, una cifra que alcanza a 80% para los niños y adolescentes indígenas (OPS, 1998a).

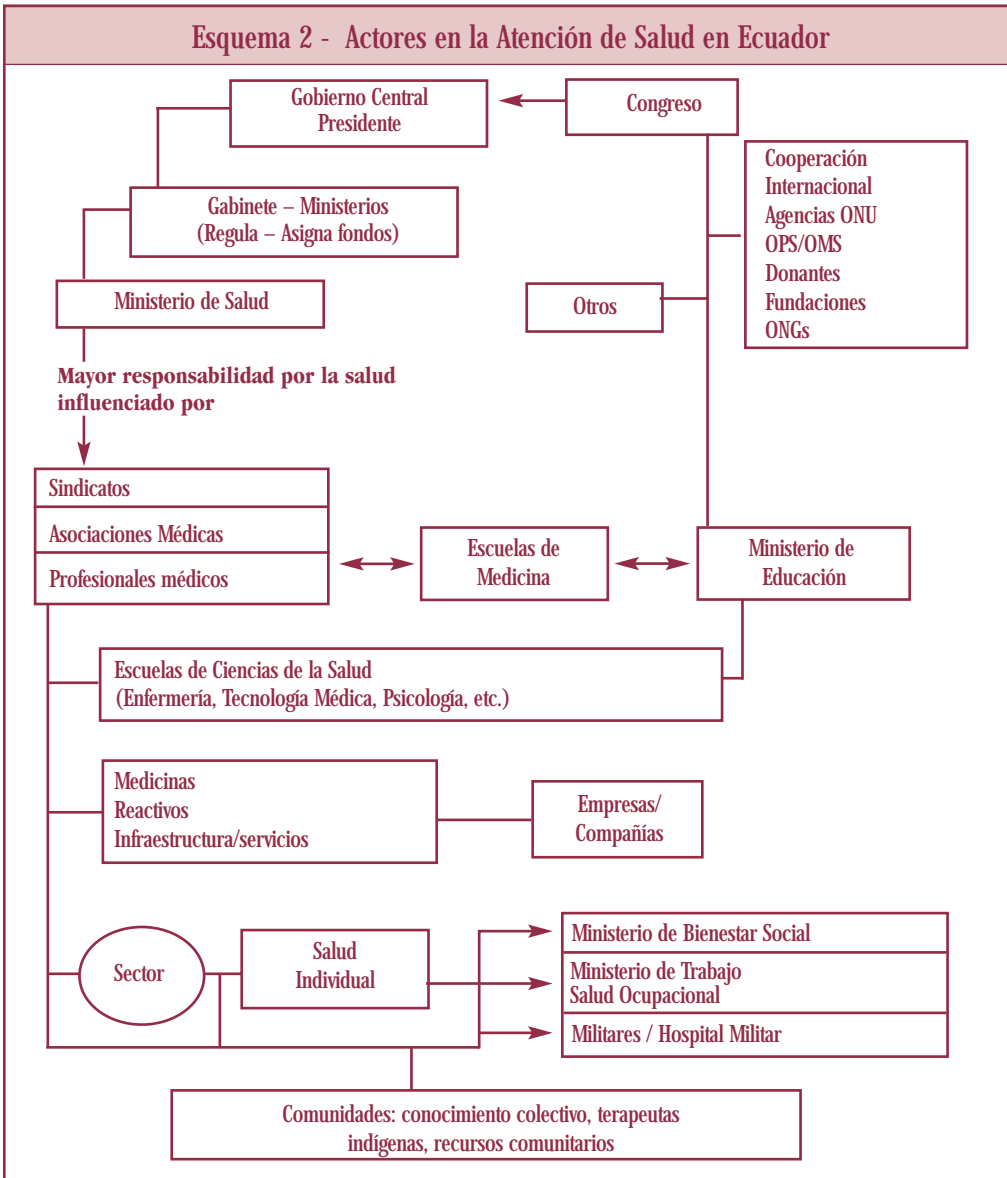
Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, el sector de la salud en Ecuador está compuesto de diversas instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro. Aunque la Constitución Ecuatoriana da la responsabilidad al Ministerio de Salud para la regulación, reglamentación y control del sector de la salud, en realidad las instituciones individuales proporcionan una variedad de servicios en conformidad con sus propias políticas, objetivos y recursos (OPS, 1998a). El esquema 2 ilustra los diferentes actores involucrados en la atención de salud en Ecuador.

(o Amazonía) (Matos Mar, 1993). Gualapuro pertenece al pueblo Quechua/Quichua Otavalo de la Sierra (ver mapa 3). El idioma oficial en Ecuador es el español, la población indígena también habla los idiomas nativos como Quechua/Quichua, Tsafiqui, Huaorani, y el Shuar.

Las poblaciones indígenas, históricamente las más pobres de la nación y las más marginadas políticamente, han habitado en las zonas más desposeídas en términos sociales, económicos y políticos. Durante décadas han estado ubicadas en las áreas menos



Mapa 3. Mapa de Ecuador: pueblos y nacionalidades indígenas. Fuente: Últimas Noticias, (2000)



Fuente: Esquema adaptado de Omram, 1997

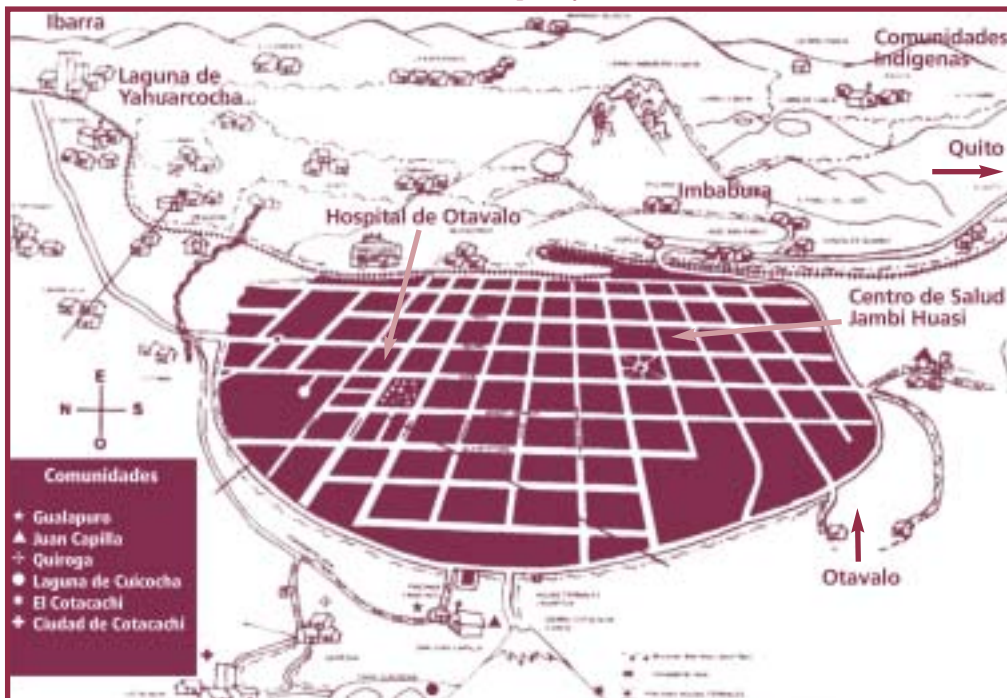
En Ecuador se calcula que el Ministerio de Salud Pública, organismo del Estado responsable de la elaboración de las políticas y las normas de salud pública, cubre a 31% de la población. La Seguridad Social presta servicios mediante los programas de afiliación individual de los trabajadores en el sector formal y cubre al 18% de la población. Algunas instituciones privadas sin fines de lucro cubren al 10% de la población (por ejemplo, la Junta de Beneficiencia de Guayaquil y la Sociedad de Protección de la Infancia que sirven a la población de medios y bajos ingresos en la Costa; la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las ciudades grandes del país). Las Fuerzas Armadas y la Policía, a través de servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familias, cubren al 1% de la población. Diversas empresas privadas con fines de lucro

cubren al 10% de la población (esquema 2). El 30% restante no recibe ningún tipo de atención médica formal. (OPS, 1998a). Los conocimientos y recursos comunitarios resuelven en parte las necesidades de esta población.

La salud y las condiciones de vida de las poblaciones indígenas reflejan la posición menos privilegiada que ellos tienen en la sociedad nacional de Ecuador. Para ilustrar esta situación, se presentan algunos datos cuando se examinan la salud y las condiciones de vida de la comunidad de Gualapuro.

La comunidad de Gualapuro linda con la quebrada Pigulca al norte; la hacienda de Pastaví al sur, el Río Blanco al oriente y la comunidad Azama al oeste (Jambi Huasi Health Center, 1999). El Gráfico 2 ilustra la localización de la comunidad de Gualapuro y de la ciudad de Otavalo, y el Gráfico 3 el plano de la comunidad de Gualapuro.

Gráfico 2. Localización de la comunidad de Gualapuro y de la ciudad de Otavalo.



Fuente: Adaptado de El Ilustre Municipio de Otavalo, 2000



© Foto: Carlos Gaggero, OPS

La única vía de comunicación con la ciudad de Otavalo es un camino local para los vehículos, este camino es transitable solamente en el verano y el transporte toma 15 minutos. Sin embargo, caminar es la forma más común de transporte para los miembros de esta comunidad y requiere un viaje de una hora (Muenala, 2000).

En Gualapuro viven 246 personas pertenecientes al grupo étnico Otavalo-Quechua/Quichua, distribuido en 53 familias con un promedio de 4,6 habitantes por núcleo familiar (Área de Salud Jambi Huasi, 2000a). Aunque el concepto de pertenencia a un grupo étnico regional – Otavalo-Quechua/Quichua – no es muy explícito en la vida cotidiana, en este estudio es necesario hacer un breve resumen de los procesos históricos que han configurado la identidad de la comunidad Quechua/Quichua-Otavalo (Yáñez del Pozo, 1991).



©Foto: Rocío Rojas, 2000

Pueblo Quichua/Quechua-Otavalo

Las condiciones socioeconómicas

actuales en las comunidades Quechua/Quichua-Otavalo tienen dos elementos centrales: la agricultura y las artesanías. Desde tiempos ancestrales, estos ejes han permanecido y pueden ser trazados a través de la historia distante y cercana (J. Yáñez del Pozo, comunicación personal, enero, 2000).

En 1480, los dominios étnicos o cacicazgos utilizaron los recursos agrícolas de los diferentes pisos ecológicos mediante la aplicación de la microverticalidad. En la microverticalidad, el pueblo de una zona geográfica específica puede viajar hacia diferentes pisos ecológicos, que por estar localizados a distancias cortas son alcanzables en un solo día, con la posibilidad de regresar al lugar de residencia en la noche (Kaarhus, 1989). Por su parte, las actividades artesanales fueron favorecidas, éstas incluyen todo el proceso de crianza de camélidos (llamas, alpacas), producción de lana, hilado y en último término textiles (Yáñez del Pozo, 1991).

Aunque Otavalo no parece haber tenido la importancia de otros dominios en los tiempos preincaicos, una alianza política y militar entre los pueblos Cayambi-Otavalo-Caranqui (la Confederación) garantizó la hegemonía y el equilibrio en los dominios del norte. En esta alianza, los Cayambis fueron el pueblo dominante debido a su poder militar, mientras los Caranquis ocuparon una posición estable debida a su situación económica y política (Yáñez del Pozo, 1991; Newson, 1995). El pueblo Otavalo, sin embargo, mantuvo una importante, aunque políticamente marginal posición en su producción agrícola y artesanal. Por este motivo, los jefes de los Cayambis – los PUENTOS – dirigieron la alianza a la llegada de los incas.

La expansión incaica (1480-1533) hacia los territorios que actualmente forman parte de Ecuador fue iniciada por Túpac Yupanqui. Con la muerte de Túpac Yupanqui, Huayna Cápac desarrolló la etapa final de la expansión conquistando a los pueblos del Norte-andino (sin incluir aquellos que conformaban la Confederación) y, finalmente, afirmó las alianzas que le permitieron enfrentarse a la implacable Confederación Cayambi-Otavalo-Caranqui. La guerra duró 10 años en los cuales a los incas se les obligó – en más de una ocasión – a que plegaran sus ejércitos frente a los fuertes asaltos de sus adversarios del norte. Nasacota Puento, Señor de Cayambe y Otavalo y su ejército lideraron la

resistencia. Parece ser que las batallas más intensas tuvieron lugar en los Pucarás del área de Cayambe. Al perder una batalla, el ejército de Nasacota Puento se dirigió hacia Pesillo, luego hacia Angochahua y Yahuarcocha donde se libró la batalla decisiva. De acuerdo a cifras disponibles, alrededor de 20.000 norandinos murieron y finalmente la Confederación fue conquistada. Los incas habían ganado el control (Yáñez del Pozo, 1991; CONAIE, 1992; Newson, 1995).

De inmediato los incas instauraron sus sistemas político y administrativo que les permitió consolidar su victoria. Los incas forjaron alianzas matrimoniales mientras mantenían la forma de organización social de los pueblos conquistados. En este sentido, los mindalae o comerciantes no fueron tocados y sus funciones, por el contrario, se integraron en las dinámicas de expansión incaica, garantizando la unidad eficaz de las comunidades con las cuales siempre habían mantenido relaciones comerciales. Además, los incas indujeron grandes movilizaciones de mitimaes (los “colonos” de los incas), varios de los cuales se establecieron en la cuenca del Guayllabamba (Yáñez del Pozo, 1991), actual provincia de Pichincha.

El proceso de síntesis estuvo lejos de finalizar a la llegada de los españoles. Este próximo encuentro contribuyó a la evolución de una segunda matriz histórica-cultural de la cual la población indígena de la sierra central del norte de Ecuador actual es portadora (Yáñez del Pozo, 1991).

Con la invasión española, los dos ejes, la agricultura y la artesanía, siguieron siendo importantes. Durante los primeros siglos de la colonización, la extracción de los recursos se llevó a cabo en la sierra, particularmente recursos agropecuarios y de producción textil (Yáñez del Pozo, 1991; Benítez, 1986). Las instituciones incaicas como la mita y los obrajes se utilizaron para estabilizar la fuerza laboral. La mita era un grupo de trabajadores temporeros que fueron contratados por el Gobierno para trabajar como agricultores en las épocas de gran producción, mientras los obrajes estaban integrados por trabajadores temporeros dedicados a la manufactura. La institución de la mita se reajustó y utilizó para organizar el suministro de fuerza laboral en todas las actividades: el trabajo doméstico, las construcciones, las minas, los molinos, etc. (Benítez, 1986). Los trabajos agrícolas se llevaron a cabo mediante la adjudicación de mitayos (trabajadores de las mitas) a las unidades productivas. La actividad textil se concentró en los obrajes que se instalaron en las haciendas (Benítez, 1986). La actividad artesanal en formación, con los incas ganó una importancia inmensa con los obrajes como un sistema económico de producción de artesanías en la Capitanía de Otavalo.

La Real Audiencia de Quito, localizada en lo que fueron los territorios incaicos del norte, fue importante para los españoles en la producción de ropa. El pueblo Quechua/Quichua-Otavalo no sólo produjo textiles para su propio uso sino que se vio obligado a suplir las necesidades de los españoles localizados en estos territorios y fuera de ellos. Este proceso no fue sencillo, varios datos dan fe de las condiciones infrahumanas en las que se desenvolvían los trabajadores de las mitas y obrajes en Otavalo y Cotacachi (Yáñez del Pozo, 1991; Benítez, 1986).

Durante la época republicana (1822–2000), el pueblo Otavalo-Quechua/Quichua siguió dedicado a los dos ejes: la agricultura y la artesanía. Para este tiempo los estados ya se habían constituido y la mayoría de indígenas trabajaban en las haciendas de propiedad de la iglesia, de los terratenientes y del Estado (Yáñez del Pozo, 1991; Traverso, 1998).

En 1963 y 1972 y mediante los procesos de reforma agraria, el sistema de la hacienda generó el sistema de minifundios. Esto expulsó a la población indígena al trabajo urbano, concluyendo el auge de la actividad agrícola. Con respecto a la actividad artesanal, la diversificación dentro de la población indígena fue muy notable. Varias familias indígenas empezaron a acumular capital, a utilizar el sistema bancario y a modernizar los sistemas de la comunidad en la producción de artesanías, transformándolos en

industriales para satisfacer la demanda local, nacional e internacional. Este grupo de familias se tomó la ciudad de Otavalo desplazando a la población mestiza que vivía allí (Yáñez del Pozo, 1991; Traverso, 1998). Sin embargo, como ocurre en el caso de Gualapuro, la pobreza y sus efectos son compartidos por muchas comunidades indígenas de la provincia de Imbabura en Ecuador.

En la siguiente sección, se explorarán la salud y las condiciones de vida de la comunidad de Gualapuro, éstas surgen de este pasado histórico multifacético.

Según se explicó, Ecuador rara vez recoge y analiza las estadísticas vitales o de servicios de salud por grupo étnico. El país tampoco presenta los datos desagregados por etnia y género, lo cual dificulta la obtención de información para evaluar adecuadamente la situación sanitaria, las condiciones de vida y la cobertura de servicio de salud de las poblaciones indígenas. Sin embargo, a través de los indicadores y de la información disponible de fuentes secundarias (ver cuadro 6), es posible afirmar la existencia de inequidades en las condiciones de vida, la situación sanitaria y la cobertura de la atención de salud en las áreas donde viven las poblaciones indígenas (OPS, 1998a).

Cuadro 6. Condiciones de Vida y Salud Inequidad y Población Indígena en Ecuador	
• Tasa de mortalidad infantil nacional (1994)	22 x 1.000 nv
• Tasa de mortalidad infantil en algunas comunidades indígenas de la provincia Imbabura (1994)	
Colimbuela:	83.3 x 1.000 nv
Cumbas:	66.7 x 1.000 nv
• Acceso a la medicina occidental institucional (2000):	
Una vez cada tres meses los médicos visitan las comunidades del Oriente (región amazónica) y sólo durante las campañas de vacunación en la comunidad de Gualapuro	

Fuentes: OPS, 1997b; OPS, 1998a; Muenala, 2000

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, en Ecuador las principales causas de mortalidad y morbilidad entre las poblaciones indígenas son prevenibles. Por ejemplo, las enfermedades transmisibles, transmitidas por vectores y parasitarias. Además, la destrucción de las estructuras sociales y los ambientes naturales debido a la urbanización y desarrollo económico, han dado lugar a mayores niveles de enfermedades crónicas, accidentes y violencia entre las comunidades indígenas (OPS, 1998a). Los datos presentados en esta sección se basan en los estudios locales, algunos de ellos todavía inéditos.

En la comunidad de Gualapuro, de un total de 106 menores de 15 años de edad (44,5% de la población total de la comunidad) 32% son niños menores de 5 años. Así como la mayoría de las poblaciones indígenas de las Américas, la población de Gualapuro es una población joven (ver cuadro 7) (Área de Salud Jambi Huasi, 1999).

Cuadro 7. Gualapuro: Población Total y por Grupos de Edad		
Población Gualapuro	246 (Censo de la comunidad, enero 2000)	
Grupos de edad	Población nacional	Población de Gualapuro (Datos disponibles para 238 personas)
<15 años	34,0%	44,5%
15 a 64 años	61,3%	50,8%
65 años y más	4,7%	4,6%

Fuentes: OPS, 2002; Muenala, 2000

La mayoría de adultos mayores en la comunidad – especialmente mujeres – son analfabetos o tienen un nivel escolar que no excede el tercer grado de escuela. Entre la mayoría de los jóvenes y niños, su escolaridad alcanza sólo al sexto grado, habiendo pocas excepciones, varios han completado la secundaria. Gualapuro no tiene escuelas primarias o escuelas secundarias, por lo tanto, los niños y los jóvenes estudian generalmente en las escuelas ubicadas en la ciudad de Otavalo o en la comunidad Azama. Algunos jóvenes se han beneficiado de las becas tramitadas por los líderes de la comunidad, lo cual les ha permitido realizar sus estudios secundarios en el Instituto Bajai. Los centros educativos de educación del nivel preescolar que beneficia a los niños de 1 a 6 años de edad, están financiados por el Programa Operación Rescate Infantil que funciona a través de Huahua Huasis (guarderías infantiles) (Yáñez del Pozo, 1991; Muenala, 2000; J. Yáñez del Pozo, comunicación personal, enero, 2000).

El Quechua/Quichua es el idioma nativo en Gualapuro y el idioma de comunicación cotidiana en todos los grupos de edad, incluidos los niños. La gente, en general, habla poco español, aunque los adultos que deben usarlo para trabajar fuera de la comunidad lo utilizan como un idioma de “contacto”. El aprendizaje del español como una segunda lengua comenzó en las haciendas y siguió en la ciudad. Los niños aprenden el español en la escuela o de sus padres. Finalmente, una tendencia hacia el monolingüismo en el idioma nativo se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores (Muenala, 2000; J. Yáñez del Pozo, comunicación personal, enero, 2000).



©Foto: Rocio Rojas, 2000

Familia de Gualapuro elaborando pulseras

La mayoría de la población de Gualapuro se ha concentrado en las áreas bajas de la comuna, donde viven en casas de adobe, piso de tierra y cubiertas del calamina o zinc. Once familias se han beneficiado de un programa de vivienda gestionado por los líderes de la comunidad (Muenala, 2000).

Gualapuro tiene electricidad parcial; cuatro familias todavía carecen de este servicio. La falta de agua potable y de alcantarillado es un problema común en Gualapuro y entre las comunidades circundantes. La población se provee el agua sin tratar, la cual es transportada por tuberías desde la vertiente de Cumbas. Todas las casas tienen letrinas, pero no todas las letrinas están en uso (Muenala, 2000).

Gualapuro está compuesto por familias interrelacionadas entre sí, sea por lazos sanguíneos o de compadrazgo (Yáñez del Pozo, 1991). Diez de las 53 familias se dedican a la agricultura, mientras el



©Foto: Rocio Rojas, 2000

Niñas de Gualapuro en una huerta familiar

resto se dedica a la crianza de animales (gallinas, cuyes (cobayos), cerdos, vacas y caballos) y a las artesanías. Ellos elaboran, en particular, brazaletes y hamacas, que venden en Otavalo. La migración es un punto a considerar en Gualapuro. Varios miembros de la comunidad, en particular los hombres, han migrado a las zonas urbanas o a los países extranjeros en busca de mejores condiciones económicas (Muenala, 2000).

Cada familia controla aproximadamente 5 a 6 cuadras de tierra donde plantan maíz, fréjol, chochos y arvejas para el consumo personal (Yáñez del Pozo, 1991, Muenala, 2000). Además de labrar la tierra familiar, la comunidad trabaja conjuntamente en la producción de hortalizas en los huertos comunitarios, que generalmente han sido financiados por instituciones extranjeras.

Los productos de estas altitudes se complementan con otros que traen del Valle del Chota o de Quito donde la gente de Gualapuro labora como trabajadores asalariados. De esta forma, se podría hablar de la presencia de la microverticalidad que se ha practicado a través de generaciones, aunque reformulada y adaptada a las condiciones contemporáneas. Estas familias logran un mínimo de condiciones necesarias para su subsistencia a través de un sistema de reciprocidad, es decir compartiendo lo que poseen los que tienen acceso a mayores o diferentes recursos por la agricultura o por el jornal (Yáñez del Pozo, 1991; Muenala, 2000).

Las principales causas de muerte y enfermedades entre la población indígena en Ecuador están aquellas relacionadas con la pobreza: las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y la desnutrición (OPS, 1998a).

En Gualapuro, el régimen alimentario en general es hidrocarbonado y recientemente ha sido aún más afectado por la escasez de las semillas, los monocultivos, las plagas, los cambios climáticos y el riego limitado de las áreas agrícolas (Yáñez del Pozo, 1991; Muenala, 2000; J. Yáñez del Pozo, comunicación personal, enero, 2000). La desnutrición es uno de los problemas más grandes entre los niños indígenas en la provincia de Imbabura. Según un estudio realizado en 1999 en las escuelas radiofónicas en la provincia, el 19,3% de la población indígena sufría de desnutrición, comparado con el 12,5% del total de la provincia. Entre los niños indígenas menores de 1 año, 26% sufrían de desnutrición en comparación con 15,1% en el mismo grupo de edad en el total provincial. Entre los niños de uno a cuatro años de edad, 57% sufrían de desnutrición en comparación con 34,8% para el mismo grupo de edad en la población total de la provincia (ECUARUNARI, 1999). En cuanto al estado nutricional de los niños de Gualapuro, aunque ninguno de los niños presentaba un caso grave de desnutrición, el 100% estaban ya sea en riesgo o padecían desnutrición leve o moderada. El cuadro 8 ilustra estos hechos utilizando los datos de los registros del Área de Salud Jambi Huasi (Área de Salud Jambi Huasi, 1999).

La hipoxia, así como complicaciones del parto y el puerperio, se citan como las principales causas de la muerte infantil y materna respectivamente entre las poblaciones indígenas en Ecuador (OPS, 1998a). En el caso de Gualapuro, no existen datos disponibles al respecto (Muenala, 2000). Según las personas de la comunidad, la mortalidad infantil y materna no es un problema; sin embargo, se necesitan realizar estudios adicionales para conocer mejor el perfil epidemiológico de la comunidad.

Cuadro 8. Niños de Gualapuro Informe sobre el estado nutricional, agosto, 1999		
Estado de nutrición	Número de niños	%
En riesgo	35	70
Desnutrición leve	13	26
Desnutrición moderada	2	4
Desnutrición grave	0	0
Total	50	100

Fuente: Área de Salud Jambi Huasi, 1999

En general, en las comunidades indígenas en Ecuador hay un acceso limitado a los recursos y servicios básicos de salud. La cobertura de los servicios de salud, ya baja en las zonas rurales, alcanza su nivel más crítico en algunas comunidades indígenas, donde, como en el caso de Gualapuro, los proveedores de servicios de salud del gobierno los visitan solo durante las campañas de vacunación. Debido a la falta de servicios de salud oficiales, el conocimiento indígena, los recursos comunitarios y las organizaciones no gubernamentales desempeñan una función importante en Gualapuro (Muenala, 2000).

En la Sierra de Ecuador, donde la población es mayoritariamente indígena –como en Gualapuro– 85% de todos los partos se realizaron sin asistencia médica (OPS, 1998a). Asimismo, las personas de Gualapuro han expresado su preferencia por los terapeutas indígenas/tradicionales (por ejemplo *yachacs*, parteras tradicionales y otros). El conocimiento y las prácticas de los sistemas de salud indígenas cubren sus necesidades hasta cierto punto. La falta de confianza en la medicina y en los proveedores occidentales impide que las poblaciones indígenas busquen la atención de salud aún cuando los establecimientos están cercanos (Muenala, 2000; Resultados de las encuestas realizadas en Gualapuro, 2000).

En términos de la organización política, la comunidad de Gualapuro pertenece a la INRUJTA-FICI. La INRUJTA-FICI es la histórica organización Quechua/Quichua de Imbabura, constituida el 1ro de mayo de 1974. Desde su constitución, la INRUJTA-FICI ha emprendido un proceso de reestructura para responder a los cambios sociales, económicos y políticos recientes. En consecuencia, a través del desarrollo de propuestas políticas que concilian las reivindicaciones indígenas rurales y las exigencias culturales urbanas se ha fortalecido el movimiento indígena nacional y provincial.

**Cuadro 9. Área de Salud Jambi Huasi INRUJTA-FICI
Precios por visita – Enero, 2000 – Otavalo**

Medicina occidental			Medicina indígena		
Medicina general:	Sucres	US\$		Sucres	US\$
Consulta y Control	30.000	1,20	Yachac		
Inyecciones – Atención Prenatal	5.000	0,20	Consulta – Consulta de Control	30.000	1,20
Certificados – Lavado de los oídos	35.000	1,40			
			Fregador		
Colocación de DIU – Cirugía Menor	40.000	1,60	Masaje en todo el cuerpo	60.000	2,40
Partos durante el día	350.000	14,0	Masaje en parte del cuerpo	30.000	1,20
Partos durante la noche y sábados	400.000	16,0	“Limpieza” con el cuy (cobayo)	30.000	1,20
			Sauna	60.000	2,40
			Lavado	30.000	1,20
			Partera		
Odontología			“Encaderamiento”	30.000	1,20
Rellenos	30.000	1,20	Control de embarazos	30.000	1,20
Coronas de porcelana	40.000	1,60	Curación del espanto en los niños	20.000	0,80
Limpieza	40.000	1,60	Curación del espanto en los adultos	30.000	1,20
Endodoncia	40.000	1,60	Mal de aire	20.000	0,80
Extracción	30.000	1,20			

Nota: Estos precios no incluyen medicación

Fuente: Área de Salud Jambi Huasi, 2000b

Este esfuerzo, en 1986, condujo a la creación de la Confederación Nacional de las Poblaciones Indígenas de Ecuador (CONAIE), proporcionando representación política nacional para los pueblos indígenas del país (Gráfico 4) (CONAIE, 1992, 2000; INRUJTA-FICI, 2000).

La meta de la INRUJTA-FICI es contribuir a eliminar todas las formas de explotación, opresión y discriminación racial que los pueblos indígenas han enfrentado durante más de cinco siglos, mediante la formación de una sociedad que se base en la solidaridad, la comunidad, el humanismo y el reconocimiento y el respeto a la diversidad (INRUJTA-FICI, 2000).

Tratando de contribuir a resolver las necesidades de los pueblos indígenas de la provincia de Imbabura, el Área de Salud Jambi Huasi de la INRUJTA-FICI proporciona atención médica en quechua/quichua y español, combina la medicina occidental y la medicina tradicional/indígena en la atención de salud y tiene profesionales indígenas y terapeutas tradicionales indígenas como parte de su personal. Además de la atención médica, organiza capacitaciones en materia de salud y actividades de promoción en coordinación con los gobiernos y asociaciones locales, *huabua buasis* (guarderías infantiles), escuelas y comunidades indígenas. Su trabajo se enfoca a la atención al fortalecimiento de las mujeres indígenas (OPS, 1998a). Los cuadros 9 y 10 muestran los precios de los servicios prestados por el Área de Salud Jambi Huasi de la INRUJTA-FICI en Otavalo en su centro de salud y en las comunidades (Área de Salud Jambi Huasi, 2000b).

Cuadro 10. Área de Salud Jambi Huasi INRUJTA-FICI Precios por visita – Enero, 2000 – Comunidades					
Medicina occidental			Medicina indígena		
Medicina general:	Sucres	US\$		Sucres	US\$
Consulta y Control	25.000	1,00	<i>Yachac</i>		
Inyecciones – Atención Prenatal	5.000	0,20	Consulta – Consulta de Control	25.000	1,00
Certificados – Lavado de los oídos	30.000	1,20			
Fregador					
Colocación de DIU – Cirugía Menor	35.000	1,40	Masaje en todo el cuerpo	50.000	2,00
Partos durante el día	350.000	14,0	Masaje en parte del cuerpo	25.000	1,00
Partos durante la noche y sábados	400.000	16,0	“Limpieza” con el cuy (cobayo)	25.000	1,00
			Sauna	50.000	2,00
			Lavado	25.000	1,00
Odontología			Partera		
Rellenos	25.000	1,00	“Encaderamiento”	25.000	1,00
Coronas de porcelana	35.000	1,40	Control de embarazos	25.000	1,00
Limpieza	35.000	1,40	Curación del espanto (niños)	20.000	0,80
Endodoncia	35.000	1,40	Curación del espanto (adultos)	25.000	1,00
Extracción	25.000	1,00	Mal de aire	20.000	0,80

Nota: Estos precios no incluyen medicación

Fuente: Área de Salud Jambi Huasi, 2000b



© Foto: Armando Watak, OPS

IV. LA LUCHA DEL NIÑO INDÍGENA POR LA SOBREVIVENCIA

Los resultados de este estudio presentan en resumen las condiciones en las que se desenvuelve la vida de los niños indígenas. En general, la familia indígena se enfrenta a tres posibilidades ante el nacimiento de un niño: a) crecer sano, que implica disponer del contexto y cuidados necesarios, no solamente para evitar la enfermedad, sino para mantener su salud física y socializarse dentro las normas de su pueblo en el proceso de adquisición y fortalecimiento de la identidad indígena para asegurar su bienestar; b) vivir enfermo, que supone una búsqueda interminable de las mínimas condiciones que le permitirán tener, por lo menos, un año más de vida; c) por desgracia, la tercera posibilidad, que es la muerte, encuentran con frecuencia los niños indígenas durante sus primeros cinco años de edad. Varias de estas muertes se quedan en el anonimato al no aparecer en las estadísticas oficiales. Aunque la pérdida de un niño se explica por la percepción que la gente tiene de la vida y de la muerte, la familia y la comunidad no cesan en su lucha por la sobrevivencia de cada uno de sus miembros, incluidos los más pequeños.

Aunque hay algunas limitaciones en la muestra y el alcance de esta investigación, los resultados de este estudio de caso en la comunidad de Gualapuro no son de ninguna manera exclusivos. De acuerdo a la literatura revisada, muchos de estos sucesos corresponden a las respuestas de las poblaciones indígenas a sus necesidades de salud en las comunidades andinas así como en otros sectores de las Américas. Para el lector interesado, varios autores se citarán en la presentación de los resultados del estudio.

De acuerdo a los objetivos del estudio, los siguientes fueron los principales resultados. A lo largo del ciclo del estudio, se desarrolló una metodología específica para incorporar el enfoque intercultural de la salud en la atención de salud de las poblaciones multiculturales, es decir, en la formulación del marco conceptual, diseño e implementación del estudio. El marco conceptual (Esquema 1) incorpora la cosmovisión indígena y por lo tanto la esfera espiritual del bienestar; prioriza el conocimiento y la práctica de los pueblos indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud; concibe a la salud como un derecho y un elemento esencial para el desarrollo humano, económico y social. Así mismo, incluye en el análisis las variables estructurales de la salud y el reconocimiento de la diversidad cultural en condiciones de equidad. En el diseño y la ejecución, la metodología se enfoca en la participación de los líderes indígenas como representantes idóneos de la comunidad y en la retroalimentación de la comunidad en la validación de los resultados.

El análisis que se presenta en esta sección, se basa en el esquema que ilustra el marco conceptual y en la Matriz del Análisis. Por consiguiente, se considera la salud y la enfermedad en los niños indígenas de la comunidad de Gualapuro en el contexto de las características sociales, económicas y culturales de la población del estudio.

Los resultados se agrupan de la siguiente manera:

A. Conceptos de salud y enfermedad desde la perspectiva de la comunidad

B. Los resultados según las cinco áreas de énfasis seleccionadas:

B.1 Niño sano: mantenimiento de la salud

B.2 Niño enfermo: restauración de la salud

B.3 Niño muerto: autopsia verbal

B.4 Atención de salud institucional para los niños indígenas:

B.4a Perspectiva de la Comunidad

B.4b Perspectiva de los Proveedores de Salud

B.5 La medicina indígena vs. la medicina occidental: signos y síntomas de estrategia AIEPI

En el texto solamente se incluyen ejemplos para ilustrar el análisis de los resultados del estudio.

A. Conceptos de salud y enfermedad desde la perspectiva de la comunidad

En los resultados obtenidos se analizó la perspectiva de la comunidad respecto a los conceptos de salud y enfermedad en relación al niño indígena. Respondiendo a la pregunta "¿Cómo es un niño sano?", 81% de los participantes encuestados indicaron que un niño/a está sano/a cuando juega y 19% definió la salud cuando hay ausencia de enfermedad. Respondiendo a la pregunta "¿Cómo es un niño enfermo?", 54% de los participantes indicaron que un niño está enfermo cuando no come, 45% cuando llora demasiado y 9% cuando el niño no ríe. Si estos resultados se comparan con los conceptos de la concepción biomédica, las diferencias se hacen evidentes.

La medicina occidental prioriza la relación de causa-efecto, la que se puede probar y documentar "científicamente". Si aplicamos los paradigmas de la medicina occidental, ¿cuáles serían los indicios "científicos" que ratifican el estado de la salud del niño indígena que juega? y ¿cuáles serían los indicios "científicos" que determinan la enfermedad del niño indígena que llora o no sonrío?

Varios expertos declaran que las poblaciones indígenas, al igual que otras culturas, han creado conceptos, categorías, modelos y prácticas que han sido concebidos en conformidad con una cosmovisión, historia y localización geográfica específicas y que han sido moldeados por la interacción entre las diferentes culturas (Estrella 1978, 1982; Cáceres, 1988, Yáñez del Pozo, 1996a; 1996b). Por lo tanto, estas respuestas no necesariamente son idénticas o válidas para todas las culturas.

Sargent y Johnson alegan que el dominio de la salud conecta la biología y la cultura y articula dinámicas sociopolíticas (Sargent, C. y Johnson, T. 1996). En este sentido, es necesario comprender las diferentes perspectivas relacionadas con el concepto de la salud, no solamente como la ausencia de enfermedad sino también como bienestar integral del individuo y de la comunidad en condiciones de equidad.

B.1 Niño sano: mantenimiento de la salud

La importancia de tener en cuenta el binomio madre-niño dentro del contexto de la familia, la comunidad y la sociedad es crucial cuando se habla sobre la salud del niño.

De conformidad con las respuestas obtenidas, con respecto a las recomendaciones para mantener la salud de la madre y del niño durante la gestación, en el primer caso 72% y en el segundo 100% de los participantes, mencionaron la necesidad de comer bien. Sin embargo, aunque los participantes tienen este conocimiento, ambos grupos de respuestas están vinculados a la evidencia de que esta recomendación no puede aplicarse. La comunidad carece de los medios para adquirir los alimentos que deben incorporarse en el régimen alimentario para comer adecuadamente.

En 1995, en Ecuador, se calculó que 63% de la población fue afectada por algún grado de pobreza, comparada con 54% en 1990. También se calculó que 60,8% en las zonas rurales y 27,0% en las zonas urbanas tienen al menos una de las necesidades básicas no satisfechas. En las zonas rurales de la sierra y en las áreas amazónicas, donde las poblaciones indígenas están principalmente ubicadas, se calcula que 76% de los niños viven en la pobreza, una cifra que alcanza el 80% para los niños y adolescentes indígenas (OPS, 1998a). Factores como la concentración en la tenencia de la tierra, la erosión del suelo, la prevalencia de los minifundios y el subempleo rural explican en parte esta situación (Larrea, Carrasco, Cervantes, Viedma, 1999).

En las siguientes secciones, el conocimiento y la práctica de la medicina tradicional/indígena se tendrán en cuenta en el análisis de los resultados. En este documento, el término medicina indígena se entiende como el conocimiento y prácticas referentes al mantenimiento y restauración de la salud de origen prehispánico. Sin embargo, hace falta reconocer que este conocimiento en algunas regiones ha sido también influido por conocimientos y prácticas de origen hispano y africano, como ocurre, por

ejemplo, en la costa atlántica nicaragüense y hondureña. Estos conocimientos y prácticas tradicionales comparten ciertas características: a) la transmisión del conocimiento es principalmente verbal, b) el aprendizaje es empírico, c) la salud y la enfermedad son comprendidas dentro de un marco conceptual más amplio o cosmovisión. La medicina indígena, en este caso, se comprende en oposición a la medicina moderna u occidental (OPS, 2000).

Con respecto a la atención que la madre y el niño deben recibir durante la gestación, las respuestas dadas por los participantes cruzan los paradigmas de la medicina occidental y la medicina indígena. En el caso de la atención de la madre, 54% de los participantes señalaron aspectos que estarían vinculados a la medicina indígena (por ejemplo, plantas medicinales, chequeos con una partera tradicional) y el 9% reconoció la importancia de las vacunas. Al solicitar información sobre lo que se recomienda para mantener la salud del niño, 72% de los participantes indicaron aspectos vinculados a la medicina indígena (por ejemplo, chequeos de la posición del niño por la partera) y 63% incluyeron aspectos que tienen que ver con la medicina occidental (por ejemplo, vacunas). La mayoría de los participantes combinaron estos aspectos en sus respuestas.

En cuanto al cuidado del cordón umbilical, 27% de participantes se refirieron al uso de las sustancias empleadas en la práctica de la medicina occidental. Éstas pueden adquirirse fácilmente sin prescripción (por ejemplo, la gasa, el agua oxigenada, el alcohol). Sin embargo, 63% de participantes indicaron procedimientos relacionados con la medicina indígena, (por ejemplo, poner la ceniza de la estera – fibra vegetal – en el ombligo y seguir las instrucciones de la partera tradicional). Algunos participantes (27%) afirmaron que la madre tiene que cuidarse para que el niño sea sano, por ejemplo, las madres deben evitar ciertos alimentos (ají (chile), chocho (un tipo de grano), nabos y papas), porque éstos pueden causar infecciones en el ombligo del niño. En cuanto a la placenta, 99% de participantes se refirieron a la importancia del cuidado de la placenta en conformidad con la cosmovisión indígena. De los participantes, 90% recomendaron seguir procesos específicos para prevenir las complicaciones durante el parto y el puerperio (por ejemplo, enterrar la placenta cerca del fogón para que el útero no se inflame y no haya dolor). De los participantes, 90% recomendaron seguir las reglas de la medicina indígena para prevenir un embarazo temprano.

La atención de salud al momento del parto y durante los primeros años de vida del niño incluye tanto la atención obstétrica y pediátrica que concuerda con la visión occidental, como atención obstétrica y pediátrica que concuerda con la perspectiva indígena. Por ejemplo, varios participantes describieron que después de estar segura de que la madre y el niño estaban bien, la partera tradicional hacía un ritual donde simulaba “estar cosiendo la boca del niño para que se quede cerrada”, para que el niño no sea un embustero o alguien que habla demasiado. Estos rituales indígenas tienen lugar después de que la partera tradicional tiene la seguridad de que la madre y el niño están físicamente sanos.

Según Sargent (1996), una investigación considerable ha sido dedicada a los aspectos culturales del parto en diferentes grupos de población. Al igual que en el caso de Gualapuro, estos estudios muestran que el acto de dar a luz un niño no es sencillamente un acto fisiológico sino que es un acto definido por y sancionado dentro de un contexto cultural (Romalis, 1981).

Con respecto a las recomendaciones para la lactancia, 45% de los participantes reconocieron la importancia de considerar las peculiaridades de cada niño para iniciarla. Si el bebé llora al nacer, la madre tiene que alimentarlo de inmediato. Si no llora, la madre lo alimentará 3 horas después. En cuanto a la edad en la que se debe suprimir la lactancia, 100% de los participantes recalcaron la importancia de considerar el carácter único de cada niño. Treinta y seis por ciento de los participantes indicaron que los niños debían ser amamantados hasta que alcancen la edad de 25 a 30 meses;

9% indicaron que la mejor edad para detener la lactancia es 36 meses. En lo referente a las niñas, 45% de los participantes observaron que las niñas deben dejar de lactar entre los 36 y 72 meses. Al responder a las razones de esta recomendación, al igual que en las secciones anteriores de este análisis, las respuestas cruzan el conocimiento occidental (67%) y el conocimiento indígena (36%). En el primer caso, los entrevistados señalaron que si se detiene la lactancia, la madre tendrá un embarazo temprano. En el segundo caso, los participantes declararon que si la madre amamanta al niño por mucho tiempo, el niño tendrá mal carácter o se enfermará. Mientras algunos de estos aspectos permiten la reconstrucción de la fisiología y diferencias de la lactancia, las prácticas transculturales del amamantamiento ilustran la naturaleza biocultural de esta modalidad de alimentación del lactante (Quandt, 1996). En la comunidad de Gualapuro, la práctica de la lactancia materna forma parte de la vida de la comunidad y del conocimiento cotidiano. Sin embargo, el tiempo de inicio y terminación de la lactancia merece entenderse mejor dentro del contexto cultural de la comunidad y específicamente dentro del mismo acto de la atención del parto.

Cuadro 11. Recomendaciones de alimentación		
Edad	Estrategia AIEPI	Comunidad de Gualapuro
Hasta los 4 meses de edad	Leche materna. No dar otros alimentos líquidos.	Leche materna. Coladas hechas con frutos o granos.
De los 4 a 6 meses de edad	Leche materna. Solamente si el niño muestra interés en los alimentos semisólidos, o parece tener hambre después de lactar, o no está ganando peso adecuadamente, darle los siguientes alimentos una o dos veces por día después de lactar: puré espeso de frutas, granos, hortalizas, tubérculos, derivados lácteos, carne, agua hervida.	Leche materna. Coladas hechas con frutas o granos Alimentos que consumen las familias cuya calidad y frecuencia varía en conformidad con su situación económica.
De los 6 a los 12 meses de edad	Leche materna. Dar raciones adecuadas de puré espeso de frutas, granos, hortalizas, tubérculos, derivados lácteos, carne, agua hervida, tres veces al día si está lactando o cinco veces al día si no está lactando.	Leche materna. Alimentos que consumen las familias cuya calidad y frecuencia varía en conformidad con su situación económica.
De los 12 meses a los 2 años de edad	Dar raciones adecuadas de puré espeso de frutas, granos, hortalizas, tubérculos, derivados lácteos, carne, agua hervida, pescado o los alimentos que consume la familia, cinco veces al día.	Leche materna. Alimentos que consumen las familias cuya calidad y frecuencia varía en conformidad con su situación económica.
De los 2 años en adelante	Dar los alimentos que consume la familia tres veces al día. Además darle comida nutritiva entre las comidas, por ejemplo, frutas, hortalizas, cereales, pescado, granos.	Leche materna. Alimentos que consumen las familias cuya calidad y frecuencia varía en conformidad con su situación económica.

Fuente: OMS, 2000; Encuesta de la Comunidad Gualapuro, 2000

En referencia a los alimentos complementarios, solo 9% de los participantes mencionaron haber administrado leche de fórmula al niño de 2 meses de edad porque la madre no tenía suficiente leche. Con respecto al agua, 18% indicaron que el niño debe empezar a tomar agua entre 5 y 9 meses. En cuanto a otros líquidos, los participantes de la comunidad explicaron que el niño debe empezar a tomar líquidos a la edad de 3 meses (36%) o entre 6 y 9 meses de edad (27%). En lo que se refiere a los alimentos sólidos, según los participantes, el niño debe empezar a recibirlos entre los 6 y 8 meses de edad (36%) o entre los 4 y 5 meses de edad (18%). En cuanto a otros alimentos, 67% de los participantes manifestaron que los niños entre 2 y 5 meses de edad deben tomar coladas. Coladas son preparaciones espesas de frutas o granos. El cuadro 11 muestra una comparación entre los datos indicados por la mayoría de los participantes y las recomendaciones en cuanto a la alimentación del niño propuesta por la estrategia de AIEPI (WHO, 2000; Entrevista en la comunidad de Gualapuro, 2000).

Tres puntos deben observarse en la discusión de estos resultados. Primero, la diferencia en los hábitos alimentarios del niño indígena desde el nacimiento hasta los 4 años de edad es clara entre lo que es recomendado por la estrategia de AIEPI y lo que los participantes afirmaron. De las respuestas de los participantes se concluye que las coladas forman parte del régimen alimentario del niño hasta los 6 meses de edad. Segundo, la incorporación temprana del niño a la dieta familiar de buena calidad es necesaria. En este sentido, es importante considerar que la capacidad de seguir las recomendaciones de la estrategia AIEPI depende básicamente de la capacidad económica de la familia. Según se trató al analizar una de las preguntas anteriores, la pobreza es un denominador común entre las familias de Gualapuro; aunque la mayoría de los participantes reconoce la importancia de tener un buen régimen alimentario, también reconoce la imposibilidad de aplicar este conocimiento a la práctica. Finalmente, hay diferencias en cuanto al tiempo de la lactancia; mientras la lactancia no está incluida en las recomendaciones de AIEPI para los niños de 2 años de edad, la mayoría de los participantes de la comunidad manifiesta que los niños deben ser amamantados hasta los 36 meses de edad y las niñas hasta los 36 ó 72 meses de edad, según sean las características del niño.

Al responder a la pregunta “¿Por qué es importante amamantar al niño?”, 100% de los participantes indicaron que era porque la leche materna es buena y si el niño la toma crecerá rápidamente. En cuanto a las vacunas, 100% de los participantes indicaron que era importante vacunar a los niños para que no se enfermen; 100% señalaron que el niño debe haber recibido las vacunas en su primer año de edad; 72% indicaron que se recomienda vacunar al niño cuando el centro de salud indica, y 27% observaron que era necesario vacunar al niño cada dos meses.

Las siguientes preguntas se refieren a la atención del niño como miembro de la familia y de la comunidad. En relación con la pregunta de quiénes son las personas que deben estar a cargo de la educación del niño, 45% indicaron que la madre y el padre; 36% manifestaron que la madre es la principal responsable; 36% que los profesores, y 18% señalaron a otros miembros de la familia (por ejemplo, abuelos, tías, padrinos, hermanos mayores). Aunque las cifras no están disponibles, varios miembros de la comunidad de Gualapuro, en particular los hombres, han migrado a la ciudad o a países extranjeros. Es probablemente por este motivo que la educación del niño, en conformidad con 36% de los participantes, esta bajo la responsabilidad única de la madre. Este, entre otros puntos, necesita más investigación.

Al preguntar quién es la persona que atiende al niño cuando la madre trabaja, 45% de los participantes indicaron que los hermanos mayores del niño y 9% las primas del niño. Al preguntarles quién atiende el niño cuando se cría fuera de la comunidad, 27% señalaron que los hermanos y las hermanas mayores del niño y 9% indicaron al padre.

Las siguientes preguntas exploran la socialización infantil indígena en cuanto a la identidad de

género. En cuanto a lo que los niños y las niñas deben aprender, varios participantes estuvieron de acuerdo en que algunas actividades deben ser aprendidas tanto por las niñas como por los niños de igual manera. Por ejemplo, los participantes indicaron que tanto los niños como las niñas deben aprender a cocinar (100% y 81% respectivamente) y a lavar (100% y 72% respectivamente). En otras actividades existen diferencias marcadas en las respuestas, por ejemplo, en cuanto a las actividades agrícolas, 67% de los participantes creen que los niños deben tener conocimientos de agricultura mientras solo 18% creen que las niñas deben tener conocimientos de agricultura. Finalmente, los participantes nombraron actividades exclusivas tanto para los niños como para las niñas. Con respecto a los niños, indicaron que ellos deben saber cómo bañar a sus hermanos (9%) y hacer negocios (9%). En cuanto a las niñas, indicaron que ellas deben saber cómo barrer bien (27%) y coser (27%). En este caso, aunque existen tareas específicas según el género de los niños, generalmente las tareas consideradas femeninas deben ser aprendidas tanto por los niños como por las niñas.

Respondiendo a la pregunta “¿Qué significa ser un buen hombre o una buena mujer?”, 81% de los participantes indicaron que un buen hombre es aquel que es respetuoso y 18% señalaron que es aquel que no miente. En el caso de la buena mujer, 81% de los participantes indicaron que una buena mujer es comunicativa y alegre y 18% señalaron que una mujer es buena cuando comparte las cosas que tiene. Al preguntárseles sobre las expectativas acerca del futuro de los niños, 45% indicaron que a ellos les gustaría que los niños estudiaran, pero que es difícil debido a la falta de dinero, y 18% señalaron que quisieran que el niño fuera un graduado de la universidad. A la pregunta de qué es lo que afecta negativamente al niño, 54% se refirieron a las enfermedades y 18% a la falta de atención.

A la pregunta sobre “¿Quién les enseñó lo que ellos saben acerca de la salud del niño?”, la mayoría de los participantes (36%) indicó que fue el médico, (27%) las vecinas y (27%) su propia experiencia. Sin embargo, al responder a las preguntas dirigidas a los conceptos más generales de salud y bienestar, tales como quién les enseñó lo que saben sobre la atención del niño, o el significado de ser un buen hombre o una buena mujer y acerca de las expectativas en el futuro de su niño, 72% de los participantes indicaron la experiencia y 9% indicaron la gente y la comunidad. Es interesante observar que mientras la figura del médico es importante en el aprendizaje sobre el cuidado específico de la salud infantil, la experiencia se considera el factor más relevante en la crianza cotidiana de los niños y en el desarrollo de las expectativas para el futuro del niño. Por consiguiente, aunque las dos esferas son importantes en el bienestar del niño, el término salud se percibe más asociado a la atención médica y no a una perspectiva más integral del bienestar.

La dinámica de la socialización del niño indígena, los procesos de construcción de una identidad colectiva, las relaciones de género, y las funciones y roles de los diferentes miembros de la comunidad, dentro de un contexto afectado por las condiciones sociales y económicas, necesitan conocerse para entender mejor el cuidado de la salud del niño indígena. Al igual que en otras sociedades, los niños en Gualapuro aprenden a vivir en su comunidad mediante una serie de mecanismos observados, imitados o aprendidos desde edades tempranas. Sin embargo, su aprendizaje como miembros de la comunidad de Gualapuro no concluye en los límites de la comuna. Ellos también aprenden o se ven influenciados en su contacto con las comunidades externas (Yáñez del Pozo, 1991). Estos factores deben conocerse para tener una comprensión exacta de las estrategias que contribuyen a la salud integral del individuo y la comunidad/sociedad.

Unos de los aspectos importantes en la salud de la comunidad es el acceso al agua potable, las prácticas de higiene y la disponibilidad de alcantarillado. De la observación del entrevistador, se señaló que en 81% de los hogares de la comunidad la gente mantiene los alimentos lejos de los animales

domésticos y que 90% descartan la basura higiénicamente. En cuanto a los animales, 45% de los participantes mantenían los animales encerrados en un establo lejos del agua y los alimentos. Los demás participantes indicaron que esta práctica no es posible por el temor de que los animales sean robados.

Con respecto a los servicios de saneamiento, 100% indicaron que es importante usar las letrinas, para evitar la presencia de las moscas (67%), o evitar contaminar el ambiente (27%). Sin embargo, aunque el 100% de las casas de la comunidad tiene letrinas, 27% no están en uso. Los participantes indicaron que esto sucede porque no hay un abastecimiento suficiente de agua para mantener la letrina limpia.

En cuanto al acceso al agua potable, 100% de los participantes indicaron que consumen el agua sin tratar que se transporta a través de tuberías desde el arroyo vecino llamado Cumbas. El arroyo está ubicado a más de 15 minutos caminando. De los participantes, 90% indicaron que tienen suficiente agua todo el año. En relación con la desinfección del agua, 45% de participantes hierven el agua para beber y 27% solo la hierven a veces. La razón que dió el segundo grupo para no hervir el agua es la falta de combustible necesario; la mayoría de las familias cocina con leña.

Con respecto al lavado de las manos, 67% de los participantes señalaron que se las lavan antes de manipular los alimentos y 36% señalaron que se lavan a veces. Según los participantes, la razón para que el segundo grupo no siempre cumpla con esta práctica es que a veces se olvidan. Un participante explicó que no es saludable lavarse las manos después del trabajo agrícola. El agua fría puede causar problemas si las manos están calientes. Respondiendo a la pregunta, “¿Podría explicar por qué es importante lavarse sus manos?”, 81% de los participantes señalaron que es importante lavarse las manos para evitar enfermedades.

En cuanto a la pregunta acerca de la existencia de fuentes sagradas de agua, 81% de los participantes manifestaron que cerca de la comunidad hay una fuente medicinal. Esta agua es usada por las personas para curar enfermedades de la piel y trastornos músculo-esqueléticos.

En el análisis de las respuestas dadas por los participantes, es significativo notar que existe en la comunidad el conocimiento necesario acerca de la importancia del consumo de agua potable y las prácticas higiénicas. Sin embargo, las limitaciones en el acceso al agua potable impiden que la comunidad ponga en práctica este conocimiento.

B.2 Niño enfermo: restauración de la salud

Esta sección se refiere al estudio del perfil epidemiológico que afecta a los niños indígenas y de los recursos y las estrategias disponibles para el restablecimiento de la salud infantil desde la perspectiva de la comunidad.

En respuesta a las preguntas sobre el conocimiento del perfil epidemiológico que afecta a los recién nacidos, los participantes solamente mencionaron las enfermedades que entran en la esfera de la medicina occidental: tos (72%), gripe (54%) y bronquitis (18%). Con respecto a las enfermedades que afectan a los niños de menos de 5 años, las respuestas cruzan el conocimiento de la medicina indígena y occidental. En cuanto a las enfermedades relacionadas con la medicina occidental, los participantes indicaron que las tres principales causas de morbilidad, entre los niños indígenas de menos de 5 años, son: la tos (81%), la diarrea (72%) y la gripe (36%). En cuanto a las enfermedades relacionadas con la medicina indígena los participantes señalaron que los niños padecen de “mal viento” (72%), “espanto” (67%), y “pasado de frío” (9%). El “mal viento” ocurre cuando un niño pasa cerca de los lugares habitados por “malos espíritus” (por ejemplo, barrancos, quebradas, casas viejas, campos aislados) que tienen diferentes niveles de energía negativa que enferma al niño. El “espanto” puede ser

causado por un shock súbito, por ejemplo, debido a un ruido fuerte e inesperado, la aparición súbita de un animal, una caída. Este shock es tan estresante que a veces puede inducir a una grave enfermedad o ser mortal. Una práctica llamada *shungu shungu* (corazón-corazón) es el tratamiento del “espanto”. *Shungu shungu* es un procedimiento en el cual el niño es colocado en los brazos del terapeuta tradicional o de la persona que sabe curar y es mecido cuidadosamente mientras el terapeuta nombra las cosas favoritas del niño (por ejemplo, nombres de frutas, dulces, etc.) para que el alma del niño vuelva al niño y le devuelva la salud.

Como en el caso de la comunidad de Gualapuro, el concepto de las cualidades humorales opuestas es una premisa prominente dentro de las medicinas indígenas de las Américas y otras etnomedicinas. Según esta teoría, la salud está determinada por el equilibrio entre los contrarios: “caliente” y “frío”, “húmedo” y “seco” (Estrella, 1982; Valdivia, 1986; Balladelli, 1990; Yáñez del Pozo, 1996a; Rubel, A. y Hass, M. 1996). Las categorías de fresco/frío/caliente están relacionadas con códigos culturales y no con la temperatura física de los elementos. En la enfermedad llamada “pasado de frío”, los elementos o las sustancias consideradas “frías” se han introducido en el organismo del niño y están enfermándolo. Al niño debe administrarse un remedio compuesto por las plantas medicinales consideradas “calientes” para lograr el “equilibrio”/salud.

Considerando la atención de salud que los niños indígenas reciben cuando se enferman, 45% de los participantes de la comunidad indicaron que el niño recibe asistencia domiciliaria y 18% van al botiquín comunitario para comprar las medicinas para el niño. Al preguntar la razón de estas prácticas, 45% de los participantes indicaron que aunque quieren ir al hospital, no es posible debido a la falta de dinero para el transporte o para comprar las medicinas.

Al preguntarles sobre cuándo la gente de la comunidad busca ayuda, 81% de los participantes señalaron que buscan ayuda cuando la enfermedad se agrava. En cuanto a lo que hace la comunidad cuando el niño está enfermo, 54% indicaron que la gente cura al niño en la casa; 45% señalaron que buscan ayuda de la partera o de la persona que puede curar; y 18% declararon que compran pastillas en la farmacia comunitaria y le dan al niño. El cuidado de la salud va más allá de las paredes del hospital o del centro de salud; los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos de la comunidad son sumamente importantes en la provisión de la atención de salud, y las ciencias sociales pueden ampliar la comprensión que el personal de salud debe tener de estos factores (Casillas, 1990; Chrisman, N. y Johnson, M., 1996).

Al contestar la pregunta sobre quién les enseñó lo que saben acerca de la atención del niño enfermo, los participantes refirieron que las vecinas (36%), su propia experiencia (36%) y el conocimiento que ha estado presente por generaciones (18%). Respondiendo a la pregunta, “¿Qué se debe hacer para que no se enferme el niño?”, 100% de los participantes de la comunidad indicaron que se debe cuidar bien al niño y 9% indicaron que es importante vacunarlos. Las respuestas del primer grupo incluyen el cuidado de la higiene, buena alimentación y protección.

En lo referente a la pregunta “¿Qué le gustaría aprender para mejorar la salud del niño?”, 45% de los participantes mencionaron la necesidad de saber el uso de las medicinas y de las plantas medicinales y 18% indicaron que quisieran aprender cómo atender al niño.

Al preguntarles sobre la metodología preferida de instrucción, 67% indicaron la práctica, 54% demostraciones y 45% quisieran recibir información adicional impresa.

Al igual que en otras partes del análisis, en esta parte el conocimiento vinculado a la medicina indígena es evidente. El conocimiento, las prácticas y los terapeutas indígenas estructuran un sistema de salud ordenado y complejo que responde a la lógica de la comunidad (Valdivia, 1986; Balladelli, 1990).

De igual manera, una vez más, las deficiencias estructurales están presentes y marginan a la población indígena de la sociedad nacional. Esto impide poner en práctica el conocimiento de la comunidad acerca de la salud. Sin embargo, probablemente como un efecto inesperado de esta marginación, estas limitaciones están propiciando que la comunidad piense en la importancia de la recuperación y revitalización del conocimiento autóctono como una respuesta a la falta de asistencia institucional (Bodeker, 1993; Naranjo, 1995; Sola, 1995).

En referencia al alto número de participantes que prefieren la práctica y demostraciones como parte de la metodología de enseñanza, en general, el estilo de aprendizaje de las comunidades indígenas es de un carácter colectivo basado principalmente en la comunicación oral, la observación y la experiencia directa del individuo con el ambiente. Este estilo responde a sus normas culturales, creencias y a sus necesidades inmediatas. Ya que esta población tiene un alto nivel de analfabetismo, los textos escritos deben ser no solamente traducidos al idioma nativo, sino adaptados a su contexto y códigos de comunicación (Rojas, 1999b).

B.3 Niño muerto: autopsia verbal

La comprensión de la percepción y la connotación que la vida y la muerte tienen entre las poblaciones indígenas es de importancia crucial, especialmente cuando se trata de evitar muertes causadas por los factores prevenibles. Según se indicó, de acuerdo a los participantes de la comunidad, la mortalidad entre los niños de Gualapuro no es un problema. Sin embargo, estudios adicionales son necesarios para comprender los factores que contribuyen a la muerte de los niños indígenas en esta y otras comunidades.

Con respecto a las causas más comunes de muerte entre los niños indígenas, al igual que en otras preguntas, las respuestas dadas por los participantes cruzan los paradigmas de la medicina occidental e indígena. En el caso de los recién nacidos, las causas de muerte relacionadas con la medicina occidental incluyen diarrea (27%), bronquitis (18%) y vómitos continuos (9%). En relación a las enfermedades de los recién nacidos en la perspectiva de la medicina indígena, las enfermedades citadas incluyen: “cogido del diablo” (54%), “espanto grave” (45%), “mal viento” (27%) y la muerte porque el niño toma la leche de una madre que está triste (9%). En este caso, la tristeza de la madre pasa de la leche al niño, causando la muerte del niño. Según la cosmovisión indígena, “cogido del diablo” significa que un tipo de energía intensamente negativa enferma al niño tanto hasta el punto de que es imposible recuperarse. En cuanto a las causas de muerte entre los niños menores de cinco años, las enfermedades indicadas por los participantes en los términos de la medicina occidental incluyen desnutrición (36%), diarrea (27%) y vómitos continuos (18%). Las enfermedades vinculadas con la medicina indígena incluyen espanto (36%) y “cogido del diablo” (9%).

En referencia a los lugares donde la gente busca atención cuando el niño está seriamente enfermo, 81% de los participantes manifestaron que irían al Hospital de Otavalo y 18% a Jambi Huasi, centro de salud también ubicado en Otavalo. Sin embargo, existen limitaciones por falta de dinero o por falta de transporte. Cuando un niño enferma seriamente, la solidaridad de la comunidad está presente para ofrecer ayuda monetaria o compañía para llevar al niño al hospital.

En cuanto a los tipos de tratamientos que el niño que murió recibió antes de su muerte, éstos también cruzan los enfoques de la medicina occidental y de la medicina indígena. Por ejemplo, dos participantes hicieron un recuento de los tratamientos que recibieron sus niños. Al primero se le diagnosticó y se le curó del espanto; luego fue hospitalizado en dos ocasiones y finalmente, antes de morir, el niño fue bautizado. Al segundo niño se le diagnosticó bronquitis – causada por “frío” – la madre le

dio aguas “frescas”, pero el niño, según los participantes, murió porque la madre no sabía que este método de tratamiento no es el recomendado en estos casos. En este sentido, la investigación adicional es necesaria para conocer mejor los factores que contribuyeron a la enfermedad, a las complicaciones y en último término a la muerte de un niño, comenzando no solamente por el momento en el que el niño se agravó, sino estudiando las causas y el contexto donde esta enfermedad apareció y empeoró.

Al responder sobre las razones para la muerte de los niños, nuevamente, las respuestas cruzan el conocimiento occidental (54%) y el conocimiento indígena (18%). En el primer caso, los entrevistados señalaron que la muerte se debió a diarrea (18%), desnutrición (18%) e hinchazón de los pies (18%). En el segundo caso, los participantes declararon que la muerte fue debida al espanto (9%) y a la prescripción de las aguas “frescas”, en vez de aguas “calientes” ya que el niño estaba sufriendo de una enfermedad causada por “frío”.

Respondiendo a la pregunta sobre “¿Qué se debe hacer para que no mueran los niños?, 54% de los participantes recomendaron atender al niño, 27% indicaron que los niños necesitan un chequeo con un médico, pero esto es difícil debido a la falta de dinero; y 18% señalaron que al niño deben administrársele los remedios caseros o ir a una partera o donde una persona que sepa curar.

Al responder a la pregunta “¿Dónde van los niños después de muertos?”, 100% de los participantes manifestaron que los niños bautizados van al cielo y los niños sin bautizo van al limbo. A la pregunta sobre quién les enseñó lo que saben acerca de la muerte del niño, los participantes refirieron que los ancianos (67%), las monjas (27%) y el catecismo (18%).

La cultura de los pueblos no es un elemento estático. La cultura está en cambio constante configurada por los procesos históricos anteriores y recientes. Esta incorporación de elementos múltiples, a veces, forma parte de una relación simbiótica entre dos o más culturas (Estrella, 1982; Polia Meconi, 1988; Cáceres, 1988; Yáñez del Pozo, 1991). Sin embargo, en algunos casos, la incorporación de elementos nuevos forma parte de las estrategias de supervivencia. Las respuestas de los participantes reflejan la influencia de la religión católica en el sistema de creencias y valores de la comunidad de Gualapuro, pero, al investigar más las connotaciones sobre la vida y la muerte, la matriz ancestral del pueblo Quechua/Quichua-Otavaló emerge. Aunque el proceso de la enfermedad y muerte de un niño es doloroso, las ceremonias de su funeral incluyen rituales para expresar alegría. De ahora en adelante el niño es un “ángel” que ha ido al “cielo”, “un buen espíritu” que ha ido al “mundo de los espíritus” y cuidará de su familia y su comunidad (Balladelli, 1991; Instituto Nacional Indigenista, 1994).

B.4 Atención de salud institucional para los niños indígenas:

B.4a Perspectiva de la comunidad

Esta parte del análisis recalca, nuevamente, la importancia del binomio madre-niño en la salud del niño dentro del contexto de la familia y de la comunidad/sociedad.

Con respecto a la atención prenatal, 67% de los participantes afirmaron que las madres en Gualapuro reciben atención prenatal, y 36% indicaron que solo algunas reciben atención prenatal. En relación con la frecuencia de chequeo prenatal, 27% de los participantes indicaron que las madres tienen dos chequeos, 18% señalaron que las madres tienen cuatro chequeos, y 18% afirmaron que las madres tienen seis chequeos. En cuanto a los principales lugares donde las madres reciben atención prenatal, 100% de los participantes citaron la asistencia de la partera tradicional y 18% indicaron que las madres van también al hospital. Al solicitarles su opinión sobre los motivos principales para que las madres no vayan al hospital o a los centros médicos, 36% indicaron que esto se debe a la falta de dinero, 36% afirmaron que tiene que ver con la desconfianza que tienen en el personal de salud, 18%

indicaron que es debido a la dificultad que tienen de comunicarse con los médicos, y 9% debido a los exámenes vaginales frecuentes y no deseados. La comunicación eficaz entre el personal de salud y los pacientes es central en la provisión de una atención de salud de alta calidad. Lamentablemente, la repercusión del contexto a menudo ha sido descuidada en la investigación sobre la satisfacción de los pacientes. Estudios futuros sobre el impacto de los estilos de la práctica médica en los resultados de la atención de los pacientes, deben poder evaluar los efectos relativos tanto sobre la satisfacción de pacientes como sobre los resultados en el mejoramiento de su salud (Bertakis, Roter y Putman, 1991).

Al responder las preguntas “¿Dónde dan a luz la mayoría de las mujeres en la comunidad y quién es la persona principal que asiste el parto?”, 100% de los participantes señalaron que las mujeres en la comunidad dan a luz en casa y 100% indicaron que la persona principal que asiste al parto es la partera tradicional. Además, el 9% indicó que en algunos partos los esposos acompañan a la partera tradicional.

En relación a la pregunta sobre “¿Qué le gustaría aprender para ayudarse a usted mismo, a sus niños o a los niños de la comunidad?”, 81% de los participantes indicaron que quisieran aprender a curar con plantas medicinales; 9% manifestaron que les gustaría aprender cómo atender a los niños; y 9% señalaron que quisieran saber sobre el cultivo de las hortalizas. En cuanto a la metodología de enseñanza, 90% de los participantes prefirieron las demostraciones y las prácticas y 45% expresaron la importancia de recibir materiales impresos. En respuesta a la pregunta “¿Ha asistido a alguna capacitación en el centro de salud?”, 67% de los participantes señalaron que no y 36% respondieron afirmativamente.

Las siguientes preguntas exploran el acceso geográfico y económico a la atención de salud institucional. Al preguntar “¿Qué tan lejos está el centro de salud más cercano el trabajador de salud más cercano?”, 100% de los participantes indicaron que no hay ningún centro de salud en la comunidad. Los más cercanos están en la ciudad de Otavalo ubicada a más de 5 Km de la comunidad. Si no hay ningún transporte disponible, lo cual es generalmente el caso, llegar a Otavalo toma 60 minutos caminando.

Respecto a los medios de transporte, 100% de los participantes señalaron que hay autobuses y servicios de transporte privados en la comunidad, pero su disponibilidad es limitada. Los autobuses están disponibles de 7 am a 6 pm; sin embargo, la frecuencia es un problema. Ir al hospital por autobús toma 15 minutos y cuesta \$2.600 sucres – 0,10 centavos de dólar el viaje de ida y vuelta. Cuando no hay ningún autobús, la gente contrata a un conductor privado que está disponible todo el día. Aunque a veces cuando es tarde en la noche, estos conductores privados no desean prestar el servicio. El costo de este servicio es 60.000 sucres – 2,40 dólares (en el día) y 100.000 sucres – 4,00 dólares (en la noche) ida y vuelta. Este costo es sumamente elevado considerando que los ingresos de las personas indígenas en promedio llega a 250 dólares por año. Si el paciente no tiene dinero, lo cual generalmente es el caso, la comunidad lo apoya. Si no es posible conseguir este apoyo, tienen que caminar a Otavalo.

En cuanto a los servicios de salud disponibles en la comunidad, los participantes nombraron algunas instituciones que proporcionan diferentes servicios de salud. Entre ellas, el Área de Salud de la INRUJTA-FICI-*Jambi Huasi* que visita la comunidad una vez cada dos meses y los programas de educación sobre la salud y la salud bucodental en coordinación con la institución *Maquipurashun*; el programa de salud materno-infantil, un *yachac*, una partera, un fregador y un promotor de salud que vive en la comunidad; Operación Rescate Infantil (ORI) que patrocina un programa nutricional; Maquipurashun (antes Visión Mundial) que proporciona becas, una biblioteca, letrinas, equipo audiovisual y medicinas para niños entre 6 meses y 12 años de edad. Otros proyectos son el proyecto FAS-BASE, que hasta 1999 patrocinó un programa de agua y saneamiento y PRODEPINE, que actualmente

patrocina el programa de agua y saneamiento. Además, la comunidad tiene parteras y el conocimiento colectivo; ambos son la fuente principal de atención de salud en forma permanente en la comunidad de Gualapuro. El personal del hospital de Otavalo va a la comunidad solamente en las campañas de vacunación.

En cuanto a la disponibilidad de las medicinas, al preguntar si hay niños que necesitan medicamentos en la comunidad, los participantes se refirieron a dos casos. El primero es el de una niña de 13 años de edad que sufre de epilepsia y necesita Tegretol, y el segundo es el caso de un niño de 3 años de edad con labio fisurado y paladar hendido que no puede hablar y necesita ir a Cayambe los martes y jueves para recibir terapia de lenguaje. En ambos casos, los participantes hacen un recuento de las dificultades económicas de la familia para proporcionar a los niños lo que necesitan debido al costo de la medicación en el primer caso y al costo del transporte en el segundo. En el caso de la niña con epilepsia, el padre es un trabajador temporero a tiempo parcial, y la familia no tiene tierra.

Respondiendo a la pregunta sobre dónde buscan atención en caso de emergencia (accidentes, enfermedades graves, hemorragia posparto), 100% de los participantes declararon que buscan atención en el Hospital de Otavalo o en Jambi Huasi en Otavalo. En este caso, especialmente, es fácil llegar a la conclusión de que los resultados de este tipo de problemas casi siempre son fatales.

Las siguientes preguntas exploran la opinión de los participantes de la comunidad en lo referente a la articulación de las visiones biomédica y comunitaria. Al preguntar si los participantes quisieran ver a los terapeutas tradicionales, las parteras y al personal de salud trabajando juntos en el centro de salud o en el hospital, dos respuestas pueden resumir el sentir de los participantes: 1) Es necesario que colaboren para el beneficio de las poblaciones indígenas. Podrían compartir su conocimiento. Si el médico no puede curar al paciente, quizás el terapeuta tradicional pueda. 2) En general, no tengo mucho tiempo cuando voy al hospital; el doctor sólo me ve por una enfermedad. Si colaboran, podemos aprovechar el tiempo. En una visita pueden curarnos de todo.

Respondiendo a la pregunta “¿Qué puede enseñarle el curandero, la partera y la comunidad al personal de salud para atender mejor a los niños?”, los participantes manifestaron que los terapeutas indígenas primero pueden enseñarles las costumbres de la comunidad (36%), segundo, cómo asistir a los pacientes y examinarlos bien (36%), finalmente, 18% indicaron que los terapeutas indígenas pueden enseñarles sus conocimientos, los mismos que pudieran ser combinados con aquellos que tienen los médicos. Sin embargo, 9% de los participantes indicaron que debido a sus estudios el personal de salud no va a querer aprender nada de los terapeutas tradicionales.

A la pregunta “¿Qué puede enseñarle el personal de salud a la partera, al curandero, a la comunidad para cuidar mejor de los niños?”, los participantes manifestaron que el personal de salud puede enseñarles a los terapeutas indígenas la atención y la higiene de los niños (72%), y cómo tomar las medicinas adecuadamente según la prescripción del médico (18%).

En cuanto al conocimiento que el personal de salud necesita para atender mejor a los niños, 100% de los participantes declararon que el personal de salud necesita conocer el idioma nativo de la comunidad— en este caso el Quechua/Quichua; 18% señalaron que el personal de salud necesita entender las costumbres indígenas y 18% señalaron que el personal de salud necesita saber cómo proporcionar explicaciones adecuadas.

A la pregunta “¿le gustaría agregar algo más?”, las siguientes respuestas resumen la mayoría de opiniones: 1) el apoyo no debe ser solo para los niños sino para la familia entera; 2) la pobreza es grave y no permite la educación o buena nutrición de los niños; 3) las parteras tradicionales son muy importantes en la comunidad, es necesario que tengan acceso al equipo necesario para su trabajo.

B.4 Atención de salud institucional para los niños indígenas:

B.4 b Perspectiva de los proveedores de salud

En esta sección, se presenta el análisis de las respuestas del personal de salud involucrados en la atención institucional para los niños indígenas. A la pregunta, ¿Tiene pacientes/ “clientes” indígenas?, 90% de los participantes respondieron afirmativamente y 5% negativamente.

En cuanto al perfil epidemiológico que afecta a la población indígena, como en las secciones anteriores de este análisis, las respuestas cruzan la perspectiva de la medicina occidental y de la medicina indígena, pero en diferentes proporciones. Respecto a la medicina occidental, los participantes calificaron las siguientes enfermedades entre las principales causas de morbilidad o mortalidad entre la población indígena: enfermedades del aparato digestivo (90%); infecciones respiratorias agudas (55%), y trastornos músculo-esqueléticos (40%). En cuanto a la medicina indígena, solamente 10% (5% mal viento, 5% espanto) mencionaron enfermedades vinculadas con esta perspectiva.

Al responder a la pregunta acerca del perfil epidemiológico que afecta al niño indígena menor de 5 años, los participantes mencionaron las infecciones respiratorias agudas (65%); desnutrición (55%); parasitosis y enfermedades de la piel (50%), como las principales causas de la morbilidad entre los niños indígenas. Sólo el 5% de este grupo de participantes señaló “mal viento” como una causa de las enfermedades entre los niños indígenas. Si comparamos estas respuestas con aquellas anteriormente presentadas en la sección de la comunidad, mientras las respuestas sobre el perfil epidemiológico desde la perspectiva occidental tiene semejanzas en los dos grupos, el perfil epidemiológico desde la perspectiva de la medicina indígena prácticamente es pasado por alto o desconocido en las respuestas del personal de salud.

En cuanto a las respuestas sobre la disponibilidad de datos sobre el perfil demográfico, epidemiológico, social, económico y cultural de la población indígena, 35% de los participantes declararon que estos datos están disponibles pero están incompletos; 37% no respondieron la pregunta y 20% indicaron que estos datos no están disponibles.

En referencia a la disponibilidad de los datos sobre el perfil epidemiológico de los niños indígenas, 45% de los participantes no respondieron la pregunta; 20% indicaron que este tipo de datos está disponible en algunas instituciones, y 15% indicaron que los datos sí están disponibles, sin embargo, no son reportados regularmente.

En respuesta a la pregunta acerca de la importancia de tener mejor información sobre la salud de la población indígena, 85% de los participantes indicaron que mejorar la información es importante, 15% no respondieron a esta pregunta. En cuanto a las estrategias para llevar a cabo este mejoramiento, los participantes dieron las siguientes respuestas: la información puede mejorarse mediante la investigación colaborativa (20%), mediante la sistematización de la información (10%), y aumentando la atención de salud a la población indígena (10%).

Al responder qué hacen las personas indígenas cuando están enfermas, 90% de los participantes indicaron que visitan a los terapeutas indígenas (*yachacs*, parteras, fregadores) y que también utilizan el conocimiento autóctono (medicina indígena, plantas medicinales); 35% observaron que las poblaciones indígenas visitan a un médico privado, y 20% indicaron que los indígenas cuando están enfermos compran medicinas sin prescripción médica. Para explicar las razones de las preferencias de las poblaciones indígenas en cuanto a la atención de su salud, los participantes indicaron que las personas indígenas prefieren la medicina y el conocimiento indígena por las siguientes razones: 1) el conocimiento autóctono está relacionado con su

cultura y ancestros (70%); 2) carecen de ingresos económicos (30%); 3) carecen de información o educación correcta (25%) y 4) carecen de acceso a los centros de salud (20%).

Respondiendo a la pregunta acerca de la opinión del personal de salud sobre la práctica de la medicina indígena (el conocimiento indígena), 50% de los participantes manifestaron que esta medicina es eficaz; 15% creen que la medicina indígena es buena, pero que es necesario complementarla con la medicina occidental; 10% señalaron que cualquier opción es buena. Aunque estas respuestas parecerían favorecer la práctica de la medicina indígena, al responder a la pregunta concerniente a la opinión del personal de salud sobre los terapeutas tradicionales, 65% de los participantes se refirieron al terapeuta indígena con los siguiente adjetivos: ignorante, charlatán, estafador, abusador, falso, ladrón, empírico. De los participantes, 20% creen que los curanderos tradicionales forman parte de la tradición y cultura y que son la fuente primordial de la salud de la población indígena.

Con respecto a los tipos de servicios que el Ministerio de Salud de Ecuador y otras instituciones gubernamentales ofrecen a las comunidades indígenas, 35% de participantes nombraron, vacunaciones, servicios de odontología, servicios obstétricos y programas de educación a través de los centros de salud. Además, 5% de los participantes indicaron que el Ministerio de Salud ofrece servicios de planificación familiar y distribución de anticonceptivos a las comunidades. En cuanto a la aceptación de estos servicios por parte de la comunidad, 50% indicaron que la aceptación es buena porque el servicio es gratuito, mientras 35% declararon que la aceptación es casi ausente.

El personal de salud al responder a la pregunta “¿Estaría dispuesto a trabajar en una comunidad indígena?”, o si ya están trabajando en una comunidad indígena, “¿cómo se siente?” A la primera pregunta, 10% indicaron que no estarían muy dispuestos y se sentirían frustrados en una comunidad indígena. En la segunda pregunta, 30% indicaron que a ellos les gustaba trabajar en la comunidad; 30% que no les gustaba mucho, y 5% que estaban frustrados. La mayoría de los participantes que respondieron positivamente a la segunda pregunta son indígenas.

Las siguientes preguntas exploran la opinión de los participantes en lo referente a la articulación de las medicinas occidental e indígena. Al preguntar si los participantes piensan que es posible combinar las medicinas occidental e indígena, 70% de participantes respondieron afirmativamente, 15% respondieron negativamente y 10% de participantes no respondieron a esta pregunta. En referencia a los puntos de convergencia y los puntos de discrepancia entre la medicina occidental e indígena, los participantes dieron las siguientes respuestas a cada una de las partes de esta pregunta. En cuanto a los puntos de convergencia, 70% no respondieron y 25% indicaron que las dos medicinas provienen de los mismos principios biológicos activos presentes en las plantas medicinales o en otros elementos de la naturaleza. De acuerdo a sus respuestas, la medicina indígena utiliza estos principios naturalmente y la medicina occidental los procesa. En cuanto a los puntos de discrepancia, 30% de los participantes declararon que la medicina occidental tiene base científica y la medicina indígena no; 10% creen que la medicina indígena y la medicina occidental tienen diferentes conceptos respecto a la salud; y 5% de los participantes afirmaron que mientras la medicina occidental es comercial, la medicina indígena es comunal.

Las siguientes preguntas exploran la pertinencia del marco legal de referencia y las responsabilidades institucionales para mejorar la salud de los niños indígenas. En cuanto a las políticas, 55% declararon que favorecen la atención de la población indígena; 25% no respondieron esta pregunta; y 20% de los participantes señalaron que no hay ninguna política que favorece la atención de la población indígena. En cuanto a las acciones necesarias para mejorar la salud de los niños indígenas, 60% de los participantes señalaron la necesidad de priorizar la salud integral del niño; 50% piensan que este mejoramiento, además del respeto por la cultura, requiere de un desarrollo social, económico, cultural y educacional.

En cuanto a la responsabilidad institucional, 65% de los participantes indicaron que la responsabilidad de su unidad técnica es proporcionar buena atención, 15% no respondieron a esta pregunta, y 10% creen que su oficina no tiene responsabilidad. Los participantes que forman parte de este 10% pertenecen al sector privado. En cuanto a la responsabilidad de la comunidad en el mejoramiento de la salud del niño indígena, 30% de los participantes indicaron que la comunidad necesita aceptar las normas de salud, 20% cree en la participación activa y 10% manifestaron que la comunidad tiene que conocer sus derechos.

En cuanto a la responsabilidad de las organizaciones indígenas en el mejoramiento de la salud de las poblaciones indígenas, 20% de los participantes expresaron que las organizaciones indígenas necesitan una organización adecuada, no política. Además, 20% creen que las organizaciones indígenas requieren recursos de gerencia de alto nivel; y 15% piensan que la responsabilidad de las organizaciones indígenas es trabajar más con la población indígena.

Respondiendo a la pregunta, “¿le gustaría agregar algo más?”, los participantes dieron las siguientes respuestas: Considerando los altos índices de desnutrición debería consultarse con la comunidad con respecto a los proyectos que promueven la seguridad alimentaria. Los equipos del proyecto deberían intercambiar experiencias y formular propuestas integrales que se relacionan con el mejoramiento de la salud. El gobierno debería facilitar el desarrollo económico, promover la diversificación de los cultivos y combinar el conocimiento adquirido y el conocimiento de las poblaciones indígenas en la composición de la dieta para enriquecer sus regímenes alimentarios. El gobierno debería movilizar recursos hacia proyectos de agua y saneamiento básico. Sería importante fijar índices de salud en los proyectos. La salud de la población es el aspecto más importante independientemente de la situación económica de los pueblos; lamentablemente la situación económica del país discrimina a las poblaciones pobres, que por lo general son las poblaciones indígenas. Esto determina que estas poblaciones reciban menos servicios y que éstos sean deficientes.

B.5 Medicina indígena vs. medicina occidental: signos y síntomas en la estrategia AIEPI

El análisis de los signos y síntomas considerados en la estrategia de AIEPI consta de dos partes: un análisis cualitativo y un análisis cuantitativo. En el análisis cualitativo, después de organizar la información en cuanto a los 30 signos y síntomas que forman parte de la estrategia de AIEPI, se construyeron algunos cuadros con las respuestas más frecuentes. Estos cuadros sistematizan la perspectiva indígena en lo referente a los signos y síntomas de AIEPI en cada una de las siguientes categorías utilizadas en los cuestionarios de la encuesta: término local utilizado para nombrarlos, causas, métodos de diagnóstico, diagnóstico, personas que saben curar, tratamiento, prevención, pronóstico y seguimiento.

En el análisis cuantitativo, el cuadro 12 muestra el desglose usado en el análisis de cada categoría aplicada en la recopilación de la información:

En cuanto a los criterios que se utilizaron para el uso de los calificativos de “natural” y “sobrenatural, éstos correspondieron básicamente a la decisión de la autora de calificar de “natural” a aquellos elementos o procesos que pueden ser explicados de acuerdo a los paradigmas occidentales, y “sobrenaturales” a aquellos elementos y procesos que sobrepasan lo explicable por los paradigmas occidentales.

Los siguientes son los resultados generales que se obtuvieron mediante la aplicación de esta matriz de análisis en el estudio (cuadro 12).

En cuanto al análisis de los términos utilizados para nombrar los signos y síntomas considerados por la estrategia de AIEPI, 90% de los signos y síntomas son nombrados usando palabras en español

Cuadro 12. Signos y Síntomas Considerados en la Estrategia de AIEPI: Análisis Cuantitativo		
Categoría	Desagregación	
Término local	Similar a AIEPI Español coloquial Idioma Quechua/Quichua	
Causa	Causas naturales Causas sobrenaturales	
Métodos de diagnósticos	Naturales Sobrenaturales	
Personas que saben curar	Madre Miembros de la familia Partera tradicional Vecinas	Farmacia comunitaria Médicos Yachac
Tratamiento	Plantas medicinales Medicinas Rituales	
Prevención	Natural Sobrenatural	
Pronóstico	Paciente vivirá Paciente morirá	
Seguimiento	Madre Padre Partera tradicional Vecinas	Yachac Hermanas mayores Médicos

coloquial; 26,6% tienen un término específico en Quechua/Quichua; y 23% de los signos y síntomas de AIEPI son nombrados por la comunidad con la misma nomenclatura utilizada por AIEPI.

En relación con la causa, 96,6% de causas tienen que ver con factores naturales o factores que tienen una analogía en el conocimiento médico occidental. Algunos ejemplos de estos factores podrían ser tipo y calidad de los alimentos que el niño recibe; lesiones y exposición a diferentes cambios climáticos, etc. Sin embargo, según se explicó anteriormente, las enfermedades llamadas “enfermedades por calor” o “enfermedades por frío” responden a códigos culturales y merecen entenderse y estudiarse mejor.

Las causas vinculadas a factores sobrenaturales, se mencionaron en 66,6% de los signos y síntomas de la estrategia de AIEPI. Por ejemplo, cuando el niño ha sido atrapado por el *allpa inis*, el espíritu del suelo. Esto ocurre cuando el niño cae al suelo o cuando ha nacido en un lugar donde está el *allpa inis*. Dado que estas causas se explican en el contexto de las creencias culturales, no tienen ninguna analogía en los términos médicos occidentales. Al igual que en el caso del pueblo Quechua/Quichua-Otavaló en Gualapuro, la mayoría de las poblaciones indígenas dividen las

enfermedades en dos grupos: las enfermedades causadas por factores sobrenaturales – encantos, vientos, espíritus, los que actúan en forma autónoma o dirigidos por una persona o por los terapeutas tradicionales – y las enfermedades enviadas por Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena (Polia Meconi, 1988).

Con respecto a los métodos de diagnóstico, aunque 100% de los signos y síntomas incluyen un método de diagnóstico que podría describirse usando los códigos de la medicina occidental, el conocimiento necesario en la medicina occidental para alcanzar un diagnóstico bien informado sobrepasa la comprensión de esta medicina. Por ejemplo, en el diagnóstico diferencial de la diarrea, aunque el método de diagnóstico es la observación - una práctica comúnmente utilizada también por la medicina occidental -, la capacidad para realmente alcanzar un diagnóstico definitivo se basa en la pericia de terapeuta indígena. El terapeuta indígena tiene que diferenciar entre la diarrea inducida por “empacho” o la indigestión de la causada por el “espanto” o el “frío”.

En la mayoría de los signos y síntomas de AIEPI, los participantes citaron la utilización de una combinación de los métodos naturales y sobrenaturales para diagnosticar una enfermedad (66,6%). Entre los métodos considerados “naturales” están la observación y el interrogatorio a la madre y, en algunos casos al niño. Entre los métodos “sobrenaturales” están la observación del signo denominado “chulla ojo” o de los ojos desiguales para diagnosticar el “espanto” o las “limpias” usando diferentes elementos, como el cuy/cobayo, los huevos o las plantas medicinales.

En referencia a las personas que pueden curar, en 100% de los signos y síntomas presentes en AIEPI, la madre del niño tiene una función importante. Su importancia en cada signo y síntoma de AIEPI varía del 9 al 100%. La partera tradicional aparece en segundo lugar en 86% de los signos y síntomas, y el médico en tercer lugar en 83%. El yachac aparece en 16% de los signos y síntomas de AIEPI y su presencia se asocia con la gravedad de los casos. La figura del padre aparece solo en 27% de los casos. Este resultado merece más investigación. Probablemente, la dinámica de migración debido a los problemas económicos que enfrentan la comunidad y el país en general, contribuye a la ausencia del padre en la atención del niño indígena de Gualapuro.

En la mayoría de los países de las Américas los curanderos tradicionales están activos. Los nombres que ellos reciben a menudo varían de pueblo a pueblo en conformidad con su historia. Por ejemplo, en la costa Atlántica de Nicaragua los elementos de la cultura indígena se han mezclado con elementos de la cultura afro-caribeña, y los terapeutas tradicionales se llaman obiaman o sukias (Fundación Wangki Lupia, 1994). Los terapeutas tradicionales también reciben nombres según su pericia. Al igual que en el caso de Gualapuro en Ecuador, en la mayoría de las comunidades indígenas en las Américas, los terapeutas indígenas pueden diferenciarse en herbalistas, hueseros, chupadores, parteras y otros (Balladelli 1990; Bastien, 1992). Entre los pueblos de la región amazónica, el líder espiritual es el shamán; en el pueblo mapuche, la machi, y en los países andinos, el yachac (Balladelli 1990; Bastien, 1992).

En cuanto al tratamiento, 86,6% de los signos y síntomas de AIEPI son tratados con plantas medicinales y un porcentaje similar con rituales. De acuerdo a los participantes, 70% requieren tratamiento con recursos de la medicina occidental. En lo referente a la combinación de las terapias para el abordaje de los síntomas y signos considerados en AIEPI, para el 56,6% de los signos y síntomas se combinan las plantas medicinales, los rituales y los medicamentos; y para el 23,3% se combinan las plantas medicinales y los rituales.

La relación ancestral de las poblaciones indígenas con su ambiente natural, les ha permitido entender la clasificación, la composición, los usos y la protección de las plantas de su hábitat

respectivo (OPS, 1997). Estas plantas son parte integral de la cultura y de la vida de los indígenas. Al abordar el tema de la medicina indígena, tiene que reconocerse que estas plantas significan más que las sustancias terapéuticas que pueden ser extraídas de ellas (OPS, 1997; Yáñez del Pozo, 1996). Las plantas existen en el contexto de la cultura y cosmovisión de los pueblos.

Con relación a la prevención de los síntomas y signos comprendidos en AIEPI, 100% de las indicaciones citadas por los participantes se refirieron a los procedimientos naturales que pueden ser comprendidos por la medicina occidental. Estos procedimientos incluyen cuidar de la higiene del niño, darle alimentos nutritivos, no permitir que se caiga, en caso de necesitarlo, proporcionarle tratamiento rápido, etc. Con respecto a las indicaciones vinculadas a los factores sobrenaturales, en 53,3% de los signos y síntomas de AIEPI se mencionaron, por ejemplo, hacer rodar al niño sobre el altar principal después de la misa y no pasar con el niño por los lugares aislados en la noche.

En cuanto al pronóstico, en 86% de los signos y síntomas de AIEPI, el pronóstico de la medicina indígena indica que el niño vivirá y en 70% este pronóstico indica que el niño morirá. El éxito en la curación no solo depende de la prontitud y certeza del tratamiento, sino también del destino del niño.

Con relación a las personas encargadas del seguimiento del niño durante el proceso de su enfermedad, en 100% de los signos y síntomas de AIEPI, la madre del niño juega un rol importante en porcentajes que varían del 27 al 100%. Los médicos están en segundo lugar en 76,6% de los signos y síntomas de AIEPI. Las hermanas mayores son responsables del seguimiento en 40% de signos y síntomas de AIEPI; al padre se le menciona en 20% y a la partera en 3,3%. El *yachac* no es mencionado como responsable del seguimiento en ninguno de los signos y síntomas de AIEPI.

Aunque es cierto que hay terapeutas especializados que son los maestros del conocimiento médico autóctono, las normas y los conceptos generales de los sistemas médicos indígenas son conocidos en el ámbito de la comunidad (OPS, 1997). Sus prácticas y terapias pueden ser administradas en cualquier momento en el ambiente familiar. Cada adulto, hombres y mujeres, potencialmente puede ser herbolista. Los niños enfermos reciben los primeros auxilios y los tratamientos en casa (Kroeger, A. y Ruiz Cano, W., 1988, 1992; Balladelli, 1990). En este contexto, la familia, la familia ampliada y el círculo de los vecinos y de los amigos se convierten en los principales escenarios de la provisión de la atención de salud. En estas situaciones, las mujeres, y especialmente la madre del niño, tienen una función preponderante en la atención de la salud de la comunidad y en la preservación de la cultura y particularmente del conocimiento médico indígena (Cordero, 1995; OPS, 1997).

En un intento por comprender la complejidad del conocimiento indígena y de los sistemas de salud de estos pueblos, se sistematizaron las respuestas más comunes sobre las tres enfermedades más frecuentes de acuerdo a la perspectiva de la comunidad indígena estudiada: “empacho” o indigestión, “espanto” o “susto” y “mal viento”. El cuadro 13 ilustra los resultados obtenidos.

**Cuadro 13. Enfermedades Comunes entre los Niños
en Gualapuro desde la Perspectiva Indígena**

Español Término local	“Empacho”-indigestión “Empacho”	Susto, espanto Susto, espanto	Mal viento Mal Viento
Causa	El niño se enferma cuando ha comido alimentos pesados ¹ como la quinoa, el maní, la leche, el maíz, o frijoles.	El “espanto” puede ser causado por un choque súbito (por ejemplo, un ruido fuerte inesperado, la apariencia súbita de un animal, una caída), que es tan estremecedor que a veces puede inducir a una grave enfermedad o ser mortal.	El “mal viento” ocurre cuando un niño pasa cerca de lugares habitados por “malos espíritus” (por ejemplo barrancos, casas viejas, campos aislados) que, por tener diferentes niveles de energía negativa, podrían enfermar al niño.
Métodos de diagnóstico	Si el niño tiene “empacho”, la madre señala que el niño comió demasiado o comió alimentos pesados.	La observación de los ojos de niño. En el “espanto” el signo clave es lo que la comunidad llama el “chulla” ojo ² . Diarrea debida al espanto: diarrea blanca similar a la de la dentición.	Cuy (cobayo)
Diagnóstico	“Empacho”	Espanto	Mal viento
Personas que saben curar	Madre, abuela, partera tradicional.	Madre, partera tradicional, persona que sabe curar, abuelas.	Madre, partera tradicional, médicos. Si la enfermedad es grave, la única persona que puede curar al niño es el yachac ³ .
Tratamiento	Darle al niño agua de manzanilla** y agua de orégano**	<i>Sbungu Sbungu</i> ⁴ , si el espanto es grave el niño necesitará más atención.	“Limpiar” el mal viento con ortiga** y ruda**.
Prevención	Cuidar los hábitos alimentarios de los niños.	Atender al niño: no maltratarlo; no pasar con el niño por los lugares aislados en la noche.	Cuidar que el niño no pase por lugares habitados por “malos espíritus” (por ejemplo, barrancos, casas viejas, campos aislados).
Pronóstico	Si el niño no tiene la atención apropiada, puede empeorar la enfermedad.	Si no lo curan a tiempo, el niño se debilita y muere.	Mediante la observación del cuy u otros elementos usados para “limpiar” al niño, el curandero tradicional o la persona que está curando al niño conocerá si el niño se recuperará o morirá. Si el destino del niño es vivir, el médico lo curará.
Seguimiento	Madre, partera tradicional, persona que sabe, las abuelas.	Madre	Médicos, la madre

(** plantas medicinales)

1. Alimentos pesados – alimentos que son difíciles de digerir.
2. Esto significa que los ojos de niños son de diferente tamaño.
3. Yachac es uno de los principales curanderos tradicionales en los países andinos de las Américas
4. *Sbungu Sbungu* es un procedimiento en el que el terapeuta tradicional toma en sus brazos al niño y lo mece cuidadosamente mientras nombra a todas las cosas favoritas de los niños para que el alma del pequeño vuelva a su cuerpo y se restablezca la salud.
5. “Limpiar” significa tocar el cuerpo del niño usando el cuy (cobayo), o diferentes clases de elementos (por ejemplo, huevos, plantas medicinales) para transferir la enfermedad del niño al animal o a estos elementos.



© Foto: OEA, 1970

V. RECOMENDACIONES

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el mantenimiento y restauración de la salud del niño se enmarcan en el sistema de normas y creencias vividas por las familias y las comunidades indígenas. Identificar las estrategias más adecuadas para el cuidado de la salud de los niños menores de cinco años, supone el conocimiento profundo de este contexto social, económico y cultural. Según los resultados del estudio, los conceptos de salud y enfermedad en general, y en el caso particular de los niños indígenas, están relacionados con el bienestar como sinónimo del equilibrio en el primer caso y el desajuste como sinónimo del desequilibrio en el segundo caso. Ambos están íntimamente relacionados con la cultura y la cosmovisión del pueblo Otavalo-Quechua/Quichua en Gualapuro. Lamentablemente, como sucede en el caso de Gualapuro, la pobreza, la falta de educación, el aislamiento político y social son factores que están teniendo una repercusión negativa en la identidad de los pueblos indígenas, en su salud y en algunos casos cobrando vidas. Estos factores impiden la aplicación de la naturaleza integral del concepto del equilibrio en el logro del bienestar. Aunque los resultados del estudio no podían extrapolarse debido a las limitaciones existentes en las muestras, de alguna manera esta extrapolación es factible al complementar estos resultados con la información obtenida a partir de la revisión bibliográfica. Es decir, se puede afirmar que una situación similar ocurre actualmente en otras comunidades de Ecuador y en los países donde existe población indígena.

Donde existe, la red asistencial de salud en Ecuador proporciona diferentes niveles de atención. Su distribución y calidad varía ampliamente. Sin embargo, en general, los puestos y centros de salud carecen de profesionales de la salud y de suministros y equipo adecuados. Aún los hospitales y centros de salud relativamente bien equipados, no lo están adecuadamente para responder a los patrones cambiantes de demanda de atención (OPS, 1998a). La situación laboral, debido a negociaciones colectivas deficientes, a menudo da lugar a bajos salarios e incentivos inadecuados que repercuten negativamente en el desempeño de los profesionales del sector salud. Además, la coordinación intra e interinstitucional insuficiente y la utilización inadecuada de los recursos y capacidad instalada también repercuten negativamente en la prestación de la atención de salud en este país. Las incongruencias en la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención, y una falta general de sistemas de información para la gestión empeoran la situación. Como resultado, la atención de salud en las zonas periféricas urbanas y rurales es insuficiente (OPS, 1998a).

En Ecuador se han formulado algunas normas y estrategias que priorizan las necesidades de las poblaciones periféricas urbanas y rurales, especialmente las poblaciones indígenas, como una manera de resolver los problemas de cobertura (acceso y utilización) de los servicios de salud. Por ejemplo, el Programa de Seguro Social Campesino (1972); el Programa de Capacitación de Voluntarios Rurales



©Foto: Armando Waak, OPS

Niños Quichua/Quechua de Ecuador

(1976); el Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios de Salud (1980); el Plan Nacional de Medicina Rural (1982); el Programa de Salud Integral de la Familia y de la Comunidad (1988-1992); la División Nacional de Salud Indígena (1998). Los niveles de cumplimiento de los objetivos y directrices de estos planes y programas gubernamentales y no gubernamentales en Ecuador han variado dependiendo básicamente de la voluntad individual de las personas responsables de su ejecución. Las dificultades en su implementación reflejan la complejidad del tema y la ausencia de planes nacionales que incluyan la salud de las comunidades periféricas urbanas y rurales, especialmente indígenas, como parte de las prioridades y retos nacionales.

Sin embargo, es necesario notar que en Ecuador, como en la mayoría de los países en las Américas, existen sistemas de salud y actores paralelos a este sector. La mayoría de las comunidades urbano marginales y rurales dependen del conocimiento colectivo y de los terapeutas y líderes espirituales indígenas para promover la salud, prevenir la enfermedad y proporcionar tratamiento para las enfermedades comunes. A menudo, ellos son los únicos proveedores de salud disponibles permanentemente (OPS, 1998c).

En realidad, desde tiempos ancestrales los pueblos indígenas de las Américas han desarrollado prácticas y conocimientos sumamente complejos y bien estructurados que se agrupan generalmente bajo el término de "medicina tradicional/medicina indígena". El núcleo conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y el enfoque holístico de la salud. La recuperación del conocimiento indígena y la investigación del contexto y las prácticas de los sistemas tradicionales/indígenas de salud beneficiará a los usuarios de los diferentes sistemas de salud (OPS, 1997d; OPS, 1998a).



Sr. Javier Perugachi - Yachac de Jambi Huasi

Las estrategias para mejorar la atención de salud de las comunidades periféricas urbanas y rurales han sido generalmente esfuerzos aislados. En cuanto al acceso y utilización de los servicios de salud, donde hay acceso físico hay a menudo barreras económicas/financieras, geográficas/físicas y culturales para el uso de los servicios (OPS, 1998c). La pobreza extrema y la ubicación de las poblaciones indígenas en áreas remotas están obstaculizando el acceso a la atención de salud.

Además, las tasas altas de analfabetismo, la destrucción de los ambientes naturales, la fragmentación social y cultural, la desorganización de los sistemas productivos y una lucha intensa por la supervivencia son determinantes estructurales que afectan el estado de salud de las poblaciones indígenas (OPS, 1998a). Por consiguiente, la activa participación indígena y la colaboración apropiada son necesarias dentro del sector de la salud y entre los diferentes sectores involucrados en el bienestar de estos pueblos. Según se especifica en los objetivos del estudio, el estudio promovió un proceso de colaboración aunque con las limitaciones del alcance de este proyecto. Así, los participantes de diferentes sectores expresaron la necesidad de trabajar más coordinadamente reconociendo las semejanzas en sus metas y el valor de aprender de las experiencias de otras instituciones. En el proceso de

diseño y ejecución de este proyecto, se realizaron varios contactos. La presentación de los resultados del estudio será un paso más para fortalecer esta colaboración entre los actores involucrados en la comunidad de Gualapuro y otras comunidades y actores dentro de la jurisdicción del Área de Salud-Jambi Huasi.

En general, en cuanto al acceso cultural, la falta de respeto y conocimiento de la medicina indígena y del estilo de vida de los pueblos indígenas por parte del personal de salud ha creado conflictos en la organización y prestación de atención de salud en cuanto a los horarios, los procedimientos técnicos y el espacio físico (OPS, 1993).

Esto está probablemente sucediendo porque Ecuador, y la mayoría de los países en las Américas, no han podido responder a estas preguntas: ¿Quién hace qué, dónde, a quién y para qué tipo de enfermedades? (Sargent, 1996; Rojas, 1999c). Las respuestas tienen que ser diferentes según el tipo de sistema y características de la población a la que ellos asisten. Los sistemas de salud occidentales y los sistemas de salud indígenas tienen diferentes proveedores, diferentes recursos terapéuticos y diferentes poblaciones destinatarias. Para ilustrar esta aseveración podrían citarse algunos ejemplos: mientras un yachac puede usar un cuy (cobayo) o un huevo para “limpiar” al niño y diagnosticarle la enfermedad que lo está afectando, o para eliminar una enfermedad del organismo del niño, un cirujano injerta una porción de la vena safena en la aorta y las arterias coronarias del paciente para renovar el flujo sanguíneo restringido al corazón del paciente (Sargent, 1996; Rojas, 1999c).

Generalmente, los sistemas nacionales de salud en Ecuador tienen que proporcionar atención de salud a una población de carácter multicultural sin dar la debida importancia a la diversidad cultural. Para mejorar la cobertura de servicios de salud (acceso + utilización), sería importante comprender la dinámica y los recursos de los sistemas de salud indígenas (Omram, 1997; OPS, 1998; 1997; Rojas, 1999a). Mientras algunos recursos terapéuticos, como el orégano usado para curar las enfermedades del aparato digestivo, pueden ser fácilmente relacionados a las enfermedades orgánicas; otros, como las ceremonias y rituales curativos, tienen que ver con la dimensión espiritual de la salud e ir más allá de lo que los paradigmas occidentales pueden explicar (Rojas, 1999c).

En cuanto a los procesos terapéuticos, mientras en el enfoque biomédico occidental éstos son individuales y fragmentados, en los sistemas de salud indígenas son colectivos, holísticos y responden a la cosmovisión indígena (Balladelli, 1991; OPS, 1997; OPS, 1998a; Rojas, 1998). Para dilucidar esta afirmación, se revisará el proceso terapéutico de las enfermedades diarreicas entre los niños. En general, mientras en la medicina occidental, los virus, las bacterias o los parásitos pueden causar diarrea, en la medicina indígena, el espanto y el “frío” están incluidos en sus causas. En cuanto al proceso de diagnóstico, mientras el proveedor de salud occidental de salud examinará un órgano o sistema específico – en este caso los órganos que forman parte del aparato digestivo –, el proveedor de salud



©Foto: Rocío Rojas, 2000

Mercedes Muenala demostrando la práctica del *Shungu-Shungu*

indígena no considerará la enfermedad como un problema que afecta un órgano o una parte del paciente, más bien afirmará que la enfermedad es el resultado de un desajuste de la vida del niño, de la vida de un familiar cercano – especialmente de la madre – y de la vida de la comunidad. El proceso de tratamiento seguirá las mismas características; por un lado, el proveedor de salud occidental recalcará la causa y el efecto en una relación lineal, tratará la enfermedad diarrea y prescribirá medicinas específicas que se proyectan a órganos específicos, signos y síntomas, mientras que el proveedor de salud indígena tratará al paciente en su totalidad. El tratamiento incluirá remedios específicos para la diarrea (agua de orégano) y rituales específicos para recobrar el “equilibrio”/la salud. La recuperación del niño traerá equilibrio a todo el entorno, es decir a las personas y a la comunidad involucradas en el proceso de curación.

Los sistemas de salud indígenas son sistemas comunitarios. Los recursos terapéuticos (por ejemplo, las plantas medicinales) y los proveedores de salud, por ejemplo, parteras tradicionales, *yachacs*, pertenecen a la historia y a la cultura de los pueblos indígenas; por consiguiente, responden al contexto y a las necesidades de la comunidad. Estas características hacen que los sistemas de salud indígenas sean más accesibles, disponibles y asequibles que los sistemas de salud occidentales. Sin embargo, factores como la destrucción de los ambientes sociales y naturales y las enfermedades nuevas y emergentes requieren una mejor integración entre los enfoques occidentales e indígenas para abordar los nuevos retos de la salud.

Este proyecto ha fortalecido la necesidad de mejorar la comprensión del conocimiento, las actitudes y las prácticas de los pueblos indígenas en lo que se refiere a la atención de salud de los niños indígenas menores de 5 años de edad. En general, esta clase de estudios facilitará la búsqueda de las estrategias interculturales para abordar el nexo salud enfermedad entre las poblaciones indígenas en las Américas. Esta búsqueda requiere una reconceptualización de las prácticas, de los “otros” para facilitar la interacción de las mejores prácticas tanto desde la visión biomédica como desde la visión de la comunidad. Además, insta a un cambio de los paradigmas ya que esta búsqueda lleva a un análisis no desde la visión biomédica sino de aquella generada de la sensibilidad y el respeto por la diversidad (OPS, 1998a).

Los procesos históricos han configurado las relaciones entre las culturas. Como resultado, algunas culturas tienen más prestigio/poder que otras. Estas relaciones asimétricas han creado algunas barreras entre las culturas. Mediante la incorporación del enfoque intercultural a la salud lo que se propone es fortalecer a las culturas no dominantes y sensibilizar a las culturas dominantes recalando los aspectos similares entre las culturas y promoviendo un proceso de aprendizaje multidireccional.

En los paradigmas interculturales, el concepto de la interculturalidad se entiende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto por las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas de género y generacionales existentes, en una y entre varias culturas, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 1998a). Para ejercer el principio de la participación social apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfoque intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad cultural, la democracia cultural y la participación con interacción, consulta, consenso y colaboración de objetivos (OPS, 1998a). La meta de este proceso es contribuir al acceso equitativo a la atención de salud de calidad en función del suministro de la atención oportuna, eficaz y segura (calidad técnica), y en condiciones físicas y éticas adecuadas (calidad percibida) (Omram, 1997; OPS, 1998; OPS, 1998a).

En cuanto a la metodología, en el diseño y ejecución de este estudio, algunos enfoques, normas e instrumentos fueron formulados y/o adaptados para incluir la perspectiva de la comunidad en el proceso de investigación.

Finalmente, aunque es necesario realizar más investigaciones para comprender la atención de la salud de los niños indígenas, este estudio proporciona varios elementos que contribuirán al acceso equitativo y al mejoramiento de la calidad de la atención de salud de los niños indígenas en las Américas. El estudio enfatiza los siguientes aspectos:

- El estado de salud de la población en general, y de los niños en particular, es el resultado de la interacción de los determinantes sociales, económicos, políticos, históricos y culturales, como la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de participación política, la marginación y la presencia de diferentes percepciones de la salud y enfermedad. Por consiguiente, un enfoque holístico de la salud requiere acciones interinstitucionales, intersectoriales y multidisciplinarias.

- Los procesos históricos de colonización en la Región de las Américas y la tendencia a homogenizar la población, han impedido a los políticos, a los encargados de adoptar las decisiones y a los académicos, considerar las características multiculturales del continente. El reconocimiento de la población indígena como parte fundamental de las sociedades étnica y culturalmente plurales como es Ecuador, es la base para tener éxito en la lucha contra la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, la defensa de los derechos humanos y la revitalización de las diferentes culturas.

- En la aplicación del enfoque intercultural a la salud, es necesario considerar la historia de la gente e incorporar variables sociales, económicas y culturales, no solo en el análisis de la salud y las condiciones de vida, sino también en los procesos de formulación de políticas, planes y programas para abordar las necesidades de estas poblaciones.

- Aunque el perfeccionamiento de las competencias técnicas es de importancia crucial en la atención de la salud de las personas y poblaciones, el conocimiento de las características reales de los beneficiarios dará lugar a la provisión de la atención de salud adaptada a las necesidades y al contexto de la población. En este sentido, es importante que los programas de adiestramiento para el personal de salud incluyan contenidos relacionados con los temas sociales, culturales, económicos, políticos e históricos que directamente están influyendo en el bienestar y desarrollo de los pueblos.

- La ausencia de información específica sobre las condiciones de vida, salud y acceso a la atención de salud de las poblaciones indígenas – especialmente de los niños y las mujeres indígenas – contribuye a su aislamiento de las políticas y programas nacionales de salud. Por consiguiente, se recomienda fortalecer la capacidad de análisis de las condiciones de vida y salud de las poblaciones indígenas, así como del acceso y capacidad resolutoria de la red asistencial que sirve a esos pueblos, no basados en los datos nacionales, sino en la sistematización de la información del nivel local y si fuera posible, desde y por las comunidades indígenas, junto con gobiernos y las organizaciones indígenas.

- Para comprender la atención de salud de los niños indígenas y de las poblaciones indígenas en general, tienen que considerarse los enfoques integrales. Es decir, incluir el análisis histórico, social, económico, político y cultural. Esto permitirá tener una mejor comprensión de la dinámica del sector salud con respecto a la organización de los sistemas y la prestación de servicios a estas poblaciones. En este esfuerzo, representantes de los diferentes sectores y disciplinas deben estar involucrados para tener esta perspectiva amplia.

- Las experiencias negativas producidas por ciertos estudios de investigación han contribuido a la desconfianza de los pueblos indígenas. Cualquier estudio que involucre a las comunidades indígenas debe incluir la consulta con los representantes indígenas. Las organizaciones indígenas como representantes de la comunidad son los canales apropiados para contactar a estas comunidades. Por lo tanto, tienen que participar en todas las fases del diseño, la ejecución y evaluación de los proyectos. Es importante que se presenten los resultados de los estudios a las organizaciones y

comunidades indígenas para fortalecer el proceso de recuperación de la confianza que se ha perdido debido a las experiencias negativas.

- Las prioridades, las normas, y la percepción del tiempo son diferentes entre las poblaciones indígenas, y responden a su cosmovisión y organización social. Estos aspectos deben considerarse en cualquier diseño de proyectos y metodología que incluya a las poblaciones indígenas.

- Debido a la naturaleza de la información que se necesita para comprender la perspectiva de la comunidad en cuanto a las necesidades y las prioridades para mejorar la calidad de la atención de salud de las poblaciones indígenas, se recomienda utilizar preguntas abiertas, especialmente como parte de las entrevistas a profundidad. Aunque las entrevistas a profundidad requieren más tiempo para ser analizadas, permiten a los entrevistados una conversación detallada acerca de los temas de interés (Zimmerman, Newton, Frumin y Wittett, 1996).

- Los idiomas nativos se hablan en la mayoría de las comunidades indígenas, entre ellas Gualapuro. Por consiguiente, aparte de asegurar la exactitud de la información mediante la participación de entrevistadores e intérpretes bilingües, se debe propender a la incorporación cada vez mayor de técnicos y profesionales indígenas en los equipos de salud.

- Generalmente, los puntos de vista de la comunidad han sido ignorados en la formulación de las metodologías de investigación. Algunas respuestas, como aquellas relacionados con el bienestar espiritual, no tienen parámetros establecidos de análisis. Un proceso de aprendizaje continuo y acumulativo será necesario para adaptar o formular instrumentos y metodologías para que las prioridades y las perspectivas de las poblaciones indígenas se comprendan y se incluyan en la metodología de investigación.

- Aunque se han publicado varios estudios relacionados con diferentes áreas de la problemática indígena, sólo pocos han seguido un enfoque integral y práctico. Por consiguiente, la investigación colaborativa mejorará la información científica, técnica y pública relacionada con los temas que involucran la salud de los pueblos indígenas. Además, hay bibliografía gris que podría ser especialmente útil cuando se trata de abordar las necesidades de salud de las poblaciones indígenas específicas.

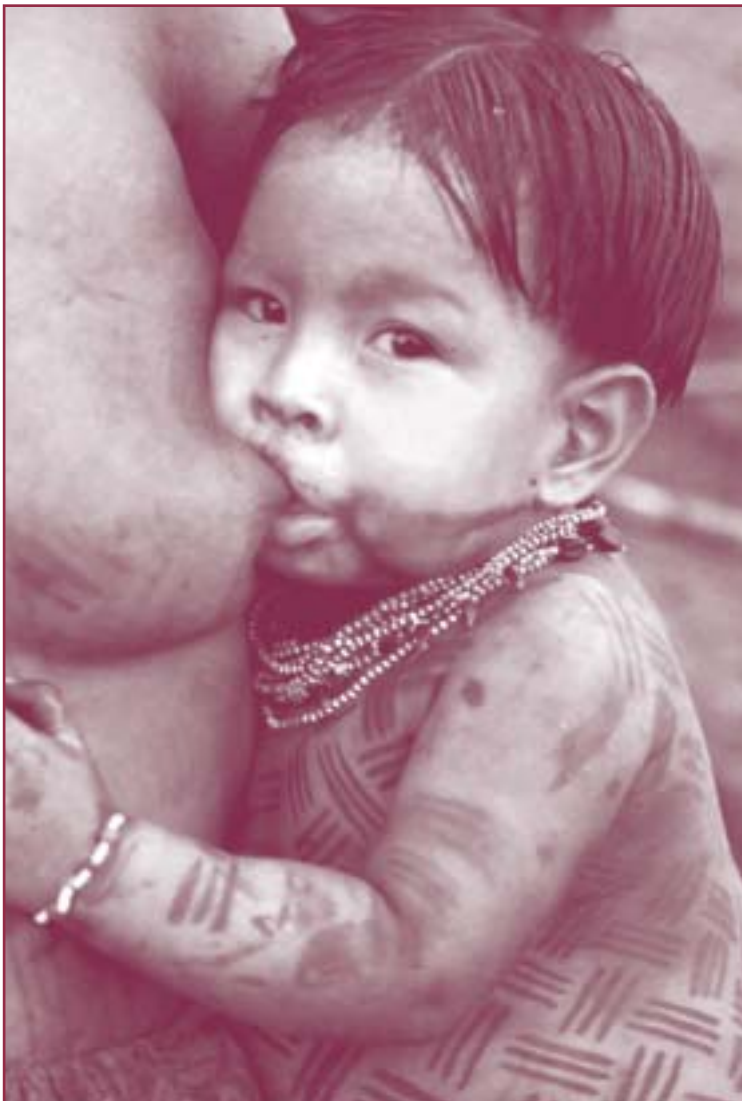
- En seguimiento a los mandatos de la Cumbre de las Américas, las Metas del Milenio y de las Conferencias de las Primeras Damas, en 1999, la OMS y la OPS, junto con otras instituciones, lanzaron una estrategia llamada *Niños Sanos: La meta 2002* para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil y mejorar el crecimiento de los niños en las Américas. Debido a su naturaleza integral, la estrategia AIEPI es la herramienta principal para alcanzar esta meta. Considerando que las tasas más altas de morbilidad y mortalidad de niños se encuentran entre las comunidades periféricas urbanas y rurales, especialmente en las comunidades indígenas, es esencial fijar prioridades y establecer estrategias para dirigirse a estas poblaciones y reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años.

- La ejecución de AIEPI incluye la adaptación del contenido y las metodologías de la estrategia a la situación epidemiológica y operacional en cada país y en las diferentes zonas dentro de los países. Según se explicó, los factores sociales, culturales y económicos tienen una influencia importante en el estado de salud de la población, en particular en la salud de los niños indígenas. En el caso de las poblaciones indígenas, la prácticas de salud y los recursos de la comunidad están estrechamente relacionados con su cultura y sistema de creencias y valores. Por consiguiente, se recomienda considerar estos aspectos en las adaptaciones de la estrategia AIEPI.

- Aunque el logro de la salud es siempre el objetivo máximo de cualquier programa de salud, el énfasis exagerado en la enfermedad ha impedido que los programas de salud alcancen su meta. Como en el caso de los niños indígenas en Gualapuro, la mayoría de los niños en las Américas nacen saludables; por consiguiente, las estrategias preventivas y de promoción de la salud son críticas para

mantener sanos a aquellos niños. En este esfuerzo, el conocimiento del colectivo de la comunidad es de importancia crucial. Sin ninguna intención de idealizar la medicina indígena, es importante reconocer que, como en el caso de la medicina occidental, hay prácticas positivas que deben ser desarrolladas y hay prácticas perjudiciales que necesitan examinarse.

- El conocimiento indígena sobre el bienestar individual y colectivo se basa en el equilibrio, la armonía y la naturaleza integral del bienestar; por consiguiente, es importante reconocer que el conocimiento indígena no está solamente relacionado con las estrategias curativas y con las plantas medicinales. En este sentido, una mejor articulación entre los sistemas de salud institucionales/occidentales y los sistemas de salud indígenas, contribuirá a la implementación del concepto de la salud como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y la sociedad en condiciones de equidad.



© foto: Aldo Lo Curto, 1993

Niño de la Amazonía de Brasil

VI. REFERENCIAS

- American Psychological Association. (1994). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Balladelli, P. & Colcha, M. (1990). *Entre lo mágico y lo natural: la medicina indígena, testimonios de Pesillo*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Bastien J. (1992). *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*. Bolivia.
- Benítez, L. & Garcés, A. (1986). *Culturas ecuatorianas. Ayer y hoy*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Bertakis, K., Roter, D., & Putman, S (1991). The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. *The Journal of Family Practice*. Vol.32, No.2.
- Banco Interamericano de Desarrollo. "Salud de los Pueblos Indígenas". Presentación en Power-Point. 2003
- Bodeker, G. (1995). *Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health, Report and Recommendations*. Unpublished manuscript.
- Cáceres, E. (1988). *Si crees los Apus te curan: medicina andina e identidad cultural*. Cusco, Perú: Centro de Medicina Andina.
- Central Intelligence Agency (1999). *The World Factbook 1999*. [Internet]. Disponible: <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/index.html>.
- Cordero, T. (Ed.). (1995). *De otros partos y nacimientos: historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género*. Quito, Ecuador: Graphus.
- Casillas, A. (1990). *Nosología mítica de un pueblo: medicina tradicional Huichola*. Guadalajara, Jalisco, México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- CONAIE, Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE). (2000). *Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador*. [Internet]. Disponible: <http://conaie.nativeweb.org/>
- CONAIE. Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE). (1992). *1992: 500 años de resistencia india. Las nacionalidades indígenas en Ecuador: nuestro proceso organizativo*. Cayambe, Ecuador: Talleres Abya-Yala.
- Consejo Nacional de la Mujer. Presidencia de la Nación. República Argentina. (1998). *The Declaration of Beijing*. [internet]. Disponible: <http://www.cnm.gov.ar/Recursos/Beijing/b0.htm>
- Chrisman, N. & Johnson, M. (1996). *Clinically Applied Anthropology*. In C.F Sargent. & T.M. Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. (1996 ed.). Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- Dirección General de Investigación y Desarrollo Educativo. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. República Argentina (1999). *1990 Primera Cumbre Mundial en Favor de la Infancia: Plan de Acción: Las 7 Metas*. [Internet]. Disponible: <http://www.mcy.gov.ar/dn/1rcumbre.html>
- ECUARUNARI. Confederación de Pueblos de la Nacionalidad Kichwa de Ecuador (ECUARUNARI). (1999). *Manual de la medicina de los pueblos Kichwas de Ecuador. Kichwa Runakunapak Jampi Yachaicunamanta*. Quito, Ecuador: ECUARUNARI.
- Estrella, E. (1978). *Medicina aborígen: la práctica médica aborígen de la sierra ecuatoriana*. Quito, Ecuador: Editorial Época.
- Estrella, E. (1982). *Medicina y estructura socio-económica*. Quito, Ecuador: Editorial Belén.
- Fernández, G. (1999). *Médicos y yatiris: salud e intercultural en el altiplano aymara*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Previsión Social, Centro de Investigación y Promoción Campesina (CIPCA), Equipo de Salud del Altiplano (ESA), Organización Panamericana de la Salud.
- Fundación Wangky Lupia. (1994). *Medicina tradicional en comunidades miskitas del río Coco*. Nicaragua: Fundación Wangky Lupia.
- Gualapuro Community Survey. (2000). Otavalo, Ecuador: Rocío Rojas.
- Guevara, E. Comunicación personal, 2000.
- Ilustre Municipio de Otavalo. (2000). [Internet]. Disponible: [Otavalohttp://www.otavalo.com.ec/municipio/mapas.html](http://www.otavalo.com.ec/municipio/mapas.html)
- INRUJA-FIC. *Imbabura Runacunapac Jatun Tantanacui*-Federación Indígena y Campesina de Imbabura (INRUJA-FICI). (2000). *Federación Indígena y Campesina de Imbabura*. [Internet]. Disponible: <http://fici.nativeweb.org/english.html>
- Instituto Nacional Indigenista. (1994). *Diccionario enciclopédico de la medicina Tradicional Mexicana*. (Vol. I, Vol. II). México, DF: Instituto Nacional Indigenista.
- Jambi Huasi. Centro de Salud. Área de Nutrición. (1999). *Comunidad de Gualapuro*. Documento no publicado.
- Jambi Huasi. Centro de Salud. (2000a). *Nómina de los habitantes de la comunidad de Gualapuro*. Documento no publicado.

- Jambi Huasi. Centro de Salud. (2000b). *Precios por visita - Enero 2000*. Otavalo, Ecuador: Centro de Salud Jambi Huasi.
- Jambi Huasi. Centro de Salud. (2000c). *Comunidad de Gualapuro*. Otavalo, Ecuador: Centro de Salud Jambi Huasi. Documento no publicado.
- Khaarus, R. (1989). *Historias en el tiempo, historias en el espacio. Dualismo en la cultura y lengua Quechua/Quichua*. Quito, Ecuador: Ediciones Tinkui/Abya-Yala.
- Kroeger, A. & Ruiz Cano, W. (Comp.) (1988). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*. Cuzco, Perú: Centro de Medicina Andina.
- Kroeger, A. & Barbira-Freedman, F. (1992). *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes. Conceptos*. Cayambe, Ecuador: Talleres Abya-Yala.
- Larrea, C., Carrasco, E., Cervantes, J., & Viedma, N. (1999). *Desarrollo social y gestión municipal en Ecuador: jerarquización y tipología*. Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.
- Lo Curto, A. (1993). *E L'Indio Venne Sulla Terra*. Canzo, Italia.
- Matos Mar, J. (1993). Población y grupos étnicos de América. 1993. *América Indígena* (Vol. LIII – No 4 – Oct.-dic.1993). México, D.F: Instituto Indigenista Interamericano.
- Moya, A. (1997). *Etnos: atlas etnográfico de Ecuador*. Quito, Ecuador: Editorial Ecuador.
- Muenala, M. (Speaker). (2000). *Gualapuro Community*. Quito, Ecuador: Rocío Rojas.
- Naranjo, R. (1995). *La medicina tradicional en Ecuador*. Quito, Ecuador: Universidad Andina, Simón Bolívar.
- Newson, L. (1995). *Life and Death in Early Colonial Ecuador*. Oklahoma, USA: The University of Oklahoma Press.
- Omrán A. Approaches to International Health Policy: Analysis and Development. George Washington University, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud (1998a). *Pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998b). *Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia. Curso de capacitación. Cuadro de procedimientos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998c). Proyecto. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos y en los modelos de atención. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1996 a). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Otavalo Spanish Institute (2000). *Otavalo, Ecuador*. [Internet]. Disponible: <http://www.ecuadorexplorer.comosi/html/otavalo.html>
- Pan American Health Organization. (2000). *Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Base Information*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization. (1998a). *Health in the Americas* (Vol. I-Vol. II) (1998 ed.). Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization. (2002). *Health in the Americas* (Vol. I-Vol. II) (2002 ed.). Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization (1998b). *IMCI Strategy*. Paper presented at the 31st Session of the Subcommittee of Planification and Programming of the Executive Committee, Washington, D.C., United States.
- Pan American Health Organization (1998c). *Health of the Indigenous Peoples Initiative. Progress Report*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization. Health of the Indigenous Peoples Initiative (1997a). *Health Situation Analysis: Indigenous Peoples from Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Mexico, Peru, Venezuela*. Unpublished manuscripts.
- Pan American Health Organization (1997b). *III Evaluation of the Goals of the Strategy Health for All Year 2000. Country Reports from Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru and Venezuela*. Unpublished manuscripts.
- Pan American Health Organization (1997c). *Evaluation of the Implementation of the IMCI Strategy*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization (1997d). *Cooperation of the Pan American Health Organization in the Health Sector Reform Processes*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.

- Pan American Health Organization. (1994). *Health Conditions in the Americas* (Vol. II) (1994 ed.). Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization (1993). *Health of the Indigenous Peoples, Local Health Systems-34*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Polia Meconi, M. (1988). *Las lagunas de los encantos: medicina tradicional andina del Perú septentrional*. Piura, Perú: Central Peruana de Servicios CESPER.
- Psacharopoulos, G., & Patrinos, H. A. (1994). *Indigenous People and Poverty in Latin America. An empirical analysis*. Washington, DC: World Bank.
- Quandt, S. (1996). Nutrition in Medical Anthropology. In C.F Sargent. & T.M. Johnson (Eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. (1996 ed.). Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- Rojas, R. & Shuqair, N. (1999a). *Orientación de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Rojas, R. (1999b) Print Media Materials Analyses: Indian Health Manual, Malaria. Paper presented in PubH 275. Washington, DC: The George Washington University.
- Rojas R. (1999c). Indigenous Medicine in the Region of the Americas. Oral Presentation. Working Group on Alternative and Complementary Therapies. November 15-17, 1999. Washington, DC.
- Romalis, S. (Ed.). (1981). *Childbirth: Alternatives to Medical Control*. Austin, Texas: University of Texas Press.
- Rubel, A. & Hass, M. (1996). Ethnomedicine. In C.F Sargent. & T.M. Johnson (Eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. (1996 ed.). Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- Salomon, F (1998). Huarochiri: A Peruvian Culture in Time. [Internet]. Disponible: [http://www.lib.utexas.edu/Libs/PCI/Map_collection/americas.html](http://wiscinfo.doit.wisc.edu/chaysimire/Sargent, C. & Jonson, T. (Eds.). (1996). Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. (1996 ed.). Westport, Connecticut: Praeger Publishers.</p><p>Sola J. (1995). La búsqueda de un nuevo modelo de atención es urgente, en Malo M, Terán C. Compiladores. <i>Políticas de salud y pueblos indios</i>. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.</p><p>Stavenhagen, R. (1992). Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. <i>Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos</i>.</p><p>The Aga Khan Foundation. (1993a). <i>Primary Health Care Management Advancement Programme. Assessing Community Health Needs and Coverage. Module 2: User's Guide</i>. Bangkok, Thailand: Thai Wattana Panich.</p><p>The Aga Khan Foundation. (1993b). <i>Primary Health Care Management Advancement Programme. Assessing Community Health Needs. Module 2: Facilitator's Guide</i>. Bangkok, Thailand: Thai Wattana Panich.</p><p>The University of Texas at Austin. The Perry-Castañeda Library <i>Map Collection</i>. Maps of the Americas. (2000). Map Collection: Americas. [Internet]. Disponible: <a href=)
- The Washington Post. (2000a). Indians Showed Political Muscle In Ouster of Ecuadoran Leader. (2000, January 27). *The Washington Post*, p. 21 and p. 24.
- The Washington Post. (2000b) "We Lost Democracy". Ecuadoran Coup Highlights Basic Problems and Reflects Shift to Oil-Based Economy. (2000, January 28). *The Washington Post*, p. 17 and p. 18.
- Traverso, M. (1998). *La identidad nacional en Ecuador. Un acercamiento psicosocial a la construcción nacional*. Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.
- Ultimas Noticias. (2000). Indígenas hacen camino al andar. Mapa: Ecuador tiene 4 millones de indígenas. (2000, Enero 15). *Ultimas Noticias*, p. 6.
- Valdivia, P. O. (1986). *Hampicamayoc, medicina folclórica y substrato aborigen en el Perú*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- World Health Organization (WHO). Division of Child Health and Development (CHD). (2000). *Management of Childhood Illness*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yáñez del Pozo, J. (1991). *Socialización indígena entre los quichuas del norteamericano: continuidad histórica y aprendizaje comunitario*.
- Yáñez del Pozo, J. (1996a). *Los intelectuales indígenas de Ecuador*. Documento presentado en el Seminario Andino organizado por la Universidad George Washington. 23 de febrero, Washington D.C.. EUA.
- Yáñez del Pozo, J. (1996b) Sinchi Runami cani (Soy un hombre fuerte): Filosofía de un vendedor indígena en Estados Unidos en Nagy-Zegmi, S.(Ed.). *Pensamiento neotindigenista andino: identidades en transformación*. Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.
- Zimmerman, M., Newton, N., Frumin, L. & Wittett, S. (1996). *Developing Health and Family Planning Materials for Low-Literate Audiences: A Guide*. Washington, DC: Program for Appropriate Technology in Health (PATH).

NOTAS