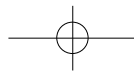
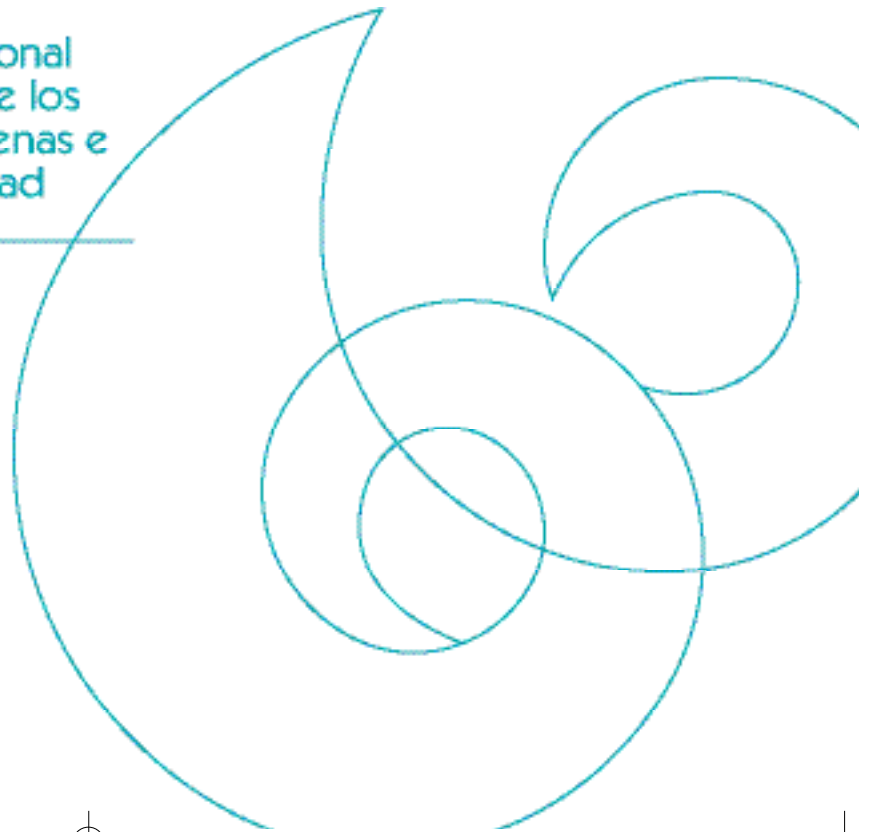
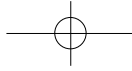


1er Foro Internacional
sobre Salud de los
Pueblos Indígenas e
Interculturalidad





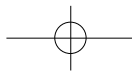
Documento preparado por:

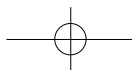
- Ing. Emilio Ramírez Pinto, *Coordinador Regional Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS*
- Dra. Rocío Rojas Almeida, *OPS/OMS, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas*

Con los aportes de:

- Sr. Samuel Binns, *Programa Vectores, Comarca Ngöbe Bugle.*
- Dr. Elmer Bustamante, *Director Regional de Bocas del Toro*
- Lic. Lorenzo Cáceres, *Coordinador Nacional Proyecto DDT/GEF/OPS - OPS/OMS - Panamá.*
- Dr. Enrique Donado, *Promoción y Medicina Tradicional Ministerio de Salud, Panamá*
- Dr. Carlos Flores, *Epidemiólogo Regional, y Punto Focal del Proyecto.*
- Dra. Débora Goddard, *Directora Médica del Centro de Salud de Bisira*
- Dr. Washington Lun, *Epidemiólogo Nacional Ministerio de Salud de Panamá*
- Ing. Atala Milord, *Calidad del Agua Ministerio de Salud, Panamá*
- Lic. Carlos Victoria, *Programa Nacional de Malaria y Punto Focal - Ministerio de Salud de Panamá*
- Y las contribuciones de los delegados de Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá y de todos los participantes en el I Foro Internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad: Control de la Malaria en las Áreas Demostrativas del Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS en Zonas con Población Indígena (anexo 6.2: lista de participantes).

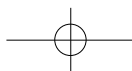
Diseño: Lápiz y Papel - lappel@uiio.satnet.net

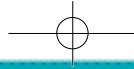




Contenido

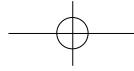
Agradecimiento	00
Presentación	00
Resumen Ejecutivo	00
Introducción	00
I Foro Internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad: abordaje de la malaria en zonas con población indígena	00
Resumen de las sesiones del Foro	00
Sesiones temáticas	00
Acceso y calidad de la atención de salud en comunidades indígenas.	00
Avances en los países participantes	00
Metodología utilizada y validada en los Grupos de Trabajo	00
Resultados	00
Principales recomendaciones	00
Referencias bibliográficas	00
Anexos	00
Agenda del I Foro	00
Lista de participantes	00
Canción en homenaje a los participantes del Foro Indígena: Guatemala, Belice, Panamá y Costa Rica	00
Resultados de los Grupos de trabajo	00





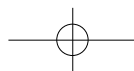
Agradecimiento

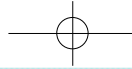




BISIRA, 2005

A los líderes y organizaciones indígenas de Bisira, Panamá y de los países participantes; al equipo de salud de Bisira, a los directivos del Programa de Malaria de la Comarca Ngöbe Bugle; a las autoridades regionales y nacionales del Ministerio de Salud. A las Representaciones de OPS/OMS de Belice, Costa Rica y Guatemala, especialmente a la Representación de la OPS Panamá y a su equipo técnico y al PNUMA/GEF por su contribución.

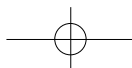




Presentación

La malaria es un problema de salud pública transfronterizo y de abordaje multisectorial que afecta a aproximadamente 89 millones de personas en Mesoamérica, la mayor parte pertenecientes a comunidades indígenas. El crecimiento de la población, la rápida expansión de la frontera agrícola, la degradación del medio ambiente y la alta migración de las personas afectadas ha facilitado la transmisión de la enfermedad a través de las fronteras nacionales. Un agravante adicional constituye las dificultades presentes en el abordaje de la malaria, dificultado tanto por la falta de conocimiento de los contextos socioculturales de las poblaciones afectadas por esta enfermedad, como por el grado de resistencia del vector a los insecticidas y del parásito a los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad, así como por los efectos negativos causados por el DDTI y otros insecticidas persistentes.





Ante esta realidad, la OPS, a través de su Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, a partir del mes de septiembre de 2003, ejecuta en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, el “Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT” con el objetivo de demostrar que los métodos alternos al DDT para el control de esta enfermedad son eficaces en función de sus costos y sostenibles con participación comunitaria, previniendo así la reintroducción del DDT en la Región.

Más del 80% de la población de las áreas seleccionadas en los proyectos de demostración tienen población indígena por lo que, en el marco de una alianza interprogramática con el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud de la OPS, se ha dado énfasis a la incorporación del enfoque intercultural de la salud en las acciones del proyecto tomando en cuenta la organización social tradicional y los conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas. En este proceso se inserta el Foro sobre Salud de los Pueblos Indígenas e

Interculturalidad: Control de la Malaria sin el uso de DDT en las Áreas Demostrativas del Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS en Zonas con Población Indígena realizado en Bisira, en la Comarca Nögbé Buglé en Panamá.

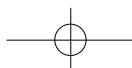
Estos eventos constituyen espacios privilegiados de debate donde la voz de los pueblos da legitimidad a las propuestas y se constituye en el eje fundamental para desarrollar la sostenibilidad deseada de los modelos introducidos por este y otros programas similares. Por esta razón, nos complace presentar este documento de sistematización de las discusiones llevadas en el Foro con la seguridad de que este tipo de eventos internacionales serán replicados en el ámbito local y darán lugar a diálogos continuos que contribuirán al logro de la equidad en la Región en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural.

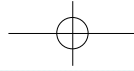
Dr. Luiz Augusto Cassanha Galvão
Gerente del Área de Desarrollo
Sostenible y Salud Ambiental

Dr. José Luis Di Fabio
Gerente del Área de Tecnología y
Prestación de Servicios

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

I En Mesoamérica 85.000 toneladas de DDT fueron utilizadas como insecticida para la agricultura y en el control de vectores de la malaria. Tanto el DDT como sus metabolitos son compuestos tóxicos sumamente estables que se acumulan en organismos vivos, persistiendo durante decenios en el suelo y se transportan por el ciclo del agua a zonas remotas donde nunca se ha utilizado, lo que contribuye a la contaminación ambiental a nivel mundial.

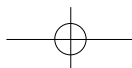




Resumen Ejecutivo

La Comunidad Bisira, sede del evento, a la cual solo se puede llegar por agua o por aire, se convirtió para los otros países en modelo de demostración de alternativas amigables al medio ambiente para el control de la malaria.





No al DDT para el control de la malaria ratificaron más de 100 líderes indígenas y representantes institucionales de Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá en el I Foro Internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad celebrado en Bisira y organizado por el Ministerio de Salud y la Representación de la OPS/OMS de Panamá, del 5 al 7 de diciembre, 2005 con el apoyo del proyecto DDT/PNUMA/ GEF/ OPS y el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS/OMS.



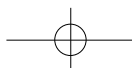
En este intercambio entre países, el Corregimiento de Bisira expuso evidencias sobre la disminución de casos de malaria con alternativas de control amigables al eco sistema y con el fortalecimiento de la participación sistemática de la

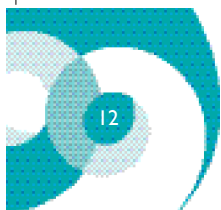
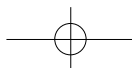
comunidad. Con la suspensión del uso de insecticidas, la participación de ONG indígenas, líderes autóctonos, gobierno municipal, Ministerio de Salud, Educación y otros sectores locales, se anticipan a cualquier iniciativa de reintroducir el uso del DDT para el control de la malaria. "En el 2005, en el Corregimiento de Bisira, apenas se han reportado 27 casos de malaria comparados con los 179 casos registrados en 2004", mencionó el Sr. Samuel Binns técnico local del Programa de Malaria de Panamá.



La Comunidad Bisira, sede del evento, a la cual solo se puede llegar por agua o por aire, **se convirtió para los otros países en modelo de demostración de alternativas amigables al medio ambiente para el control de la malaria.** Sus líderes explicaron que luego de intensa y creativa labor de promoción

Foto izquierda: Sr. Samuel Binns, Programa de Malaria. Bisira, 2005
Foto derecha: Participantes del Foro Internacional. Bisira, 2005





y sensibilización social, lograron, sin el uso de insecticidas, reducir los casos de malaria y que los 8 registrados en el 2005 corresponden a personas de otras localidades periféricas.

Ganar la confianza de la población indígena de Bisira fue el primer paso.

Esto permitió: unir diversos grupos comunitarios en un comité representativo; conocer la historia endémica de la malaria; crear decretos municipales; caracterizar los riesgos y criaderos del vector por barriadas; extremar la vigilancia epidemiológica; establecer

un tratamiento selectivo de los casos de malaria; fomentar el control biológico de las larvas del vector; drenar los criaderos, limpiar las barriadas y entornos familiares y sobre todo la apropiación de estos procesos por parte de la comunidad. "Nosotros no hemos hecho gran

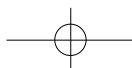
cosa, lo que hemos hecho es unirnos", mencionó la Dra. Débora Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de Bisira.

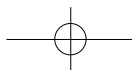
Además de vencer la desconfianza de la comunidad, probablemente este progreso se deba a la participación de las autoridades autóctonas y al rescate del sistema tradicional indígena que desde el inicio del proyecto DDT /PNUMA/ GEF/OPS interactúan con el nuevo modelo basado en el control integral del vector de la malaria con la activa participación de los sectores salud, medio ambiente, agricultura y otros, según la exitosa experiencia mexicana. Otro factor dinamizador es la riqueza de novedosos **incentivos para lograr la participación comunitaria** y nuevos estilos de vida saludables, que van desde mecanismos



FOTO IZQUIERDA: Participantes del Foro Internacional, Bisira, 2005

FOTO DERECHA: Dra. Débora Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de Bisira





coercitivos, utilizados al inicio del proceso, hasta la participación voluntaria basada en la competencia amistosa entre barriadas, ferias de la salud, aplicación de “sanciones” como la **“tarjeta roja y verde”** en viviendas identificadas como de alto riesgo por sus antecedentes histórica de transmisión de la malaria.

Al finalizar el evento los participantes corearon una canción de inspiración de Ramón Buitrago Salazar, Indígena Bribriwak de Talamanca, Costa Rica, participante del evento. La letra expresa la confianza al sector salud, a la OPS y el compromiso de los líderes indígenas para combatir la malaria y proteger la naturaleza.



“Como se va a promover el ecoturismo si hay malaria por todas partes, como vamos a promover el ecoturismo si rociamos insecticidas por todos lados” se preguntó en síntesis el Sr. Napoleón Elinton, Alcalde de Kankintú.

NO al DDT

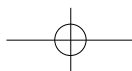
“De la Madre Tierra tendrás
el arco, techo y tu pan;
si cuidas siempre de ella
nada te ha de faltar (2).

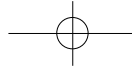
El proyecto No al DDT
Unido se mantendrá
Por la salud de los pueblos
Por una vida mejor (2).

Mira, arriba, la OPS apoyará
Las acciones del indio contra el DDT.

Despierta de este letargo
Es tiempo de caminar (2)

FOTO IZQUIERDA: Sr. Napoleón Elinton, Alcalde de Kankintú.
FOTO DERECHA: Ramón Buitrago Salazar (tercero de izquierda a derecha) y Orquesta de la Comarca Nögbe, Bisira, 2005.

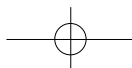




Introducción

Desde el año 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para Medio Ambiente Mundial y el Fondo Mundial para el Medio Ambiente (PNUMA-GEF), Fondo Mundial para el Medio Ambiente (FMAM), y la colaboración de la Comisión de Cooperación Ambiental (CCA) de América del Norte y la Comisión de Cooperación Ambiental para el Desarrollo (CCAD) se halla implementando el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control del Vector de la Malaria sin el Uso de DDT en México y Centroamérica, en consideración a los efectos negativos causados por el DDT y otros insecticidas persistentes tanto en la salud de las personas como en el medio ambiente.





Introducción

Desde 1993 y de una manera sistemática la OPS y los Estados Miembros han priorizado la atención de la salud de los pueblos indígenas en las Américas (Cuadro 1), en el marco de las acciones tendientes al logro de la equidad en la Región. Este trabajo refleja los compromisos expresados por los Estados Miembros en las Resoluciones CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R18 (2006).

Los ocho países tienen población indígena en las zonas demostrativas del proyecto DDT/ PNUMA/GEF/OPS. La información disponible muestra que son las poblaciones indígenas las que están siendo mayormente afectadas por la malaria. Por esta razón y desde el año 2004 se ha establecido acciones ínter programáticas entre el Proyecto DDT/ PNUMA/ GEF/OPS y el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas.

En este contexto se desarrolló el I Foro sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad: Control de la Malaria en las Áreas De-

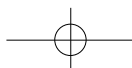
mostrativas del Proyecto DDT/ PNUMA/ GEF/OPS en Zonas con Población Indígena en la comunidad demostrativa de Bisira, Comarca Nögbe Buglé, Panamá, del 5 al 7 de diciembre de 2005.

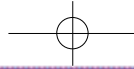
Los resultados de este foro se resumen en el presente documento, que incluye una breve descripción de las condiciones de vida de los pueblos indígenas de Panamá, el problema de la malaria, las conclusiones y las recomendaciones de los participantes al Foro.

Cuadro 1. Población y pueblos indígenas de las Américas

- 45 millones de personas
- 24 países
- 600 pueblos diferentes
- 6% de la población total de las Américas
- 10% de la población total de América Latina y el Caribe
- 40% de la población rural de América Latina

Fuente: OPS/OMS, 2004.

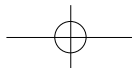




I Foro Internacional

sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad:
control de la malaria sin uso de DDT en zonas con
población indígena



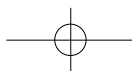


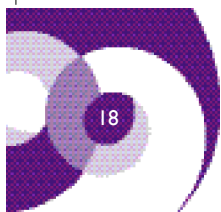
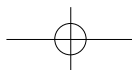
El objetivo del foro fue analizar los factores de riesgo y determinantes socioculturales asociados a la transmisión de la malaria en poblaciones indígenas y recomendar metodologías con abordaje intercultural para la prevención y control de la malaria tomando en cuenta los hábitos y costumbres tradicionales de estas poblaciones.

Los participantes reiteraron la importancia que tienen las alianzas estratégicas, el acompañamiento gubernamental y de los organismos de cooperación técnica. Destacaron el papel de las autoridades locales y tradicionales en el

mejoramiento de las condiciones de vida y del acceso con calidad a servicios de salud de las comunidades indígenas, reconociendo el enfoque intercultural de la salud, la medicina moderna y medicina tradicional.

Concluyeron que el desconocimiento de la cultura y la cosmovisión de los pueblos indígenas representan una barrera importante para prevenir y controlar la malaria, por lo que recomendaron considerar los resultados del foro para la elaboración de nuevas propuestas de abordaje de pueblos indígenas en la sub región.





Resumen de las sesiones del Foro

A continuación se resumen los puntos tratados en las diferentes sesiones del foro y en los grupos de trabajo.

Sesión inaugural

“Es importante realizar este tipo de eventos en el nivel local ...”

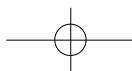
La Mesa Directiva estuvo conformada por:

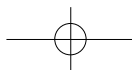
Sr. Jonny Bonilla, Cacique Regional, Sr. Agustín Villagra, Alcalde de Kusapín, Sr. Napoleón Edinton, Alcalde de Kanquintú, Honorable Serafina Still, Representante del Corregimiento, Dr. Raymundo Jiménez, Regional de Salud de la Comarca Nögbe-Buglé, Dr. Washington Lum, Delegado del Ministro de Salud, Ing. Emilio Ramírez Pinto, Coordinador Regional del Proyecto OPS-GEF, Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS, Dra. Ana Quan, Asesora de Salud y Ambiente, OPS/OMS-Panamá.

Los integrantes de la mesa directiva agradecieron la presencia de autoridades nacionales y locales de salud, de la OPS y la contribución del proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS. Resaltaron la presencia de representantes de otros países vecinos que comparten problemas comunes, culturas, tradiciones y sabiduría para el abordaje de los problemas que los afectan.

“La gente es lo que nos da fuerza ...”

Acto seguido explicaron que la situación de los pueblos indígenas en Panamá y en otros países es compleja y está ligada, entre otros factores, a un deterioro incontenible del medio ambiente y falta de infraestructura de los servicios básicos. Varios estudios y testimonios revelan que el analfabetismo, el desempleo, la falta de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables y las limitaciones en el acceso y utilización de servicios básicos de salud, educación, vivienda y otros,





son problemas que afectan todavía a la mayoría de las comunidades indígenas de Panamá y otros países de la Región e influyen en su calidad de vida y salud.

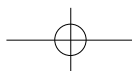
Ante esta situación, el Gobierno de Panamá, como parte de los procesos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el país, se halla comprometido con el cumplimiento de los acuerdos internacionales y las prioridades nacionales que se enfocan, entre otros aspectos, al combate de la malaria y otras patologías, a partir de propuestas generadas en consenso con las mismas comunidades. Así, el Plan de Salud promueve los enfoques de género, ciclo de vida e interculturalidad e incorpora como estrategias de acción a la prevención de enfermedades, la promoción de salud, la participación ciudadana y el control ambiental.

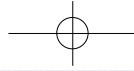
Aunque los recursos son limitados se propone que todas las acciones deben ser parte de un proceso de integración que se genere a partir de un plan para el fortalecimiento y desarrollo

de los pueblos y la protección del medio ambiente con la participación sistemática.

Esta integración debe ser no solamente entre los hombres y mujeres, adultos, jóvenes y niños de las comunidades indígenas, sino entre las autoridades nacionales, las autoridades municipales y las autoridades tradicionales, de tal manera que los esfuerzos de la cooperación internacional y de otras instituciones puedan ser coordinados y encaminados a las prioridades de la comunidad.

Estas alianzas deben ampliarse hacia otros países del continente y del mundo, generando intercambio de experiencias en el resguardo y protección de los recursos naturales y del conocimiento ancestral, como parte de la visión holística de salud que tienen los pueblos indígenas. Solamente juntos y a partir de los principios comunitarios se podrá combatir la malaria y otras enfermedades. En este sentido, la participación de la comunidad organizada se vislumbra como un pilar para el desarrollo.

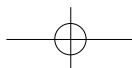




Sesiones temáticas

A continuación se resumen las presentaciones relacionadas con los avances del modelo de control integral del vector de la malaria sin el uso de DDT, la situación de las poblaciones indígenas, las experiencias locales de abordaje de la malaria y uso de instrumentos metodológicos.





Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT

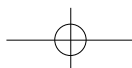
Ing. Emilio Ramírez Pinto, Coordinador Regional, Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS

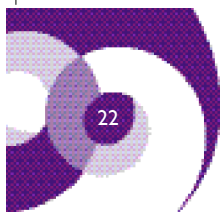
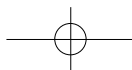
El Programa comprende tres componentes:

Proyectos de demostración

Basados en el modelo de control integral del vector de la malaria, conjugando la epidemiología con las ciencias sociales, la entomología y la salud pública, con la activa participación de los sectores salud, medio ambiente, agricultura y otros, según la iniciativa "Hacer Retroceder la Malaria" de la OMS y la exitosa experiencia mexicana, los proyectos de demostración aplican una combinación de varias intervenciones dirigidas al vector y al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos. Privilegian el

control físico con medidas focalizadas de saneamiento del medio, casa limpia, patio limpio, barriada limpia, encalamiento de viviendas y métodos de control biológico con peces larvíboros, árboles repelentes, utilización de larvicidas biológicos y otros métodos de control amigables al medio ambiente. Un importante enfoque es el reforzamiento de la equidad social, dado por la mayor cobertura de las intervenciones en comunidades rurales indígenas tradicionalmente excluidas y con poca atención en salud. Más del 80% de la población de las áreas seleccionadas en los proyectos de demostración tienen población indígena sien-





do la mayormente afectada por la malaria, por lo que se han orientado recursos para que las nuevas modalidades de control vectorial se desarrollen con amplia participación de los líderes y organizaciones autóctonas y para que se adapten a las características culturales de cada población.

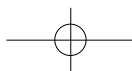
Fortalecimiento de la capacidad institucional de los países para controlar la malaria sin DDT.

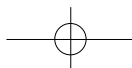
Con este resultado se espera desarrollar las capacidades nacionales en materia de evaluación de riesgo de malaria, infraestructura de laboratorio analítico, participación comunitaria y capacitación en aspectos relacionados con el control de la malaria y el manejo de los plaguicidas.

Eliminación de remanentes de DDT y otros COPs.

Dando cumplimiento a los convenios de Basilea, Róterdam y Estocolmo, se dará disposición final adecuada a las 136.7 toneladas de DDT y 64.5 toneladas de otros COPs (Toxafeno, Clordano, HCB, Aldrin, Dieldrina y Mirex) encontrados en los ocho países, mal almacenadas y con alto riesgo de contaminación humana y ambiental.

Los proyectos de demostración privilegian el control físico con medidas focalizadas de saneamiento del medio, casa limpia, patio limpio, barriada limpia, enclavamiento de viviendas y métodos de control biológico con peces larvívoros, árboles repelentes, utilización de larvicidas biológicos y otros métodos de control amigables al medio ambiente.





Población y Pueblos Indígenas de las Américas

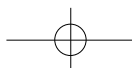
Dra. Rocío Rojas Almeida, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas
THS – OPS/OMS.

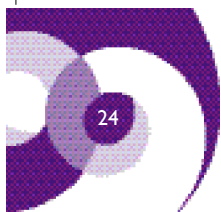
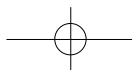
En la Región de las Américas la diversidad cultural es innegable y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 a 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos indígenas diferentes (OPS, 2002). En México y América Central, zona de ejecución del proyecto, aproximadamente 15% de la población es indígena (Tabla 1) y llega a 100% en varias de las comunidades que participan en las experiencias demostrativas.

Tabla 1: Población y pueblos indígenas en México y América Central (población expresada en miles de habitantes)

País	Población Nacional	Población Indígena	%	Pueblos
Guatemala	11.678	5.004	42.85	23
Belice	230	44	19	2
Honduras	6,147	922	15	7
México	105.000	12.400	12	62
El Salvador	6,032	422	12	3
Panamá	2,800	232	8	7
Nicaragua	4,807	240	6	6
Costa Rica	3.810	64	1.7	8
Total	140.504	19.328	14	118

Fuentes: IPES, 1999; Jordán Pando, 1990: III-FAO; e Instituto Indigenista Interamericano, América Indígena, vol. LIII, No.4, October - December, 1993, IDB, 2002, OPS, 2004.



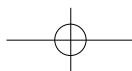


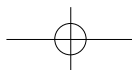
A pesar del progreso experimentado en la Región de las Américas en la reducción de la carga de morbilidad y muerte, la disparidad en los indicadores de salud entre los pueblos indígenas y otras poblaciones vulnerables, es alarmante. En el caso de la malaria, por ejemplo, para el período 2001 – 2003, en Panamá, las Regiones de Salud Ngobe Buglé, Kuna Yala y Bocas del Toro, zonas de asentamiento de los pueblos indígenas de Panamá, contribuyeron con el 72.8% de los casos del total del país (MINSA, 2003). En Guatemala, la malaria consta entre las 10 primeras causas de morbilidad entre la población indígena con una incidencia de $84.7 \times 10,000$ habitantes (OPS, 2004). En Nicaragua, más del 90% de casos de malaria por *plasmodium falciparum* se concentran en 24 municipios con población indígena (OPS, 2004). En Honduras, las Regiones 6,7 y 8, zonas de asentamiento de los pueblos Miskito, Pech, Tawahca y Tolupán, acumulan el 64% de los casos de malaria de todo el país (OPS, 2004).

En el marco de los esfuerzos que desarrollan los países y pueblos de las Américas para alcanzar la equidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha implementado acciones sistemáticas en materia de salud indígena en cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R18. La Cooperación Técnica de la OPS y las acciones de los Países Miembros se basan en los principios del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, los cuales exigen la participación permanente de los propios pueblos indígenas y el reconocimiento y respeto de su sabiduría ancestral².

En el combate de la malaria, oportuno es avanzar en las acciones para incorporar perspectivas que se fundamentan en el rescate y fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas saludables de la población autóctona ante la malaria. En este sentido, el enfoque intercultural de la salud desarrollado en el

2 | Principios del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas aprobados en 1993 por los 34 Países Miembros de la OPS en la Resolución CD37.R5 y ratificados en 1997 a través de la Resolución CD40.R6. 1) Abordaje integral de la salud 2) Derecho a la participación sistemática 3) Reciprocidad en las relaciones 4) Autodeterminación de los pueblos indígenas 5) Respeto y revitalización de las culturas indígenas.





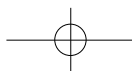
marco del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas se presenta como una opción que va en consonancia con el presente proyecto y que vendrá a favorecer la promoción y protección de la salud, la prevención de las enfermedades, la calidad y calidez de la atención y las relaciones recíprocas y respetuosas entre el sistema de salud oficial y el tradicional de las comunidades.

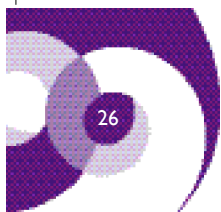
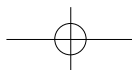


FOTO IZQUIERDA: Honorable. Ceferina Stell, Bisira, 2005
FOTO CENTRAL: Sr. Yonny Bonilla, Cacique Regional y Coordinador del Congreso Nögbe-Buglé. Bisira, 2005
FOTO DERECHA: Inspectores del Programa de Malaria con la Honorable Ceferina Stell, Bisira, 2005

Enfoque intercultural de la salud

La interculturalidad en salud se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y los aspectos biológicos, sociales y generacionales, relacionados estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual del cosmos.

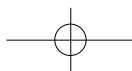
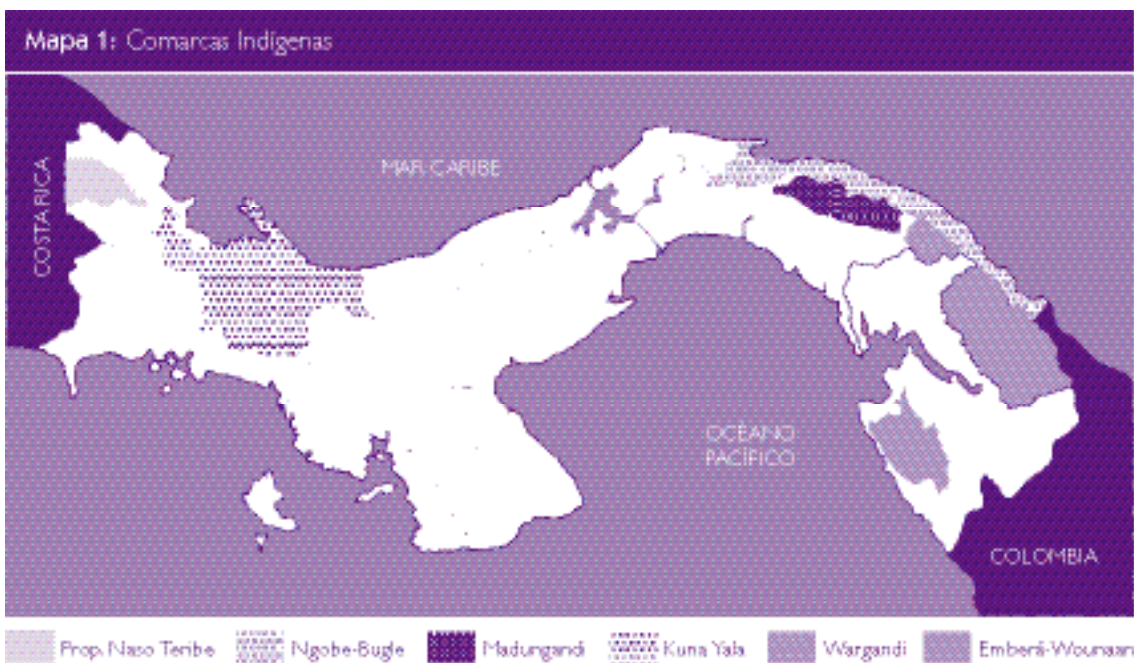


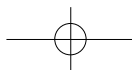


Población y Pueblos Indígenas de Panamá

De acuerdo a datos del X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del año 2000, 284,754 personas indígenas pertenecientes a 7 pueblos diferentes (Ngöbe, Bugle, Kuna

Emberá, Wounaan, Naso Teribe, Bri-Bri, conforman el 10% de la población panameña estimada en 2.839,177 de habitantes (mapa 1, cuadro 2 y cuadro 3).





Cuadro 2: Población y Pueblos Indígenas de Panamá, 2000

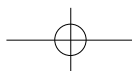
Pueblo	Población Censada	%
Ngöbe/Bugle	187,854	65.9
Kuna	61,707	21.7
Emberá/Wounaan	29,367	10.3
Naso Teribe	3,305	1.2
Bri-Bri	2,521	0.9
Total	284,754	100

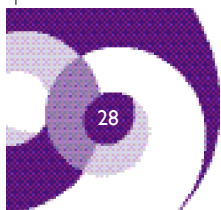
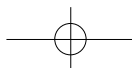
FUENTE: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Panamá 14 de mayo de 2000 en Proyecto para el Desarrollo de la Salud de los Pueblos Indígenas de Panamá, 2003

Cuadro 3: Localización de los Pueblos Indígenas

Pueblo	Localización - Provincia
Ngöbe / Bugle	Comarca Ngöbe/Bugle, Bocas del Toro, Veraguas y Chiriquí. Ley 10 (7-03-97)
Kuna	Comarca de Kuna Yala, Ley No. 2 (16-02-38) Comarca de Madugandí, Ley 24 (12-01-96) Comarca de Wargandí, Ley 34 (25-07-2000) Provincia de Panamá (Distrito de Chimas y Chepo)
Emberá / Wounaan	Comarca Emberá/Wounaan (Distrito Sambú y Cémaco), Provincia de Darién. Ley No. 22 (8-11-83)
Naso Teribe	Bocas del Toro – río Changuinola y Sixaola
Bri-Bri	Frontera entre Panamá y Costa Rica

FUENTE: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Panamá 14 de mayo de 2000 en Proyecto para el Desarrollo de la Salud de los Pueblos Indígenas de Panamá, 2003





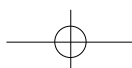
Los pueblos indígenas claramente definidos histórica, étnica, geográfica, jurídica y administrativamente, en Panamá configuran su extremo más crítico de exclusión social. De hecho, el cuartil de muy bajo desarrollo humano (Índice de Desarrollo Humano de Panamá 2002: 0.383 _que refleja seis dimensiones: educación, longevidad, ingreso, condiciones de empleo, de vivienda y nivel de vida) lo constituye la población de las comarcas Ngöbe Buglé, Emberá Wounaan y Kuna Yala. En contraste, el cuartil de alto desarrollo humano (IDHP: 0.755) tiene las provincias de Los Santos, Colón y Panamá, de muy baja presencia indígena, como se presenta en el cuadro #4 (Mujica, O. 2005).

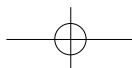
Cuadro 4: Índice de Desarrollo Humano en Panamá

Cuartile de Desarrollo Humano, 2002	Provincia	Panamá IDH
Más bajo pIDH=0.383	Nögbe Buglé	0.363
	Emberá Wounaan	0.392
	Kuna Yala	0.448
Bajo pIDH=0.594	Darién	0.504
	Veraguas	0.600
	Bocas del Toro	0.619
Alto pIDH=0.679	Coclé	0.650
	Herrera	0.690
	Chiriquí	0.692
Muy alto pIDH=0.755	Los Santos	0.710
	Colón	0.715
	Panamá	0.764

FUENTE: Mujica, O. 2004

El Proyecto de Demostración de Panamá está en una zona habitada por 55,000 habitantes aproximadamente, localizados en zonas de mayor carga malárica en el país: Bocas del Toro, Kankintú, Kusapín y Guabito, comunidades ubicadas en la Comarca Nögbe-Buglé, territorio correspondiente a las tierras bajas costeras y pantanosas del Caribe de clima tropical lluvioso.





La Comarca Nögbe-Buglé de Panamá

Se denomina Comarca a un territorio geográficamente delimitado con una población y una autonomía política y administrativa, cuyo objetivo fundamental es la preservación ecológica, las costumbres, tradiciones y valores culturales de determinado pueblo indígena allí establecido.

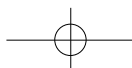
La Comarca Nögbe Buglé fue creada mediante la Ley 10 del 7 de marzo de 1997, está concebida en la categoría de provincia bajo un régimen especial y es producto de la integración de tres regiones en las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas con un total de 7 distritos y 57 corregimientos. En la actualidad estas tres regiones se denominan: a) Ño Kribo en la región de Bocas del Toro, formada por los distritos de Kusapín y Kankintú; b) Neduni en Chiriquí y Podrí en Veraguas. La Comarca cuenta con una extensión territorial de 6,673.3 km² y se encuentra localizada en la

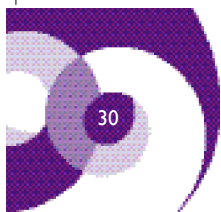
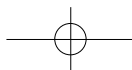
región nororiental de la República de Panamá, limita al norte con el Mar Caribe, al Sur con las provincias de Chiriquí y Veraguas, al Este con Veraguas y al Oeste con las Provincias de Bocas del Toro y Chiriquí (Diagnóstico preliminar de línea basal de la malaria en las áreas seleccionadas de Guabito, Kusapín y Kankintú, Panamá, 2005).



La Comarca Nögbe Buglé cuenta con una población total de 110.080 habitantes y una densidad población de 26.5 hab/km². En esta comarca se encuentran ubicadas dos de las tres áreas demostrativas del proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS.

FOTO: Lic. Carlos Victoria, Programa Nacional de Malaria; Dr. Washington Lum, Programa Nacional de Epidemiología; Sr. Samuel Binns, Programa de Malaria del Ministerio de Salud; Lic. Lorenzo Cáceres, Coordinador Nacional del Proyecto OPS-GEF-DDT



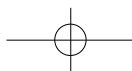


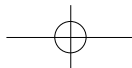
Entre las cinco primeras causas de defunciones registradas se mencionan: la tuberculosis con o sin complicaciones, las enfermedades respiratorias, la desnutrición, el síndrome diarreico y la leucemia. Entre las cinco primeras causas de morbilidad están: las enfermedades respiratorias, el síndrome diarreico, la desnutrición, la parasitosis intestinal, la malaria y la tuberculosis.

El cuadro #5 muestra algunos datos que ilustran las condiciones de vida y salud en la Comarca Nögbé Buglé.

Cuadro 5: Condiciones de vida y salud en la Comarca Nögbé Buglé		
Categoría	Comarca	Ámbito nacional
Analfabetismo	45.9%	7.6%
Ingreso mensual	\$519.0	\$2,850
Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	25.2	14.4
Muerte materna por 1.000 nacidos vivos	2.3	0.7
Mortalidad Post-neonatal por 100.000 nacidos vivos	18.6	6.4

FUENTE: Diagnóstico preliminar de línea basal de la malaria en las áreas seleccionadas de Guabito, Kusapín y Kankintú, Panamá, 2005. Quan A. Salud de los Pueblos Indígenas de Panamá. OPS/OMS, 2005





La Comunidad de Bisira

La Comunidad de Bisira está localizada en el Distrito de Kankintú y tiene una extensión territorial de 203.6 km², un total de 2,003 habitantes, 967 son hombres y 1,036 son mujeres y una densidad poblacional de 9.8 hab/km². El total de la población cuenta con 51 desocupados, 38.4% no son económicamente activos y el 29% de la población es analfabeta.

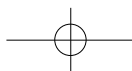
En Bisira existe un total de 273 viviendas, 48 de las cuales tienen piso de tierra, 242 carecen de agua potable, 246 no tienen servicio sanitario, 270 sin luz eléctrica, 252 cocinan con leña, 257 no tienen televisión, 126 carecen de radio y ninguna tiene servicio telefónico.

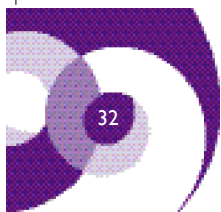
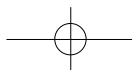
La malaria

Lic. Lorenzo Cáceres, Coordinador Nacional Proyecto DDT/GEF/OPS, OPS/OMS - Panamá

La malaria o paludismo, es una enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos. Por su gran impacto en la salud pública, es uno de los grandes obstáculos para el desarrollo social y económico de muchas regiones del mundo. En la actualidad la malaria afecta a más de 2,400 millones de personas, alrededor de un 40% de la población mundial, y cada año causa como mínimo un millón de muertes, en su mayoría, en los países más pobres del mundo. Se calcula que cada año, padecen la enfermedad entre 300 a 500 millones de personas.

En la actualidad la malaria afecta a más de 2,400 millones de personas, alrededor de un 40% de la población mundial, y cada año causa como mínimo un millón de muertes, en su mayoría, en los países más pobres del mundo.





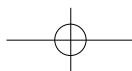
Entre los grupos de alto riesgo figuran los niños, mujeres embarazadas, viajeros, refugiados, personas desplazadas, poblaciones indígenas y jornaleros que van a trabajar a zonas endémicas.

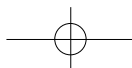
Entre los aspectos que se citan para explicar la gravedad del problema de la malaria se resaltan los siguientes: el crecimiento poblacional sin precedente, la urbanización no controlada ni planificada, el aumento de la pobreza y el inadecuado ordenamiento ambiental son macrofactores que están actuando con mucha fuerza sobre las enfermedades vectoriales. Su dimensión rebasa las fronteras del sector salud, por lo tanto, para limitar los daños de la enfermedad, son necesarios los esfuerzos integrados de todos los sectores: público, privado y comunitario.

El siguiente cuadro muestra las Estrategias Globales aplicadas y vigentes en el combate de la malaria.

Estrategias Globales en el Combate de la Malaria

- 1955:** Programa Erradicación Global de la Malaria
- 1992:** Estrategia Global Control Malaria; cambio del enfoque de erradicación a control.
- 1998:** Roll Back Malaria (RBM); reducir en 50% la carga de enfermedad para el año 2010.
- 2000:** Países Miembros OPS adoptan la Resolución de Roll Back Malaria.
- 2000:** Metas del Milenio: "... frenar y comenzar revertir diseminación de la malaria, el VIH / SIDA y la tuberculosis.



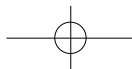


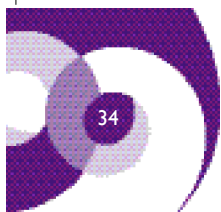
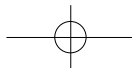
La malaria entre los pueblos indígenas de Panamá

La malaria en Panamá, al igual que en la mayoría de los países, está distribuida en áreas rurales, pobres e indígenas como es el caso de la Comarca Nögbé Buglé que registró el 52.7% de los casos de malaria diagnosticados en e 2003. En el 2004 se registraron un total de 1,544 casos de malaria, 829 casos menos en comparación a lo registrado en el 2003. El aumento abrupto de casos de malaria, sugiere la existencia de variables de riesgo de transmisión y de control. Las localidades de Kusapín y Bahía Azul son las que registran más casos de malaria, luego la de Río Chiriquí (295 casos) y Santa Catalina (256 casos). Estas son localidades de difícil acceso debido a que están en la costa caribeña. En Kankintú, las localidades de Kankintú, Guaribiara y Bisira son los sitios donde se ha registrado más casos de malaria en los últimos años. El An. Albimanus es considerado como el principal transmisor de la malaria en Panamá y en Centroamérica.

Factores propios del programa de malaria han repercutido en el aumento de los casos: a) falta de medicamentos, insecticidas, supervisión y

observancia de las medidas técnicas y operativas de intervención; b) factores administrativos asociados a la falta de presupuesto oportuno para atender las compras de insumos y la logística técnica y operativa de las intervenciones de prevención y control de la malaria y c) la aplicación de intervenciones ajenas a la cultura y cosmovisión de la población indígena afectada por la malaria.





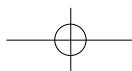
Ambiente y Salud

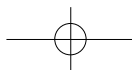
Ing. Atala Milord, Calidad del Agua, Ministerio de Salud, Panamá

El medio ambiente es todo lo que rodea a los seres vivos, ya sea natural o construido. Lo natural tiene que ver con el agua, suelo, aire y todos los elementos que lo conforman. Lo construido incluye la infraestructura, carreteras, edificios, viviendas y todo lo que en el contexto natural es modificado por el hombre.

La salud, entendida como el bienestar de la persona en un ambiente sano ha sido uno de los objetivos fundamentales de las culturas. Sin embargo, no es difícil asociar las actuales condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas con la destrucción gradual del ecosistema por la sobre-explotación de recursos naturales y minerales, la presencia de desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por el avance de las fronteras de desarrollo, la presencia de olas sucesivas de colonos y la colonización indiscriminada.

En esta dinámica se distinguen diferentes amenazas ambientales que pueden dividirse en peligros tradicionales, ligados a la ausencia de desarrollo, y peligros modernos dependiente de un desarrollo insostenible. Por lo general, los peligros ambientales tradicionales suelen manifestarse con rapidez y en forma de enfermedades, los peligros modernos requieren de largo período de tiempo antes de manifestar sus efectos en la salud. El siguiente cuadro muestra ejemplos de estas amenazas.





Amenazas Ambientales

Peligros tradicionales

Falta de acceso al agua potable.

Saneamiento básico insuficiente en las comunidades

Contaminación de los alimentos por organismos patógenos

Contaminación de aires de interiores por uso de carbón o combustibles de biomasa, para cocinar.

Mala disposición de residuos sólidos o basura.

Riesgo de accidentes en la agricultura

Catástrofes Naturales como inundaciones, sequías.

Enfermedades transmitidas por vectores como por ejemplo de Insectos y roedores.

Peligros modernos

Cambio climático por agotamiento de la capa de ozono.

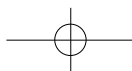
Riesgos químicos y por radiación.

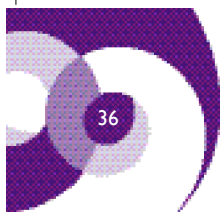
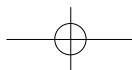
Contaminación del agua por aumento de la población, la industria, y la agricultura intensiva.

Contaminación de aire Urbano por las emisiones de los motores de vehículos.

Riesgos de enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes

La combinación de estos factores ambientales, ligados a condiciones socioeconómicas graves, ha determinado que la malaria y otras enfermedades se presenten en las formas más graves entre las comunidades indígenas de Panamá y otros países de las Américas. Será necesario un análisis de estas realidades para comprender el verdadero impacto que los factores ambientales tienen en la salud y en la presencia de enfermedad en estas poblaciones.





Vigilancia Epidemiológica

Dr. Carlos Flores, Epidemiólogo Regional, y Punto Focal del Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS

En general, pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género. De ahí que, es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas. Es en este contexto que el rol de la epidemiología y de la vigilancia epidemiológica cobra relevancia.

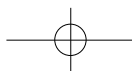
La Epidemiología es el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes de los problemas de salud y enfermedades en las poblaciones humanas. Su propósito es obtener, interpretar y aplicar información en salud para promover la salud y abatir la enfermedad.

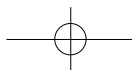
La Epidemiología es el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes de los problemas de salud y enfermedades en las poblaciones humanas. Su propósito es obtener, interpretar y aplicar información en salud para promover la salud y abatir la enfermedad.

La Vigilancia Epidemiológica es un proceso sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos sobre salud y enfermedad, que nos permite conocer su comportamiento, y en algunas ocasiones las causas y determinantes de las enfermedades, con el objetivo primordial de realizar las medidas de prevención y control pertinentes.

La aplicación adecuada de estos conceptos dependerá de la definición operativa que nos planteemos en cuanto al nexo salud – enfermedad.

La salud es entendida como el estado de equilibrio entre la persona y su entorno (biológico, físico y social) que le permite desarrollar sus potencialidades individuales y sociales y la enfermedad como la condición que impide al ser humano





ejercer sus actividades y funciones individuales y sociales. Para comprender las diferentes dimensiones que el concepto tiene en su aplicación entre los pueblos indígenas, estas definiciones deberán ser contextualizadas a partir de su cosmovisión específica.

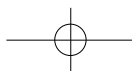
La respuesta a las siguientes preguntas claves será fundamental para resolver los problemas de salud:

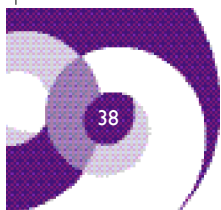
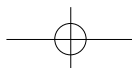
1. ¿Cuál es el problema de salud o enfermedad? y ¿cuáles son sus manifestaciones y características?
2. ¿Quién es el/la afectado/a? en términos de su edad, sexo, clase social, grupo étnico, ocupación, antecedentes hereditarios y hábitos personales.
4. ¿Dónde se presenta el problema? respecto al lugar de residencia, distribución geográfica y lugar de exposición.
5. ¿Cuándo ocurre el problema de salud? en cuanto a días, meses, estaciones del año o años.
6. ¿Cómo ocurre el problema de salud, enfermedad o condición? Y ¿cuál es su asociación con factores específicos, agentes, vectores, fuentes de infección, grupos susceptibles y otros factores

contribuyentes?

7. ¿Por qué ocurre el problema? ¿cuáles son las razones de su persistencia u existencia?
8. ¿Qué intervenciones se han ejecutado como consecuencia de la información obtenida? Y ¿cuál es su efectividad? ¿se ha obtenido algún mejoramiento en el nivel de salud?

Las fases de la vigilancia epidemiológica incluye: a) producción del dato, b) registro del dato, c) notificación del dato (rutinaria, inmediata), d) procesamiento y consolidación del dato, e) análisis e interpretación del dato, f) divulgación de la información y recomendaciones, g) control de la situación en estudio o investigación, h) monitoreo, evaluación y asesoría en el cumplimiento de las acciones.





El Sistema de Información de la Vigilancia Epidemiológica debe tener las siguientes características:

- **Validez:** Debe reflejar la situación real.
- **Oportunidad:** Para que sea útil la información debe estar disponible en el momento de los hechos.
- **Integridad:** Contener las variables necesarias para que cumpla con la toma de decisiones.
- **Comparabilidad:** Pasada, actual y futura.

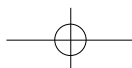
Entre los datos necesarios que deberán estar disponibles para un análisis adecuado de la situación de la población se mencionan: población según sexo, edad, estado civil, ocupación, pertenencia étnica, número de nacimientos, número de muertes según edades y causa, enfermedades más frecuentes en niños, mujeres y adultos y otras, por ejemplo en el estudio del patrón de comportamiento de la malaria será necesario conocer los hábitos migratorios de la población afectada por la enfermedad.

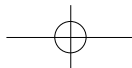
En el caso específico de la vigilancia epidemiológica de la malaria, será necesario preguntarse ¿y cómo está ahora la comunidad, después de lo que se ha hecho?, número de casas con criaderos al inicio y al final de las jornadas, criaderos antes y criaderos después, cuadras limpias vs total de cuadras, casos de malaria antes y ahora, población afectada (hombres, mujeres, niños/as, jóvenes, adultos, adultos mayores, pertenencia étnica) antes y ahora, larvas antes y después de las acciones, otros factores que han incidido en el éxito o en el fracaso de las intervenciones.

Es decir, en el mejoramiento del abordaje de la malaria en zonas con población indígena se plantea, además, la generación y análisis de la información a partir de la investigación operativa realizada a través de mecanismos de retroalimentación que prioricen el punto de vista de la comunidad y donde la investigación recobre su papel de crítica continua de las prácticas habituales, confrontando las mismas con los resultados concretos que se logran sobre el problema que se trata de abordar.

Estrategias de Vigilancia Epidemiológica

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de notificación obligatoria • Búsqueda activa de casos • Sitios o puestos centinelas • Vigilancia de mortalidad | <ul style="list-style-type: none"> • Redes de laboratorio • Bancos de sangre • Encuestas epidemiológicas • Encuestas serológicas • Vigilancia ambiental • Registros especiales |
|--|--|





El nuevo rol los agentes comunitarios en la investigación operativa para el control de la malaria

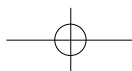
Lic. Carlos Victoria, Programa Nacional de Malaria y Punto Focal,
Ministerio de Salud de Panamá

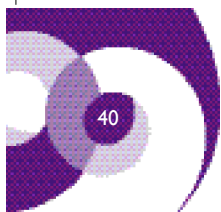
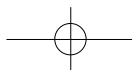
En la ejecución de los proyectos de demostración para el control de la malaria sin el uso de DDT juegan un rol importante los agentes voluntarios de las comunidades, pues constituyen el interlocutor primordial entre los técnicos y la misma comunidad, principalmente para los procesos de investigación operativa.

En México al agente comunitario se le conoce como notificantes de malaria y en Centro América como colaboradores voluntarios de malaria, muy comúnmente conocidos como "ColVol" siendo ellos/as el referente a donde acude la población para la toma de gota gruesa, diagnóstico y tratamiento oportuno del caso, con lo cual contribuyen sustantivamente a la vigilancia epidemiológica de la malaria con base comunitaria.

La investigación comunitaria es un proceso social interactivo entre líderes, grupos comunitarios, expertos y conocedores del contexto a investigar. Requiere de técnicas de planificación y abordaje comunitario para la recolección, procesamiento y análisis de la información. En general se pueden mencionar dos técnicas sencillas para la recolección de información sobre cualquier tema: diagnóstico participativo y autodiagnóstico comunitario.

El diagnóstico participativo tiene la ventaja de que la información recolectada goza del aval de la gente beneficiada, sin embargo la desventaja es que no se devuelven los resultados a las comunidades porque quedan depositados en personas particulares o instituciones que apoyan el proceso.





Se recomienda utilizar el método de autodiagnóstico, facilitado por conocedores de técnicas participativas y realizado por la misma comunidad. Tiene la ventaja que todo el proceso está en manos de la comunidad y los resultados de los análisis automáticamente son apropiados por las personas vinculadas, porque el solo ejercicio de identificar prioridades y objetivos, colecta de datos, sistematización de información y otras actividades asociadas, genera reflexión y acción participativa. Entre los obstáculos más comunes se cita la falta de práctica de la comunidad y la arraigada dependencia a la facilitación externa.

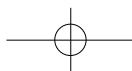
La información analizada puede ser cuantitativa y cualitativa. La cuantitativa insiste en los números y tiene como fuentes los censos (cuenta personas, domicilios, ingresos económicos, número de niños) y estadísticas locales o nacionales. La cualitativa en cambio insiste en el contexto de los números y la información se obtiene con entrevistas (personas o grupos seleccionados), reuniones con grupos focales, testimonios, observación empírica, historias, anécdotas y otras modalidades muy creativas.

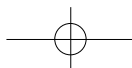
En este contexto, el rol del agente comunitario es facilitar el proceso de la investigación, reunir a la comunidad para informar el motivo del estudio y apoyar en la definición de los objetivos específicos. Particularmente con el problema de la malaria, deberá apoyar a las familias para conocer más sobre el vector, identificar prácticas comunitarias de vigilancia y control de la malaria, analizar causas y seleccionar las soluciones más efectivas con la participación de la comunidad.

En la ejecución de los proyectos de demostración para el control de la malaria sin el uso de DDT juegan un rol importante los agentes voluntarios de las comunidades, pues constituyen el interlocutor primordial entre los técnicos y la misma comunidad, principalmente para los procesos de investigación operativa.

En resumen el agente comunitario facilita el proceso de investigación, desde la planificación, ejecución, análisis y hasta la toma de decisiones participativas para introducir los cambios deseados.

La información sistematizada fortalece el liderazgo del agente comunitario pues le permite conocer mejor la situación en la comunidad,





identificar y adaptar soluciones, tomar decisiones, movilizar recursos y principalmente proponer políticas locales con evidencia en las necesidades reales de los pueblos y comunidades que representa.

La experiencia del proyecto DDT/GEF ha observado transformación cualitativa en el rol de los agentes comunitarios de malaria. A partir de su vinculación con las investigaciones operativas se ha evidenciado una nueva actitud proactiva para entrar en contacto directo con la comunidad, realizar visitas domiciliarias, reuniones, eventos de capacitación y otras actividades de promoción sin descuidar la función sustantiva original de detección y tratamiento oportuno de los casos de malaria.

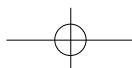
Los estudios operativos para introducir el nuevo modelo de control integral del vector de la malaria sin el uso de DDT han sido conducidos con mucho éxito por los líderes o agentes comunitarios, debido también al cambio de comportamiento de los técnicos de salud para la transferencia e intercambio de

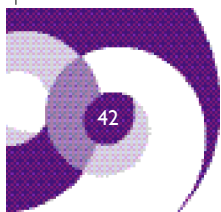
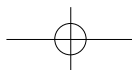
conocimientos. Los experimentados profesionales de los programas de malaria rápidamente revaloraron la importancia del nuevo rol de los agentes comunitaria e identificaron nuevas formas de entrenamiento comunitario. En las zonas del proyecto es muy común encontrar campesinos y líderes indígenas explicando los por menores del comportamiento de los casos de malaria, el comportamiento del vector anofelino, las estrategias de control y los mecanismos de movilización comunitaria.

La experiencia del proyecto DDT / GEF ha observado transformación cualitativa en el rol de los agentes comunitarios de malaria.

Masivamente otros líderes procedentes de diferentes sectores claves del contexto comunitario se están sumando a la vigilancia y control de la malaria, entre los que se destacan representantes indígenas, grupos religiosos, desmovilizados de guerra, patronatos, cooperativas,

gobiernos municipales, consejos de desarrollo y de diversas ONGs comunitarias, que si bien no se les asigna la responsabilidad de notificantes, son promotores importantes de las actividades de promoción, organización y movilización comunitaria para la prevención y atención de la malaria.



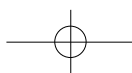


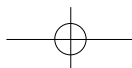
La medicina moderna y la medicina tradicional indígena en Panamá.

Dr. Enrique Donado, Promoción y Medicina Tradicional, Ministerio de Salud, Panamá.

La sabiduría ancestral de los pueblos indígenas está vigente y debe ser parte de las estrategias de mejoramiento del acceso y la calidad de la atención de la salud en zonas con población multicultural. El respeto e

interacción entre el conocimiento convencional y el conocimiento indígenas será posible, solamente, dentro de un proceso genuino de educación del personal de salud.





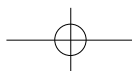
La sabiduría ancestral de los pueblos indígenas está vigente y debe ser parte de las estrategias de mejoramiento del acceso y la calidad de la atención de la salud en zonas con población multicultural.

La capacitación efectiva del personal de salud es esencial. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. No son raros los casos de

discriminación y maltrato a los pacientes de estos pueblos. Por ejemplo, los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por pertenencia étnica, grupo etáreo y sexo, en una comunidad o región determinadas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer, de acuerdo al perfil epidemiológico que los afecta, el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico, conocimientos básicos de entomología y, particularmente, el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos.

Desde esta perspectiva, el Ministerio de Salud de Panamá se ha comprometido a fortalecer el proceso de adaptación sociocultural con el fin de brindar una mejor calidad de atención de salud, mediante la siguiente propuesta de normativa nacional:

- Al menos el 50 % de personal sea bilingüe y originario de la región donde prestara los servicios.
- El personal médico y paramédico no indígena, debe recibir un adiestramiento y capacitación obligatoria sobre Medicina Tradicional e Interculturalidad adecuada, con especificidad sobre la cultura donde van a aplicar sus saberes.
- Adaptación de horarios y servicios de salud a los ritmos de la demanda de la población indígena.
- Médicos tradicionales y parteras indígenas, participen dentro de las actividades de las inhalaciones de salud, ubicados en las Comarcas o tierras colectivas indígenas.
- Implementar huertos de plantas medicinales en las instalaciones de salud y personal de salud capacitado sobre su uso.
- Poder resolutivo de los indígenas en aspectos organizativos, administrativos y financieros de las instalaciones de salud, ubicadas en las zonas comarcales.

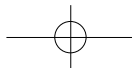




Acceso y calidad de la atención en las comunidades indígenas

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas marginales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. En Bisira, el acceso a la comunidad se realiza por agua o por aire con las consiguientes dificultades relacionadas con el estado del clima, según las diferentes épocas del año. Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas de la enfermedad y la búsqueda de la atención de salud.





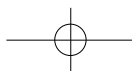
La accesibilidad de la población indígena Ngöbe Buglé a cada instalación de salud de referencia varía de acuerdo a la ubicación de los siete Distritos de la Comarca y a la época del año. En general, todas las áreas necesitan un vehículo de doble tracción y en la época lluviosa el acceso se complica por lo accidentado del terreno. Los Distritos de Kankintú y Kusapín son áreas accesibles por vía fluvial de difícil acceso y se requiere de motores fuera de borda para viajar a través del Río Kricamola y la Laguna de Chiriquí para llegar a las instalaciones de salud.

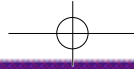
La red de servicios de salud en la zona está constituida por 91 instalaciones, divididas de la siguiente forma: 9 Centros de Salud, 2 Sub Centros de Salud y 81 Puestos de Salud. Los hospitales de referencia son: En la Región de Chiriquí: el Hospital General del Oriente Chiricano, ubicado en el distrito de San Félix, el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, el Hospital Regional Rafael Hernández de la Caja de Seguro Social. En la Región de Bocas del Toro: El Hospital Regional de Bocas del Toro. En la Región de Veraguas: El Hospital Luis Fábrega.

Esta situación se repite en otras comunidades indígenas de la Región, en Costa Rica, por ejemplo, la mayoría de las comunidades Indígenas de Talamanca deben atravesar 30 Km para llegar a la clínica lo que ha dado como consecuencia cifras de mortalidad infantil del 7% en relación al 1% en el sector del valle y la complicación de casos por las dificultades en el acceso. Además se indica que el trato del personal de salud no indígena tiene deficiencias.

Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas de la enfermedad y la búsqueda de la atención de salud.

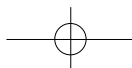
Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta, en propuestas innovadoras, las diferencias de las culturas en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social,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





Avances en los países participantes





Belice, Costa Rica, Guatemala

En Belice, en el año 2004 se reportaron 1,057 casos de malaria, 99% por *P. Vivax*. La mayoría de estos casos provenían de los Distritos del Oeste y del Sur. Los principales vectores son *A. albimanus*, *A. darlingi* y *A. vestitipennis*.

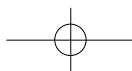
Los sitios demostrativos del proyecto corresponden a 18 comunidades localizadas en los distritos de Cayo, Stann Creek y Toledo, que representan el 9% de la población (22,554) pero con la mayor carga de casos de malaria del país. La pobreza, el analfabetismo y la migración especialmente de Guatemala, el Salvador y Honduras, caracterizan a las comunidades del Distrito de Toledo zona de localización del pueblo Maya y a los Distritos de Cayo y Stann Creek, área de población mestiza. El español, maya e inglés son los idiomas presentes en el Distrito de Toledo (Fuente: Castillo, N. Presentación en Power Point).

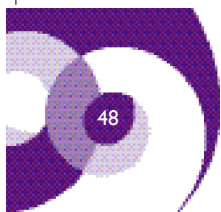
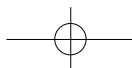
Si bien, el proyecto ha sido socializado en las comunidades indígenas demostrativas y se ha iniciado un proceso de capacitación, requiere

mayor participación comunitaria indígenas en las acciones del proyecto. Los líderes indígenas participantes en el evento solicitaron conocer los mecanismos de entrega de cooperación técnica por parte de la OPS y la forma en la cual la comunidad puede tener acceso a esta cooperación técnica.

En Costa Rica, los sitios demostrativos del proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS se encuentran localizados en el cantón Talamanca conformado por los distritos de Bratsi, Sixaola y Cahuita; es el cantón 4° de la Provincia de Limón. Talamanca engloba a los territorios indígenas más extensos y más poblados del país, los cuales cuentan con un régimen administrativo autónomo, sustentado por leyes y convenios internacionales.

Por diversas circunstancias históricas, geográficas y demográficas, entre otras, Talamanca ha tenido poca participación en el proceso de desarrollo del país, lo cual ha determinado que en la actualidad exista un retraso en su des-





arrollo comparado con respecto a otras áreas rurales o urbanas costarricenses. Tres sectores de población en la alta Talamanca se encuentran prácticamente excluidos de todos los servicios del estado, incluyendo los servicios de salud: Alto Telire, San José Cabécar y Mojoncito- Orochico.

En Costa Rica existen reservas indígenas las cuales representan las etnias Bribri, Cabécar, Guaymí, Maleku, Terraba, Boruca y Chorotega, albergan una población cercana a 30 mil habitantes. La más importante por su extensión y población es la reserva Indígena Talamanca la cual fue declarada como tal en 1977 por medio de la Ley indígena 6162, con un territorio de 62.000 hectáreas (Línea Basal del Proyecto OPS-GEF-Costa Rica, OPS/OMS, 2005).

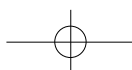
Se reportan avances en todos los componentes del proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS, con lo cual han reducido significativamente los casos de malaria en el Cantón de Talamanca, sin el uso de DDT ni otros insecticidas que sirve de ejemplo para otras zonas maláricas del

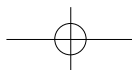
país. Los líderes indígenas presentes en el Foro insistieron en la necesidad de fortalecer la participación comunitaria y el fortalecimiento de la capacidad local. Además, luego de analizar los problemas que afectan a sus comunidades, recalcaron la importancia que tiene el fortalecimiento de las redes de servicios. La falta de acceso a la atención de salud oportuna ha sido uno de los factores para la mortalidad infantil en sus comunidades.

En Guatemala las Localidades demostrativas donde se implementa el proyecto están ubicadas en 3 de los Departamentos prioritarios del país (Alta Verapaz, El Quiché y El Petén) para el control de la Malaria, específicamente en 3 Municipios prioritarios:

Municipio de Chisec, Alta Verapaz :

- Localidad Las Ruinas: La población es mayoritariamente indígena de habla Q'ekchí como idioma materno, 25 % son bilingües en español-Q'eqchí y 75 % hablan solo Q'eqchí.





- Caserío Camposanto No. 1: La población es mayoritariamente indígena y su idioma materno es el Q'eqchí, únicamente el 5% de la población habla español.
- Aldea Sehix: 100% de la población es indígena y su idioma materno es Q'eqchí, 60.47% son alfabetos, de los cuales 25.45 son mujeres y el 35.01 son hombres.
- Localidad Las Pacayas: 90% indígena, hablan Queqchi y Castellano, 10% son monolingües en el idioma nativo
- Localidad La Montería: 93% indígena, hablan Queqchi y Castellano, 7% son monolingües en el idioma nativo

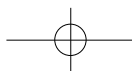
Municipio de Playa Grande, El Quiché

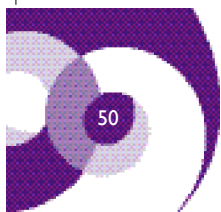
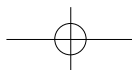
- Localidad Santo Tomás: 41,48% de población indígena del pueblo Maya, hablan el español, Q'eqchí, Mam, Achí y Q'anjobal
- Aldea Santa María Dolores: población perteneciente al pueblo Maya, hablan Queqchi, Uspanteco y Español. 45% de la población es bilingüe español-idioma nativo.

Municipio de Sayaxché, El Petén

- Localidad La Felicidad: 7% indígena, hablan español y Queqchi

Los líderes indígenas participantes en el evento reportaron avances en cada uno de los componentes del proyecto, haciendo énfasis en los métodos de control físico y biológico, muy amigables al medio ambiente y con alta participación comunitaria. Recomendaron capacitar a los líderes comunitarios, a los técnicos institucionales y estatales, coordinar con anticipación las actividades que se tienen previstas realizar, supervisar y monitorear las comunidades demostrativas periódicamente. Así mismo no utilizar promesas como argumento de motivación comunitaria porque se pierde credibilidad y utilizar el concepto de programa en sustitución de proyecto, debido que este último es considerado automáticamente como sinónimo de apoyo financiero.





La Experiencia de Bisira, Panamá

Dra. Débora Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de Bisira

La comunidad de Bisira, fue fundada en 1972 y como Corregimiento en 1999. En la actualidad cuenta con una población totalmente indígena perteneciente al pueblo Nögbe-Buglé de aproximadamente de 650 habitantes distribuidos en 241 viviendas. Las principales instalaciones de Bisira son el centro de salud, tres centros educativos (Instituto Profesional y Técnico, escuela primaria y Nocturna), el Corregimiento, cuatro iglesias, y un puesto de control de vectores.

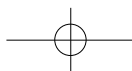
Las principales actividades económicas de la comunidad son la agricultura de subsistencia, la pesca, pequeños comercios de abarrotes, cooperativas de transporte, agrícola, desarrollo y artesanías.

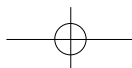
La participación de la población indígena en el control integral de la malaria inició en el 2004. Los pasos más importantes fue ganar la con-

fianza de la población indígena, sensibilizarla sobre el problema de la malaria y sobre las acciones comunitarias, lo que permitió unir diversos grupos comunitarios en un comité representativo en estrecha coordinación con el centro de salud.

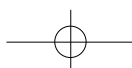
En este contexto el proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS facilitó información para conocer la relevancia de promover acciones conjuntas en el combate de la malaria y reconocer que el trabajo de la comunidad iba a tener repercusión no solamente en el ámbito local, sino nacional e internacional. Esto propició el respaldo de las autoridades municipales y tradicionales.

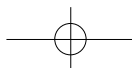
El siguiente cuadro resume el proceso seguido en la conformación de alianzas estratégicas para la movilización social y comunitaria, teniendo como punto de partida las organizaciones de base ya existentes.





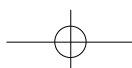
Participación Comunitaria en la aplicación del Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS en Bisira	
Organización Comunitaria como punto de partida: Alianzas estratégicas	
Actores e instancias	Valor agregado
Agentes o líderes comunitarios	Participación activa, beligerancia y credibilidad
Reconocimiento de las organizaciones existentes locales: Comité de agua, luz, salud, club de padres de familia, deportes, damas, junta local y comunal, cooperativas y un comité coordinador:	Difusión de información, beligerancia, participación activa, credibilidad, empoderamiento social del problema de la malaria. Todos son miembros activos del Comité de Malaria.
Reuniones con los grupos organizados y la comunidad.	Empoderamiento de la población, continuidad en las acciones, monitoreo y evaluación de los avances y logros, planificación. Conformación del Comité Pro-Prevención de la Malaria.
Visitas casa por casa	Divulgación de la información sobre Bisira como una comunidad demostrativa a nivel internacional, difusión del contenido del Código Sanitario para la eliminación de criaderos. Motivación y fomento del espíritu de competencia para hacer de Bisira una comunidad limpia, bella y libre de malaria. Organización de jornadas de limpieza por sectores, talleres, ferias de la salud, etc.
Visitas casa por casa	<p>Compromisos específicos</p> <p>Establecer un punto de vigilancia y control de la emigración interna y externa en los puntos más transitados de la región.</p> <p>Coordinar con el congreso, autoridades tradicionales y médicos tradicionales alianzas estratégicas para la prevención y control de la malaria para lo que requerían capacitación.</p> <p>Dar seguimiento y respaldo nacional al Programa DDT/PNUMA/GEF con base acuerdos firmados de cooperación, compromiso y responsabilidad como lo establece la Ley 10 y la Carta Orgánica de la Comarca.</p> <p>Que cualquier resultado novedoso o de interés social que pudiese arrojar el programa tenía que ajustarse a la Ley 20 del 26 de junio del 2000, a cerca de la propiedad intelectual y conocimiento indígena.</p>

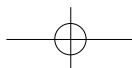




Las alianzas desarrolladas por el proyecto en el ámbito local, nacional y regional entre el Ministerio de Salud, autoridades locales, autoridades tradicionales, otros sectores y la cooperación internacional en su representatividad nacional y regional, han dado lugar al establecimiento de procesos de convergencia que han permitido la movilización de recursos y voluntades. Estos resultados merecen ser fortalecidos ya que se constituyen la base de la sostenibilidad del proyecto. El siguiente cuadro resume estos procesos.

Participación Comunitaria en la aplicación del Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS en Bisira	
Actores e instancias	Valor agregado
Autoridades Locales	
Corregidor	Emisión de un Resuelto que sanciona con multas y trabajos comunitarios a las personas que en la inspección de salud tienen criaderos y patios sucios
Representante del Corregimiento	Participación activa
Alcalde	Aval al Resuelto del Corregidor: Participación activa
Alianzas estratégicas con instancias nacionales y subnacionales	
OPS	Cooperación técnica. Apoyo financiero. Espacios de intercambio en el ámbito local, nacional e internacional. Proyección de la experiencia de Bisira a través de alianzas intrainstitucionales e interinstituciones. Por ejemplo entre las Representaciones de México y los países centroamericanos y con el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas en el primer caso y con el proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS en el segundo.
Ministerio de Salud	Las políticas del Ministerio de Salud priorizan la atención de la malaria y el proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS se inserta en estas prioridades. La coordinación en el ámbito nacional, subnacional y local, a través de Puntos Focales específicos del proyecto ha favorecido los procesos en Bisira. Se destaca la participación activa del Programa de Control de Vectores.



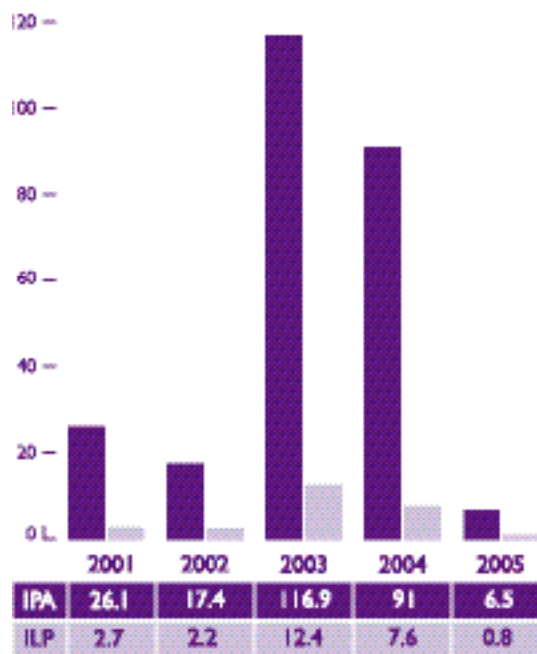


Resultados e Impacto

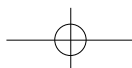
Los principales eventos organizados con la participación activa de la comunidad son las Jornadas de Saneamiento Antipalúdico, las Ferias de la Salud, la Feria de Pifá, a partir de una fiesta tradicional de la comunidad, y el I Foro sobre Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad para discutir sobre el abordaje de la malaria en zonas con población indígena, donde Bisira, sede del evento, se convirtió para Belice, Guatemala, Costa Rica y otras comunidades panameñas en modelo de demostración de alternativas amigables al medio ambiente para el control de la malaria, ya que el impacto de la intensa y creativa labor de promoción y sensibilización social, sin el uso de insecticidas, ha sido reducir de 179 casos de malaria registrados en el 2004 a 27 casos reportados en el 2005, de los cuales 8 casos corresponden a personas de otras localidades periféricas.

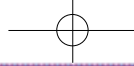
Gráfica 16

Incidencia parasitaria anual e índice de muestras positivas en la localidad demostrativa de Bisira, Ngöbe Buglé



Fuente: Binns S., 2005

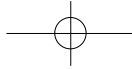




Metodología utilizada y validada en los Grupos de Trabajo

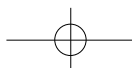
La metodología utilizada en los grupos de trabajo tuvo como objetivo facilitar la participación de una audiencia diversa, fue desarrollada a partir de experiencias anteriores en la visita a las comunidades del proyecto y validada en el Foro. A continuación se presentan las matrices validadas y en el Anexo 6 los resultados de los grupos de trabajo.

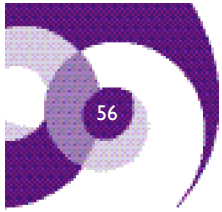
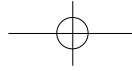




Matriz 1: Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas		
Problemas	Causas	Posibles soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?

Matriz 2: Recomendaciones para prevenir y controlar la malaria entre los pueblos indígenas			
A. Prevención primaria: protección de las personas sanas Información, educación, comunicación, promoción			
Sistema de salud convencional/Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros





Matriz 2: Recomendaciones para prevenir y controlar la malaria entre los pueblos indígenas

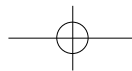
B. Prevención secundaria: protección de las personas en riesgo
Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno

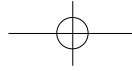
Sistema de salud convencional/Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros

Matriz 2: Recomendaciones para prevenir y controlar la malaria entre los pueblos indígenas

C. Prevención terciaria: protección de las personas enfermas
Curación, recuperación

Sistema de salud convencional/Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros





Matriz 3: Plan de acción

PAIS:

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				

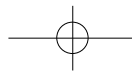
Recomendaciones para avanzar en el proyecto

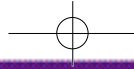
1.

2.

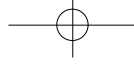
3.

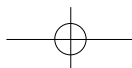
4.





Resultados



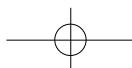


A continuación se puntualizan los resultados más relevantes del Foro:

1. Los cuatro países lograron intercambiar experiencias sobre el proceso de salud indígena aplicado al control de la malaria en el marco del proyecto DDT/GEF/OPS.
2. Autoridades de salud, nacional, regional y local de Panamá, reconocieron el éxito del modelo, la relevancia del enfoque intercultural en la aplicación del modelo en zonas con población indígena y se comprometieron extender paulatinamente a otras localidades, siempre bajo el entendimiento de rescatar primero la confianza de las poblaciones, unir esfuerzos y capacitar sobre la metodología del modelo.
3. Kusapín, Barranco Adentro y Bisira tuvieron la oportunidad compartir los procesos en marcha en las diferentes localidades participantes en el proyecto demostrativo.
4. Dos gobiernos municipales de Panamá, de Kankintú y de Kusapín, resolvieron y acordaron estar de acuerdo con el modelo de control integral de la malaria sin el uso de DDT, y extenderlo a otras localidades.
5. Además de constituirse en un espacio de discusión y reflexión, el Foro fue la oportunidad de validar contenidos, e instrumentos para facilitar el diagnóstico rápido de la situación de la salud de la comunidad, las potencialidades de los actores comunitarios y la planificación con los líderes indígenas.
6. El Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS se destacó con el aporte de cooperación técnica para que el foro lograra los resultados previstos.



FOTO: Lic. Carlos Victoria, Programa Nacional de Malaria; Dra. Deborah Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de Bisira, Dr. Carlos Flores, Epidemiólogo de Bocas del Toro, Dr. Hermes Bustamante, Director Regional de Bocas del Toro, Sra. Estela Jessi, Presidenta de la Directiva del Proyecto de Kankintú, Sr. Reynaldo Serrano, Presidente de la Directiva del Proyecto de Bisira. Bisira, 2005

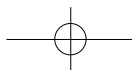




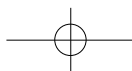
Principales Recomendaciones

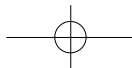
Las siguientes recomendaciones fueron señaladas por los participantes del Foro y guiarán el trabajo futuro del proyecto





1. Fortalecer la capacitación del equipo de Bisira y los otros equipos del proyecto de demostración de Panamá, haciendo énfasis en el modelo de control integral de la malaria, el método de estratificación y focalización, participación comunitaria y trabajo multisectorial, propuestos en el proyecto DDT-GEF-OPS.
2. Urgente e importante para el proyecto es estudiar y validar durante estas capacitaciones la guía técnica y otro material de estudio que se disponga, para aportar nuevos elementos para la segunda edición de la Guía al finalizar el proyecto.
3. A partir de la experiencia del equipo de Bisira y con su apoyo, extender paulatinamente el modelo a otras localidades y municipios periféricos.
4. Escribir y sistematizar la experiencia para ayudar en la difusión y visibilidad del proyecto a nivel nacional e internacional, enfatizando en la introducción del enfoque intercultural en la vigilancia y el control de la malaria y en la generación de insumos para el desarrollo de políticas de salud en favor de los pueblos indígenas afectados por la malaria.
5. Continuar incidiendo en las estructuras nacionales, subnacionales y locales para la apropiación futura del modelo y sostenibilidad.
6. Hacer sinergia con otros proyectos afines que actúan en poblaciones indígenas, ejemplo el de Calidad del Agua del Ministerio de Salud de Panamá.
7. Considerando la complejidad de la situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas de Panamá y otros países de la Región, fomentar espacios de concertación y reflexión en el ámbito internacional, nacional y local, encaminando estos esfuerzos a la conformación de alianzas estratégicas y redes de acción que faciliten el abordaje integral de la malaria en zonas con población indígena.
8. Promover la investigación operativa encaminada a la mejor comprensión del conocimiento ancestral y las estrategias y los recursos comunitarios indígenas de salud.

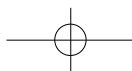


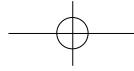


9. En el marco de los principios de la Atención Primaria de Salud, fomentar el fortalecimiento de los diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive de la red de servicios de salud, particularmente en lo que se refiere al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los casos de malaria.
10. Fomentar la generación de insumos que contribuyan al desarrollo de un sistema de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas localizados en zonas de malaria endémica.
11. Prever una fase de preparación con los países, proporcionándoles guías para sistematizar y presentar adecuadamente la información y la experiencia a compartir, antes de salir de sus países.
12. Asegurar los mecanismos de coordinación y comunicación para evitar extravíos de los participantes internacionales.
13. Ampliar el tiempo de debate de cada uno de los temas tratados.
14. Incluir invitación a los medios de comunicación nacional y local para difundir la experiencia y dar mayor visibilidad al proyecto OPS/ DDT/GEF.



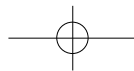
FOTO: Participantes del Foro Internacional. Bisira, 2005

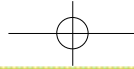




Hombres, mujeres, niños, niñas moradores de Bisira

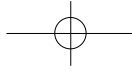
Comarca Nögbe-Buglé. Bisira, 2005



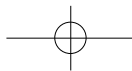


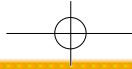
Referencias bibliográficas





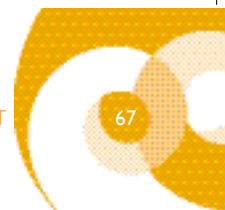
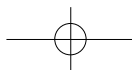
- Mujica, O. Exclusión social en las Américas. OPS/OMS, 2005
- Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico preliminar de línea basal de la malaria en las áreas seleccionadas de Guabito, Kusapín, y Kankintú, Panamá. OPS/OMS, 2005
- Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, 2005
- Organización Panamericana de la Salud, Nota de Prensa, OPS/OMS-Panamá
- Organización Panamericana de la Salud. Línea Basal Belice, Proyecto GEF-OPS. 2005
- Organización Panamericana de la Salud. Línea Basal Costa Rica, Proyecto GEF-OPS. 2005
- Organización Panamericana de la Salud. Línea Basal Guatemala, Proyecto GEF-OPS. 2005





Anexos





Agenda del Foro

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
Ministerio de Salud de Panamá

Programa Regional de Acción y Demostración de Opciones Sostenibles para el Control de
Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en América Central y México
Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas

Primer Foro Internacional sobre la Incorporación del enfoque intercultural de la salud en zonas con población indígena

Panamá, del 5 al 7 de diciembre de 2005

Propósito:

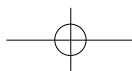
- A partir de un enfoque integral de la salud, identificar aspectos a tomar en cuenta para incorporar el enfoque intercultural de la salud en los proyectos de demostración de control de la malaria sin usar DDT u otras sustancias tóxicas en zonas con pueblos indígenas, con características replicables y sostenibles.
- Analizar las características de las prácticas, los servicios y los proveedores de salud en zonas con población indígena en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá y sus implicaciones en la vigilancia y control de la malaria.
- Recomendar estrategias y pasos a seguir en la aplicación del instrumento validado y en la organización de la información recopilada en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá.

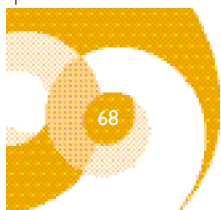
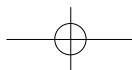
Objetivos:

- Analizar los determinantes y factores socio-culturales que contextualizan las acciones de prevención y control integral de la malaria, identificados y abordados, en las comunidades demostrativas del proyecto DDT/GEF que cuentan con pueblos indígenas.
- Socialización y sistematización de las experiencias en la atención de la salud de los pueblos indígenas en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá con énfasis en la vigilancia y control de la malaria.

Resultados Esperados

- Socialización y sistematización de las experiencias en la atención de la salud de los pueblos indígenas en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá con énfasis en la vigilancia y control de la malaria.





- Identificación de áreas potenciales de colaboración entre los países participantes del proyecto OPS-GEF.
- Identificación de estrategias y plan de acción para la aplicación del instrumento y organización de la información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en referencia a la vigilancia y control de la malaria en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá.

Crterios para la selección de participantes

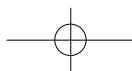
- Líderes indígenas y personal de salud de las zonas demostrativas del proyecto en Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá con experiencia en el trabajo con comunidades indígenas, particularmente en la vigilancia y control de la malaria.

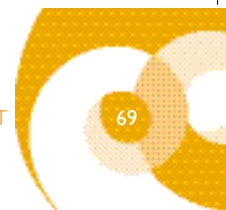
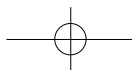
Instituciones participantes:

- Ministerio de Salud
- Organizaciones indígenas
- Instituciones académicas
- Agencias de cooperación internacional
- ONG

Metodología:

Ceremonias indígenas, conferencias, grupos de trabajo y sesiones plenarias. En los grupos de trabajo se identificaron a los relatores y moderadores y se usaron instrumentos previamente diseñados para facilitar la discusión y la sistematización de las ideas tratadas. A continuación se resumen los puntos tratados en las diferentes sesiones del Foro.

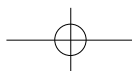


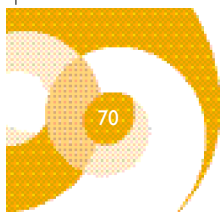
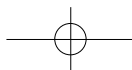


Agenda

Lunes 5 de diciembre

- 10:00 – 10:30** Ceremonia indígena de apertura
- 10:30 – 11:00** **Bienvenida a los participantes por parte de la Dirección Regional de Salud de Ngöbe-Buglé**
- Mesa directiva: Sr. Jonny Bonilla, Cacique Regional, Sr. Agustín Villagra, Alcalde de Kusapín, Sr. Napoleón Edinton, Alcalde de Kanquintú, Ing. Emilio Ramírez Pinto, Coordinador Regional del Proyecto OPS-GEF, Honorable Serafina Still, Representante del Corregimiento, Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS, Dra. Ana Quan, Asesora de Salud y Ambiente, OPS/OMS-Panamá, Dr. Raymundo Jiménez, Regional de Salud de la Comarca Nögbe-Buglé, Dr. Washington Lum, Delegado del Ministro de Salud.
- 11:00 – 11:30** Presentación de las autoridades y de los participantes del evento
- 11:30 – 12:00** Presentación de los objetivos y metodología del Foro
Lic. Lorenzo Cáceres, OPS/OMS-Panamá
- 12:00 – 1:30** Receso



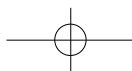


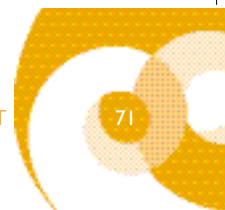
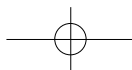
I SESION: Avances en la atención de la salud de los pueblos indígenas

1:30 – 2:30 Mesa sobre el rol de las autoridades locales y tradicionales en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas

En esta sesión participaron el Sr. Jonny Bonilla, Cacique Regional de la Comarca Nögbe Buglé, el Sr. Agustín Villagra, Alcalde de Kusapín, el Sr. Napoleón Edinton, Alcalde de Kankintú, el Dr. Raymundo Jiménez, Director Regional de la Comarca, Dr. Washington Lum, Delegado del Ministro de Salud, Dra. Débora Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de la Comarca, Honorable Serafina Still, Representante del Corregimiento de Bisira, Reynaldo Serrano, Presidente del Comité de Malaria de Bisira, Sra. Estela Jessi, Presidenta del Comité de Malaria de Kusapín, Sra. Lucilda Morales, Presidenta del Comité de Salud de Barranco Adentro, Dr. Carlos Flores, Epidemiólogo de Bocas del Toro, Punto Focal Regional del Proyecto Regional OPS-GEF, Dr. Carlos Victoria, Responsable de Malaria a nivel nacional, Punto Focal Nacional del Proyecto OPS-GEF, Dr. Enrique Donado, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Medicina Tradicional, Ministerio de Salud.

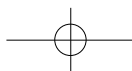
2:30 – 4:00 Trabajo de Grupos
Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas
Matriz# 1: Principales problemas y sus causas – posibles soluciones

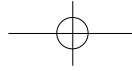




- 4:00 – 4:30** Receso
- 4:30 – 5:30** Plenaria: resultados de los grupos de trabajo
- 5:30 – 6:30** Cena
- 6:30 – 7:00** Proyecto de Control de la malaria sin uso de DDT
Ing. Emilio Ramírez, OPS/OMS-Guatemala
- 7:00 – 7:30** Salud de los Pueblos Indígenas en Centroamérica
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS- Ecuador
- 7:30 – 9:30** Presentación de las experiencias de países en la atención de la salud de los pueblos indígena con énfasis en el abordaje de la malaria
Representantes indígenas de los países participantes Belice, Guatemala, Costa Rica y Panamá
- Martes 6 de diciembre de II Sesión: Atención culturalmente apropiada**
- 8:00 – 9:00** Acceso y calidad de la atención de salud en comunidades indígenas.
Testimonios por parte de representantes de la comunidad y del personal de salud.

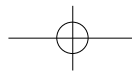
Representantes indígenas de las áreas demostrativas de Kusapín, Kankintú y Guabito

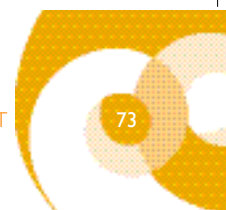
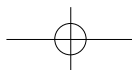




Grupos de Trabajo

- 9:00 – 10:30** Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención de salud de los pueblos indígenas.
- 10:30 – 11:00** Receso
- 11:00 – 12:00** Plenaria: resultados de los grupos de trabajo
- 12:00 – 1:30** Receso
- 1:30 – 3:00** Recomendaciones para prevenir y controlar la malaria en poblaciones indígenas. - Matriz 2
- 3:00 – 3:30** Receso
- 3:30 – 5:00** Plenaria: resultados de los grupos de trabajo
- 5:00 – 6:30** Receso
- 6:30 – 7:00** **Enfoque intercultural de la salud**
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS
- 7:00 – 7:30** **Ambiente y salud pública**
Ing. Atala Milord MINSA
- 7:30 – 8:00** **La vigilancia epidemiológica**
Dr. Carlos Flores MINSA, Bocas del Toro

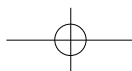




- 8:00 – 8:30** **La malaria**
Lic. Lorenzo Cáceres OPS/OMS-Panamá
- 8:30 – 9:00** **La medicina moderna y la medicina tradicional indígena**
Dr. Enrique Donado MINSA
- 9:00 -9:30** **El papel del agente comunitario de salud en la investigación operativa**
Sr. Carlos Victoria, Ministerio de Salud, Panamá
- 9:30 –10:00** **Presentación de los resultados de la validación y del instrumento validado**
Lic. Lorenzo Cáceres OPS/OMS-Panamá
Dr. Carlos Flores MINSA, Bocas del Toro

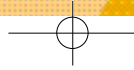
Miércoles 7 de diciembre de 2005 COMPROMISOS Y ACUERDOS

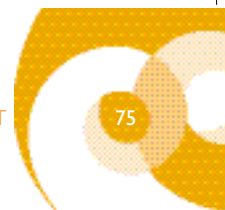
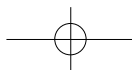
- 8:00 – 9:00** Observaciones y recomendaciones a la metodología
- 9:00 – 10:00** Grupos de trabajo por país
Matriz#3
- 10:00 – 10:30** Plenaria
- 10:30 – 11:00** Visita al Centro de salud
- 11:00 – 11:30** resultados del Foro
- 11:30 – 12:00** Ceremonia indígena de clausura





Lista de participantes





Delegados de los países

Belice

Sr. Marcelino Cho
Miembro del Comité Aldeana de Big Falls

Sr. Christopher Che
Miembro del Comité Aldeana de Big Falls

Srta. Natalia Sho
Auxiliar de Enfermería Comunitaria, Big Falls

Costa Rica

Sr. Luis Jackson
Asistente Técnico en Atención Primaria,
Talamanca

Sr. Silvany Cárdenas
Inspector de Salud del Ministerio de Salud,
Salamanca

Sr. Ramón Buitrago Salazar
Regidor de la Zona Indígena

Guatemala

Sr. Rufino Och Bailon
Representante Comunitario de Chisec
Sr. Julio Miguel Chic Velásquez
Representante Comunitario de Santa María
Dolores

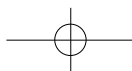
Sr. Enrique Caal Cucul
Representante Comunitario de la Montería

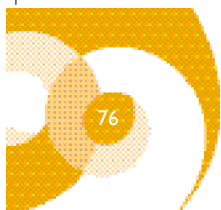
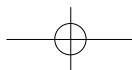
Panamá: Bisira • Kusapín

Sr. Jonny Bonilla
Cacique Regional

Sr. Agustín Villagra
Alcalde de Kusapín

Sr. Napoleón Edinton
Alcalde de Kankintú





Dr. Raymundo Jiménez
Director Médico de la Comarca Nögbe-Buglé

Sra. Elena Becker
Líder Nögbe Buglé

Sr. Teófilo San
Jefe del Sector 4, Distrito Kankintú

Participantes de la misión:

Sr. Fidel Trono
Jefe de Sector, Distrito Kusapín

- Ing. Emilio Ramírez Pinto, Coordinador Regional - Proyecto DDT/GEF-OPS

Sr. Eugenio Juárez
Encargado del Área 7

- Dra. Rocío Rojas Almeida, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas THS/OS – OPS/OMS.

Sr. Carlos Constantino Becker
Delegado del Comité de Salud

Contra parte técnica nacional.

Sr. Reynaldo Serrano
Presidente de la Directiva del Proyecto

- Dr. Washington Lun, Epidemiólogo Nacional Ministerio de Salud de Panamá

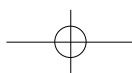
Sra. Eneyda Moneró
Miembro de la Directiva del Proyecto

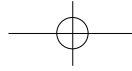
- Lic. Carlos Victoria, Programa Nacional de Malaria y Punto Focal Ministerio de Salud de Panamá

Sra. Paulina Lucas
Tesorera de la Directiva del Proyecto

- Ing. Atala Milord, Calidad del Agua Ministerio de Salud, Panamá

Sra. Eugenia Moneró
Auxiliar de Enfermería de la Comarca Nögbe Buglé

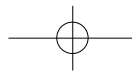




- Dr. Enrique Donado, Promoción y Medicina Tradicional
Ministerio de Salud, Panamá
- Ing. Ana Quan, Asesora de Salud Ambiental
OPS/OMS - Panamá.
- Lic. Lorenzo Cáceres, Coordinador Nacional
Proyecto DDT/GEF/OPS
OPS/OMS - Panamá.

Contra parte técnica regional y local

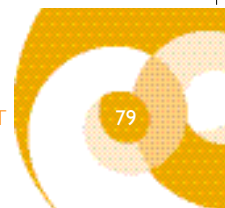
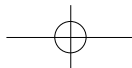
- Dr. Elmer Bustamante, Director Regional de Bocas del Toro.
- Dr. Reymundo Jiménez, Director Regional Comarca Ngöbe Bugle
- Dr. Carlos Flores, Epidemiólogo Regional, y Punto Focal del Proyecto.
- Dra. Débora Goddard, Directora Médica del Centro de Salud de Bisira
- Sr. Samuel Binns, Programa Vectores, Comarca Ngöbe Bugle.





Canción • NO AL D.D.T





Homenaje a los participantes el Foro Indígena Guatemala, Belice, Panamá, Costa Rica

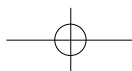
En calor y ejemplo de los hermanos de Bisira

Luchemos hermanos indios
Por una vida mejor,
Trabajando con respecto,
Con ganas y lealtad (2)
Muchos lucharon ayer,
Lo que disfrutamos hoy,
Combatamos la malaria
Sin uso de D.D.T.

Mira, arriba la OPS apoyará
Las acciones del indio contra el DDT.
Despierta de ese letargo
Es tiempo de caminar
Despierta de ese letargo,
Es tiempo de combatir.

De la Madre Tierra tendrás
El arco, techo y tu pan;
Si cuidas siempre de ella
Nada te ha de faltar (2)
El proyecto No al DDT,
Unido se mantendrá
Por la salud de los pueblos,
Por una vida mejor (2)

El pueblo indígena será
Respetado con honor,
Si unidos viven los pueblos
Entre la diversidad (2)
Empéñate a enseñar
Tu cultura, lengua y tu Dios
Seremos pueblos floridos
Cuando soy indio leal (2)

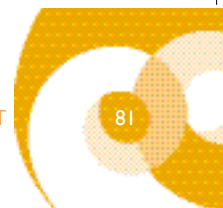
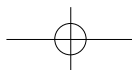




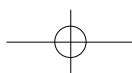
Resultados de los Grupos de Trabajo

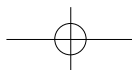
Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas



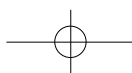


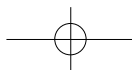
Matriz 1: Principales problemas, causas y posibles soluciones		
Problemas	Causas	Soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?
<p>Belice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación • Falta de información • Falta de cooperación • Falta de educación • Falta de participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiadas promesas del gobierno • Discriminación que impide un acercamiento a las comunidades • Algunas personas educadas no cooperan con las comunidades indígenas • Demasiadas divisiones dentro de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizarnos • Coordinar con los líderes comunitarios en cada uno de los proyectos • Coordinar con los líderes religiosos • Coordinar con los líderes deportivos • Coordinar con los líderes de opinión
<p>Guatemala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento en salud • Falta de concientización • Participación comunitaria limitada • Barreras culturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Por cuestiones políticas • Los programas de educación no incluyen contenidos en salud • Falta de orientación • Discriminación a los mayas 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración local entre las autoridades y líderes religiosos, maestros y comunidad.
<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de servicios de salud en el territorio indígena • Inadecuada atención en la clínica de Hone Creek a las Comunidades Indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de acceso • Aspectos económicos, lingüísticos y culturales • Existe una legislación nacional indígena ambigua que no tiene definido el termino indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de una clínica con todos los servicios • Capacitación al personal de salud, sobre la interculturalidad



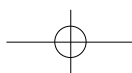


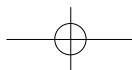
Problemas	Causas	Soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?
<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> Las Comunidades Indígenas de Salamanca no tienen acceso a las clínicas. Las comunidades en su mayoría deben atravesar 30 Km para llegar a la clínica lo que provoca mortalidad infantil del 7% en relación al 1% en el sector del valle y la atención de otras patologías se vuelve muy complicada. El personal de Salud no es Indígena y el trato no es bueno para los indígenas. Adquisición de la tierra por parte de los Sikuas (ladinos, mestizos) utilizando a los indígenas No hay agua potable Hay aumento de los casos de dengue 	<ul style="list-style-type: none"> Hay contaminación, no existe tratamiento de las aguas La educación en salud es deficiente No existe un compromiso comunal, con la limpieza Movimiento migratorio sin control en el control fronterizo. Existe el desinterés de abordar la salud de una manera contextualizada por parte del gobierno 	<p>Definir o reestructurar términos ambiguos en la legislación, respetando y sometiendo a consulta a la población indígena</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacitación a los comités de acueductos y salud Construcción de acueductos Contar con instrumentos de análisis Capacitación, charlas, concienciación a escuelas y otras instituciones gubernamentales Acciones concretas de limpieza, enclavamiento y control biológico
<p>Distrito de Kusapín, Panamá</p> <ul style="list-style-type: none"> Basura Falta de agua Malaria 	<ul style="list-style-type: none"> Por que no hay un lugar donde colocar la basura, no hay vertedero, no hay personal Algunas comunidades viven en lomas, otras en lugares altos donde no tiene agua <p>Por la inmigración de los afectados de la malaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar capacitaciones para mermar el problema de la basura Tenemos toma de agua, pero necesitamos una bomba de agua que ya hemos gestionado Organizarnos en la comunidad para contrarrestar la malaria.



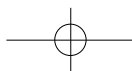


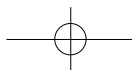
Problemas	Causas	Soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?
<p>Barranco Adentro, Panamá</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malaria • Diarrea • Pulmonía • Tuberculosis • Mejor mantenimiento del acueducto • Falta de letrinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de mantenimiento alrededor de las casas. • Descanso al aire libre • La Junta Comunal encargada de velar por el mantenimiento de la tubería no ha realizado los cambios necesarios • El Ministerio de Salud responsable de velar por las necesidades de salud de la comunidad no ha hecho las visitas adecuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizarnos, especialmente con el 10% de la población de Barranco Adentro que sufre de malaria • Gestión permanente de la Directiva de la Junta Comunal para conseguir y mantener el acueducto • Visita permanente del Ministerio de Salud a la comunidad • Capacitación a los jóvenes en cuestiones de salud
<p>Bisira, Panamá</p> <p>AREA DE SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agua potable • Disposición de escreta • Tratamiento de desechos • Malaria • Desnutrición • Falta de medios de transporte • Falta de conocimiento sobre salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de organización, coordinación, y participación ciudadana • No hay conciencia de una atención médica • No hay en la escuela una materia donde se haga énfasis en la salud • Falta de apoyo por las autoridades 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a todas las comunidades y organizaciones para que trabajen en función de mejorar los problemas de la comunidad • Creación e un bachillerato en salud • Programa de concienciación ciudadana en salud • Donación de una ambulancia para traslado de pacientes



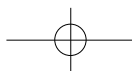


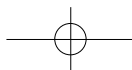
Problemas	Causas	Soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?
<p>Bisira, Panamá</p> <p>EDUCACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de campaña de orientación para la integración a los programas de salud • Falta de educación ambiental • Falta de programa de concientización en salud comunitaria • Falta de educación ambiental para jóvenes y adultos <p>SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poligamia • Promiscuidad • Abandono del padre • Maltrato a los niños y a las mujeres • Prostitución de niños y adultos • Falta de empleo • Alcoholismo • Falta de programas de apoyo a la mujer y a la familia 	<p>EDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los recursos con los que cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de acueducto con capacidad abastecer la comunidad con agua las 24 horas la día • Mantener limpios los predios y decir no a la utilización del DDT <p>EDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los recursos con los que cuenta





Problemas	Causas	Soluciones
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué podemos hacer?
<p>Bisira, Panamá</p> <p>SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de agua por falta de acueducto • Letrinización • Saneamiento (basura) • Alimentación, higiene • Desnutrición <ul style="list-style-type: none"> • Incredulidad • Falta de coordinación • Falta de Información • Falta de educación • Falta de concientización • Modelos inadecuado • Falta de diligencia • Falta de iniciativa 	<p>SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acueducto en mal estado y agua de mala calidad • Falta de mantenimiento del acueducto • Egoismo • Falta de educación • Desinterés de los jóvenes en el desarrollo de la comunidad <ul style="list-style-type: none"> • Situaciones político-administrativas • Autoritarismo • Barreras culturales 	<p>SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del acueducto • Organización para mantener el tanque de almacenamiento de agua • Solicitar un técnico en agua y saneamiento • Coordinación con el Ministerio de Salud y el Comité de Salud para clorar el agua • Campañas casa por casa • Formar promotores voluntarios • Coordinar con las autoridades tradicionales, autoridades locales y la comunidad. <ul style="list-style-type: none"> • Participación voluntaria de los comunitarios • Integración con las autoridades comunitarias, líderes religiosos, maestros, comadronas, deportistas • Talleres masivos para jóvenes, niños, adultos y maestros



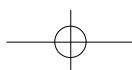


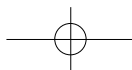
Personas Sanas

Matriz 2: Recomendaciones para prevenir y controlar la malaria entre los pueblos indígenas

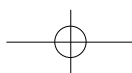
A. Prevención primaria: protección de las personas sanas Información, educación, comunicación, promoción

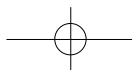
Sistema de salud convencional / Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar por parte de los técnicos de atención primaria y el inspector de malaria • Capacitación sobre la Malaria • Capacitación a instituciones locales y organizaciones por el Ministerio de Salud • Campaña de limpieza 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con el Comité de Salud de la comunidad • Formación de colaboradores voluntarios • Aplicación de medicamentos naturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Municipal • Fortalecer la comisión Interinstitucional contra la Malaria • Campañas de limpieza • Participación de los niños en: limpieza del centro escolar y hogares, concurso de murales, títeres, redacción, cuñas radiales, Dibujos • Charlas a niños y padres • Asociación de Desarrollo Municipalidad. Recolección de basura y apoyo en transporte, combustible • Aplicación de la legislación Municipal a vecinos renuentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cámara de Turismo • Corredor Biológico de Talamanca • Reuniones Regionales, Interinstitucionales



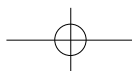


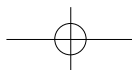
A. Prevención primaria: protección de las personas sanas Información, educación, comunicación, promoción			
Sistema de salud convencional / Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Belice y Guatemala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores • Eliminación de criaderos, mediante control biológico • Control físico, relleno y arenado • Promoción del uso de mosquiteros • Acciones con la debida participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de partera de la medicina natural, para mantener y contribuir a la salud de las personas sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de voluntarios adiestrados por las entidades de salud • Participación de colaboradores voluntarios de la comunidad en la vigilancia para mantener la salud de las personas sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante la inclusión de organizaciones no Gubernamentales, grupos cívicos, grupos religiosos, grupos deportivos, juveniles, estudiantes
<p>Panamá</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación por parte del personal de salud, por ejemplo en el manejo de la basura 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar las recomendaciones tal como lo hace el sistema • Comunicandose y dándole el apoyo necesario para prevenir la malaria • Trabajando junto a la sociedad entera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las reglas del aseo comunitario • Participar activamente en reuniones que se realicen dentro de la comunidad con las autoridades 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con el apoyo permanente de las autoridades gubernamentales y tradicionales • Autoridades internacionales, OPS, Cuerpo de Paz, etc. • Organización interna junto con la sociedad





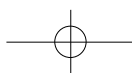
A. Prevención primaria: protección de las personas sanas Información, educación, comunicación, promoción			
Sistema de salud convencional / Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Panamá.- Cont//</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charlas • Organizar la comunidad • Visitas domiciliarias • Realizar campañas de educación • Materiales Didácticos concernientes al tema • Inspección de vivienda • Afiches • Visitas a la comunidad y el trabajo casa a casa de la directiva local con antelación. • Documentar el trabajo para tener evidencia que la directiva a cumplido. • Asegurar el trabajo de salud en la zona en el combate de la malaria. • Dotación de medicamentos • Erradicar los criaderos actuales como son las latas, llantas, recoger la basura. • Promover de manera estricta el ejercicio de la gira Médica por parte del MINSa 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con los médicos tradicionales • Prevenir la malaria en las personas sanas y controlar la malaria • Informar a las parteras sobre la vigilancia y control de la malaria • Coordinar con la Directiva de la Salud para actuar oportunamente en el control de la malaria • Trabajo conjunto con las directivas locales para asegurar la calidad de vida de las personas sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de prevención de la Malaria • Mantener la comunidad limpia • Mantener los desagües limpios • Recoger la basura en conjunto • Cumplir con la recomendación de la Salud Convencional • Cumplir con la recordación de la Salud Indígena • Eliminar los criaderos naturales como la basura y los artificiales como las latas y otros • Eliminar los criaderos potenciales manteniendo limpios los pozos, etc 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuelas: insertar en los contenidos sobre la problemática de la malaria • Cuerpo de Paz: capacitar a la comunidad • El Corregidor: hacer cumplir las leyes sanitarias • Iglesia: coordinar con la comunidad • Incorporar la educación en malaria con la junta comunal • Coordinar con la Caja del Seguro Social • Incorporar a la fuerza Pública juntamente con el corregidor y regidor • Coordinar con la iglesia en bien de la vida de la comunidad • Coordinar con las instituciones indígenas, con el Cacique, jefe inmediato para mejorar el entorno

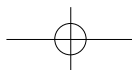




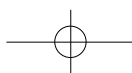
Personas en Riesgo

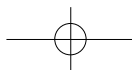
B. Prevención secundaria: protección de las personas en riesgo Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno			
Sistema de salud convencional/ Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento de los usuarios en consulta • Tratamiento preventivo con medicamentos • Manuales informativos • Proyecto control biológico, enclavamiento de vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del comején como método para alejar al mosquito • Uso de bejuco natural como repelente contra insectos y problemas de "Dermatomicosis", "Tebekicha" 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de métodos protectores "toldo malla de telas metálicas" • Capacitaciones • Destrucción de criaderos • Cuñas radiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas pastorales • Campaña contra la Malaria
<p>Guatemala y Belice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica para evitar que se enfermen las personas en riesgo • Toma de muestra de sangre para diagnóstico oportuno • Promoción de medicamento de control y protección contra el vector • Prevenir a fin de evitar riesgos de enfermar • Dotación de mosquiteros, repelentes a mosquitos • Capacitación a la comunidad en malaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el conocimiento, la aceptación participación de las comunidades o Sistemas Indígenas en la vigilancia de la malaria • Fortalecimiento en la vigilancia del control migratorio por riesgos laborales en grupos indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el conocimiento de las medidas de vigilancia y control de la malaria • Participación de las comunidades en la vigilancia de la malaria • Evitar brotes y dispersión de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de organizaciones municipales





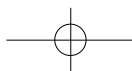
B. Prevención secundaria: protección de las personas en riesgo Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno			
Sistema de salud convencional/ Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Panamá.- Cont//</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer el diagnóstico dentro de la comunidad. • Limpieza constante de la comunidad • Educar en el uso de repelente • Organizar comunidad • Mantener limpio el patio • Promover el comité de salud • SNEM, medicamento masivo y toma de muestra • Las personas en riesgo son los emigrantes • El sistema convencional de salud debería dar atención médica y prevenir el riesgo de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas constantes a la población de mayor riesgo para ofrecer su apoyo • Capacitar en el tema a los terapeutas indígenas • La persona en riesgo es aquella que no acata las órdenes del Sistema de la Salud Indígena. Dicha institución debería incrementar su modelo educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campaña de limpieza en los lugares de mayor riesgo • Bisira es una comunidad en riesgo • Organizar a la comunidad para la limpieza • Capacitación, cambio de actitud • Eliminación de criaderos • Alianzas • Visita domiciliaria • Uso de tarjetas y boletas ,(amonestaciones) • Unión de la Comunidad • Premiación a la casa limpia • La comunidad debería trabajar de acuerdo a la directiva de la salud convencional y obedecer la orden directiva de la Salud Indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención de los funcionarios de vectores para instruir a la comunidad de cómo prevenir los posibles riesgos • Campaña de limpieza con educadores y niños por resolución del Corregidor en función • El Alcalde debe crear o promover el botadero de basura • Concertar con la directiva tradicional y la convencional para mejorar la calidad de vida en toda la comunidad

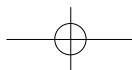




Personas Enfermas

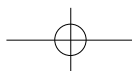
C. Prevención terciaria: protección de las personas enfermas • Curación, recuperación			
Sistema de salud convencional/ Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Médica • Toma de Gota Gruesa • Investigación • Tratamiento radical • Referencia para exámenes de laboratorio de gota gruesa • Detección y anulación de los casos individuales: inmigrantes, locales • Campaña de promoción y prevención en las comunidades en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos naturales: Tebekichen, hombre grande 	<ul style="list-style-type: none"> • Control del tratamiento supervisado por el agente voluntario o encargado del Ministerio de Salud • Reporte de casos sospechosos 	
<p>Guatemala y Belice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro del tratamiento antipalúdico a los enfermos con malaria mediante un diagnóstico oportuno 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de plantas medicinales eficaces que en alguna forma ayuden a controlar la malaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a los colaboradores comunitarios en suministros de medicamentos a fin de que participen en el control de la enfermedad y que ésta no sea un problema epidemiológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y empoderamiento sobre el control de la malaria y otras enfermedades por parte de las instancias gubernamentales y no gubernamentales

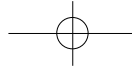




C. Prevención terciaria: protección de las personas enfermas • Curación, recuperación

Sistema de salud convencional/ Servicios de salud	Sistemas de Salud Indígena/Terapeutas	Comunidad	Otros
<p>Panamá</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar los tratamientos necesarios durante y después del caso • Capacitación en la comunidad sobre el control de la malaria • En un caso febril realizar la toma de gota gruesa. Tratamiento por 7 días • Estudio del caso de malaria por el Programa de Vectores del lugar de donde viene el enfermo • Tomar una muestra al mes y luego en 5 meses • Promover giras médicas, inyectar o vacunar a la comunidad Indígena, trabajar en conjunto los doctores botánicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas tradicionales pueden intervenir en caso de ausencia de las personas de vectores • Si un paciente es diagnosticado de malaria el médico tradicional debe enviar al paciente al control de vectores para tomar la muestra. • Antes se utilizaba semilla de boto, hoy cáscara de palo ugro. En el adulto usar bejuco y en los niños hierba sorosí por 5 a 6 días. El tratamiento es por vía oral para "vomitar la fiebre". • Dar equipamiento al área 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los afectados : económicamente, espiritualmente, moralmente • Limpiar más la comunidad • Tomar las pastillas • Ayudar a los enfermos y enviarlos al centro de salud • Intervenir en la comunidad para referir al paciente al centro de salud • Acudir al médico terapeuta • Los padres son conscientes al acudir al centro de salud • Visitar a los enfermos con el medicamentos y otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Donación de medicamentos y recursos económicos por las autoridades y las organizaciones de la comunidad • Rol de educador para traer a los enfermos al centro de salud • Promover un centro de capacitación de salud convencional





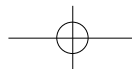
Matriz 3: Plan de acción

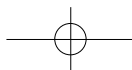
PAIS: BELICE

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Presentar un póster	20-12-05	05-01-06	Concientización acerca de la malaria			La gente identificará a las personas responsables
2. Visitar la escuela	05-01-06	05-02-06	Presentar el problema y las posibles soluciones			
3. Educar a la gente	15-01-05	20-01-06	Reducción de la basura Reducción del agua estancada			
4. Reunión pública	20-12-05	Una vez por mes	Presentar a la gente los planes para el futuro			

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Conocer la forma en que la OPS ayudará a la comunidad
2. Conocer la forma en que la comunidad trabajará con la OPS en el futuro





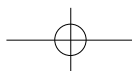
Plan de acción

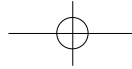
PAIS: COSTA RICA

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Reunión de sistematización de la participación en el Foro	13-12-05	13-12-05	Documento sistematizado y fotocopiado	Luis Jackson Sivian Cárdenas Ramón Buitrago	\$20.000 Colones	
2. Reunión de información y motivación con el alcalde y el Consejo Municipal	21-12-05	21-12-05	Municipalidad comprometida	Ramón Buitrago		
3. Reunión con el personal de ATAP y control de vectores (motivación)	16-12-05	16-12-05	Personal de salud comprometido	Luis Jackson Sivian Cárdenas		
4. Motivación a directores de escuelas y colegios	20-12-05	20-12-05	Personal multiplicador en 40 comunidades	Ramón Buitrago		
5. Reunión con la comunidad de Catarina	05-01-06	05-01-06	Aplicación de conocimientos			

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Que los Foros se centren en la realidad indígena
2. Que haya flexibilidad y no se sature de contenidos
3. Que los resultados lleguen a las comunidades a corto plazo
4. Que haya espacios de demostración teórica y práctica





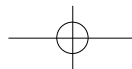
Plan de acción

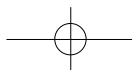
PAIS: GUATEMALA

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Socializar el proyecto y las actividades previstas en la comunidad. Dar a conocer los índices del problema	14-12-05	17-12-05		Rufino Och Enrique Cool Julio Chic		
2. Organizar grupos de acción en salud con la participación de autoridades locales, gubernamentales y no gubernamentales						
3. Formular un plan de actividades de trabajo de limpieza y promoción de la salud						
4. Limpieza de criaderos de anofelinos, chapeo.						

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Capacitar a los líderes comunitarios
2. Capacitar a los técnicos institucionales y estatales
3. Coordinar con anticipación las actividades a realizar
4. Supervisar y monitorear en las comunidades demostrativas periódicamente





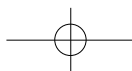
Plan de acción

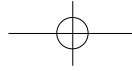
PAIS: PANAMA • Comunidad: Bisira

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Presentación de la barriada limpia	12-12-05	21-12-05	Barriada limpia obtiene un premio	Comité de Salud Alcalde Corregidor Cuerpo de Paz	\$50.00 Blb	El premio será un cerdo
2. Limpieza comunitaria	01-06	12-06	Limpiar la comunidad todos los miércoles	Comité de Salud Alcalde Corregidor Cuerpo de Paz OPS	\$3,360.00 Blb	La limpieza se hará 4 veces al mes
3. Capacitación a niños, docente y comunidad	04-06	10-06	Dividir en 3 módulos la capacitación para tener una comunicación estrecha con la comunidad	Comité de Salud Alcalde Corregidor Cuerpo de Paz OPS	\$3,000.00 Blb	Los módulos se dictarán en abril, agosto, y octubre
4. Drenaje	01-06	12-06	Eliminación de las aguas estancadas de la comunidad	Comité de Salud Alcalde Corregidor Cuerpo de Paz OPS Vectores	\$550.00 Blbs	Compra de materiales, donación de la OPS: 10 palas largas 10 azadones 10 rastrillos 10 limas 10 carretillas 10 machetes

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Que las encuestas sean reemplazadas por un cuestionario para dar la oportunidad que la comunidad manifieste su inquietud
2. Que el trabajo en equipo se fortalezca entre comunidades a través de charlas y capacitación
3. Estar en estrecha comunicación entre autoridades tradicionales, autoridades gubernamentales, líderes comunitarios y comunidad para ejecutar planes y proyectos del área.
4. Que haya espacios de demostración teórica y práctica





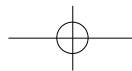
Plan de acción

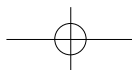
PAIS: PANAMA • Comunidad: Barranco Adentro

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Reunión de la Directiva con la OPS	25-12-05	30-12-05	Crear fondos	Lucy Morales	\$200Blbs	Está organizado
2. Limpieza	31-01-06	05-02-06		Junta Local		
3. Rifas	03-03-06	2 semanas más-06		Vicepresidente	\$7.50Blbs	Está organizado
4. Actividad cultural-venta de sombreros	05-07-06	03-07-06		Lucy Morales	\$50.00Blbs	Está organizado

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Es importante el trabajo comunitario o en grupo
2. Es importante la feria de la comunidad
3. Es importante la actividad semanal
4. Es importante la sala de reuniones





Plan de acción

PAIS: PANAMA • Comunidad: Kusapín

Actividad	Plazos		Resultados	Responsable	Costo	Observaciones
	Inicio	Terminación				
1. Convocar una reunión en la comunidad	21-12-05	21-12-05	Informe sobre el Foro Internacional e instrumentos	Bernardino Smith	Refrigerio 30,00 Blbs	Necesitamos copias de todo lo tratado en el Foro
2. Aplicación de la encuesta	10-01-06	30-01-06	Encuesta aplicada	La Directiva	100,00 Blbs	Necesitamos copias del formulario
3. Promover actividades económicas	No determinado	No determinado	Fondo a beneficio de la Directiva		200,00 Blbs	Sugerimos la participación de los funcionarios de salud y de vectores

Recomendaciones para avanzar en el proyecto

1. Sugerimos que el próximo encuentro nacional o internacional sea programado para que tenga una duración de no menos de una semana
2. Que los coordinadores del proyecto suministren toda la programación, folletos y otra información con antelación para revisarla adecuadamente.

