

DOCUMENTOS DE PROYECTO

Innovación social en salud

Un aporte al avance de los Objetivos
de Desarrollo del Milenio

María Elisa Bernal
Dustin Robertson



NACIONES UNIDAS

CEPAL

DOCUMENTOS
DE PROYECTO

Innovación social en salud

Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

María Elisa Bernal
Dustin Robertson



Este documento fue preparado por María Elisa Bernal, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Dustin Robertson, pasante de esa misma División. Se agradecen los comentarios y aportes de Francisco Tancredi, consultor independiente y ex-Director de la Fundación W.K. Kellogg para América Latina y el Caribe.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Resumen	5
I. La salud en América Latina y el Caribe	7
II. Salud materno-infantil	11
A. Programas innovadores en salud materno infantil.....	13
1. “Trébol de Cuatro Hojas”: Estrategia de reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil, Secretaría de Salud y Acción Social de Sobral, Ceará	13
B. Programa Comunitario de Salud–Salud Responsabilidad de Todos, Fram, Departamento de Itapúa, Paraguay, Servicio de Salud de Fram	25
1. Contexto	25
2. Antecedentes.....	25
3. Objetivos.....	27
4. Metas	27
5. Ejecución	28
6. Logros.....	29
7. Elementos innovadores	30
C. Programa de crecimiento y desarrollo colectivo, San Juan de Lurigancho, Perú, Asociación taller de los niños	31
1. Contexto	31
2. Antecedentes.....	32
3. Objetivo.....	33
4. Metas	33
5. Ejecución	33
6. Logros.....	35
7. Elementos innovadores	36
III. Atención a pueblos indígenas y comunidades multiculturales	39
A. Reconocimiento a los pueblos indígenas	39
B. Programas innovadores en atención en salud a pueblos indígenas y comunidades multiculturales	43
1. Acciones de Salud Comunitaria en la Floresta Nacional de Tapajós, Estado de Pará, Amazonía brasilera. <i>Centro de Estudos Avançados de</i> <i>Promoção Social e Ambiental</i> , Proyecto Salud y Alegría	43

2.	Programa de Salud Intercultural - Modelo de Salud Complementario Wíliche de Chiloé, Chile. Konsejatu Chafun Wíliche, Chile	49
3.	Atención en salud integral a la población indígena altamente móvil, Coto Brus, Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social, Área de Salud de Coto Brus	54
4.	Salud y Educación entre los Hupdäh, Brasil. Asociación Salud Sin Límites	59
Bibliografía		65
Anexos		71
	Anexo 1 Cobertura del Paquete Básico de Salud de Fram	72
	Anexo 2 Planes del Paquete Básico Ampliado	74
Cuadros		
	Cuadro 1 Clasificación de riesgo	17
Gráficos		
Gráfico 1	Pirámide poblacional 2010	14
Gráfico 2	Número de maternas y tasa de mortalidad infantil. Sobral, Ceara, 2001-2012	22
Gráfico 3	Número de muertes infantiles y Tasa de Mortalidad Infantil. Obral-CE-Brasil, 2001-2012	23
Gráfico 4	Número de seguimientos de las Madres sociales según etapa, 2002 - 2012	23
Gráfico 5	Modelo de salud complementario Wíliche	51

Resumen

El presente documento parte de un análisis de la situación de la salud en América Latina y el Caribe resaltando que si bien en promedio ha mejorado no hay duda de que existen grandes diferencias e inequidades que afectan a grupos muy amplios de la población a los que, en la práctica se les niega el acceso a servicios de salud.

Con este panorama en mente se analizan en detalle experiencias innovadoras que atienden temas de salud, que se identificaron gracias al proyecto “Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe”, iniciativa de la CEPAL con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

En particular se estudian tres programas que afectan la salud materno infantil y tres que se han dedicado a la atención de la salud de pueblo indígenas y comunidades multiculturales.

En el primer tema se estudian las siguientes experiencias:

El Trébol de Cuatro Hojas: Estrategia de reducción de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil¹, gestado por la Secretaría de Salud de Sobral en el Estado de Ceará, Brasil que como su nombre lo indica se dedica a asegurar que no se presente ninguna muerte materna o infantil que sea prevenible. Es un modelo que hoy hace parte del programa del Ministerio de Salud del país para ser utilizado en el noreste de Brasil.

El Programa Comunitario de Salud–Salud Responsabilidad de Todos, que nace en Fram en el Departamento de Itapúa en el Paraguay², en el Servicio de Salud del municipio y que permitió el acceso de toda la población a los servicios de salud, revolucionando el modelo con la creación de un seguro comunitario que permitió un verdadero acceso universal y claro que aportó a la reducción de la mortalidad materna e infantil y en general a la mejora en las condiciones de salud del municipio. Hoy ya está presente en buen aparte de los municipios del país.

El Programa Crecimiento y Desarrollo que se lleva a cabo en San Juan de Lurigancho en la Provincia de Lima, Perú³. Surge del trabajo de una organización no gubernamental, el Taller de los Niños, dedicada a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 5 en el Distrito más pobre de la Provincia.

¹ Ganó el primer lugar en el Concurso Experiencias en Innovación Social en 2007.

² Ocupó el cuarto lugar en el Concurso en 2006.

³ Fue uno de los 20 finalistas en el Concurso en 2005.

En relación a la salud de los pueblos indígenas y las comunidades multiculturales se analizan en detalle las siguientes iniciativas:

Atención en salud integral a la población indígena altamente móvil, que nace en el Cantón de Coto Brus en el Área de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social⁴. Responde a la situación de salud pública que enfrenta el cantón vinculada a la gran cantidad de población indígena Ngöbe-Buglé que ingresa de Panamá para la recolección del café con significativas falencias en el cuidado de la salud.

Salud y Educación entre los Indios Hupdäh, desarrollado por la ONG brasilera Salud sin Límites en São Gabriel da Cachoeira en el Estado de Amazonas, Brasil⁵ que logró desarrollar un modelo que permitió la atención en salud y progresos en la educación de los Indios Hupdäh, los más desfavorecidos incluso dentro de la estructura indígena.

Programa de Salud Intercultural-Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé, creado por Consejo General de Caciques Williche de Chiloé que logró por un lado fortalecer su modelo de medicina tradicional y por otro crear lazos con el sistema occidental para asegurar el respeto de sus usos y costumbres y a la vez la debida atención cuando esta es necesaria.

Son todos modelos que además de generar alternativas creativas de gestión y ejecución, son costo eficientes, tienen importante impacto en las condiciones de vida y de salud de las personas que son atendidas y son claramente replicables en otras áreas del país en donde nace así como en otros países de la región. De hecho el Trébol de cuatro hojas de Sobral, ya se extendió en todo el Estado de Ceará y ha sido definido por el Ministerio de Salud de Brasil como el que debe ser utilizado en varios municipios del Noreste del país. Igualmente el modelo de Atención en Salud Integral a la población indígena altamente móvil, de Coto Brus en Costa Rica, ha sido asumido por la Caja Costarricense del Seguro Social como el que debe ser utilizado en todos los cantones en donde ingresa población indígena estacional.

⁴ Ocupó el tercer lugar en 2009.

⁵ Finalista en 2005.

I. La salud en América Latina y el Caribe

La salud, es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Establece además que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. (Naciones Unidas 1946).

Desafortunadamente, en América Latina y el Caribe, el derecho a la salud no siempre es una realidad para muchos de sus ciudadanas y ciudadanos. El acceso efectivo a la salud y la calidad de los servicios presentan grandes diferencias entre países y en su interior. Además, amplios sectores de su población enfrentan situaciones de enorme vulnerabilidad y están privados de las condiciones necesarias para una vida sana y del acceso a servicios sanitarios.

Cualquier análisis sobre el desarrollo social en América Latina y el Caribe debe tener en cuenta la afortunada enorme diversidad y la gran desigualdad que existe en de la región. Se observan grandes diferencias en las condiciones de vida y por lo tanto de salud. Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2013 (PNUD 2013a), en la región coexisten países con muy diversos niveles. Por un lado con “muy alto” IDH hay solo tres: Barbados, Chile y Argentina. Más de la mitad se encuentran en el grupo “alto”⁶. Ocho países están catalogados como de nivel “medio”⁷, mientras en el nivel “bajo” solo se encuentra Haití.

Por otra parte, no hay duda de que América Latina y el Caribe están conformados por una enorme gama de culturas, historias e idiomas. Conviven blancos, indígenas de muy diversas etnias, afrodescendientes, mulatos, mestizos, entre otros; se hablan 5 idiomas oficiales (español, portugués, francés, inglés y guaraní) 420 lenguas indígenas pertenecientes a 99 familias lingüísticas (UNICEF and FUNPROEID 2011).

⁶ Entre otros, Uruguay, Cuba, Panamá, México, Costa Rica, Granada, Antigua y Barbuda, Trinidad y Tabago, Perú, Brasil y Colombia.

⁷ Belice, República Dominicana, El Salvador, Paraguay, Guyana, Honduras, Nicaragua y Guatemala.

Coexisten diversos sistemas de salud que combinan el sector privado y el público (a diferentes niveles) y hay grandes diferencias en el monto del gasto total en salud⁸. Es así como Costa Rica tiene un gasto en salud equivalente al 10,9% del PIB, superior al promedio del mundo y otros como Perú o Bolivia en donde no llega al 5% (Banco Mundial 2012)

Lógicamente, hay también grandes diferencias en los diversos indicadores de salud. En la tasa de fecundidad total, Cuba tiene la más baja (1,5), frente a Guatemala con 3,9 y un promedio regional de 2,2 (Banco Mundial 2013a). En la esperanza de vida al nacer hay 17,4 años de diferencia entre Costa Rica (79,3) y Haití (61,9). Costa Rica y Chile son los únicos países con esperanza de vida cercana a los 80 años, mientras en Guatemala, Trinidad y Tobago y Haití es menor de 70 (Banco Mundial 2013b). La tasa de mortalidad infantil igualmente muestra enormes diferencias. Tomando el quinquenio 2005- 2010, en Cuba, Chile y Costa Rica es inferior a 10/1000 pero en Bolivia y Haití llega a valores superiores a 40 (CEPAL 2010). La tasa de mortalidad materna en promedio en la región es de 82/100.000 nacidos vivos, en un extremo Chile y Costa Rica han logrado niveles inferiores a 30 y en el otro Honduras, Ecuador, Jamaica, Guatemala, República Dominicana, Bolivia, Guyana y Haití tienen tasas superiores a 100 (Banco Mundial 2013c).

Además de estas diferencias entre países, también hay grandes diferencias en su interior. Estas se relacionan con el área de residencia, siempre en detrimento de las zonas rurales, o con el nivel de ingreso que castiga a los sectores menos favorecidos (Naciones Unidas 2012). Igualmente la etnia hace diferencia: las personas de pueblos indígenas o afrodescendientes continúan enfrentando grandes rezagos (CEPAL 2006) (OPS 2012).

Claramente la transición demográfica que vive la región es un factor determinante en las condiciones de salud de la población. De acuerdo con los datos proyectados para el período 2010- 2015, América Latina, en promedio, estaría en una etapa de plena transición⁹, muy próxima a una transición avanzada¹⁰, con una tasa de crecimiento natural del 11,4 por mil. Sin embargo, Bolivia, Haití y Guatemala estarán en una etapa de transición moderada¹¹ y once países¹² se situarían en la etapa de plena transición. Argentina y Costa Rica estarían en transición avanzada, y se abriría una nueva categoría de transición muy avanzada —caracterizada por la estabilización de la fecundidad y la mortalidad a niveles muy bajos— donde se ubicarían Cuba, Uruguay, Brasil y Chile (CEPAL 2011). Ahora bien, al interior de los países también hay diferencias. A modo de ejemplo en Colombia, que se encuentra en la etapa plena de la transición demográfica, la población afrocolombiana e indígena está en una fase inferior de la transición demográfica que el total de la población; lo mismo se puede afirmar para ciertos departamentos del país como sería el caso del Choco (DANE and Universidad del Valle 2006). Brasil, que en promedio está en una etapa “muy avanzada” tiene estados en la zona amazónica, como Roraima y Amapá en donde aún se encuentran en etapas moderadas (Schramm 2000).

La transición demográfica trae consigo una transición epidemiológica en la cual la morbimortalidad por enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles se reduce y aumentan las causadas por enfermedades crónicas (Omran 2005). Efectivamente en el promedio de la región se presenta este comportamiento. Las principales causas de muerte son enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, diabetes y neumonía. El 76,4% de las defunciones se debieron a enfermedades no transmisibles, 12,5% a transmisibles y 11,1% a causas externas (OPS 2012). Nuevamente hay grandes diferencias entre países. En Uruguay, en 2008, el 79,45% de las muertes se debieron a 4 grandes causas: cardiovasculares (30,55%), neoplasias (24,83%), enfermedades del

⁸ El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

⁹ La natalidad baja en tanto que la mortalidad se estabiliza, el crecimiento de la población es más limitado.

¹⁰ Tanto la natalidad como la mortalidad presentan valores reducidos y el crecimiento de la población es bajo o nulo.

¹¹ La mortalidad disminuye en tanto que la natalidad se mantiene estable o aumenta como consecuencia de la mejora de las condiciones de vida, el crecimiento de la población es elevado.

¹² México, Colombia, Panamá, Ecuador, El Salvador, Perú, Venezuela, República Dominicana, Nicaragua y Honduras.

sistema respiratorio (9,21%) y causas externas (6,62%). En mortalidad infantil, en 2010 la tasa fue básicamente neonatal (4,02 por 1.000) y dentro de estas el 27% fueron perinatales y el 21% por malformaciones congénitas; claramente causas difícilmente prevenibles. Pero, en Honduras en donde por lo demás se enfrentan severos problemas de registros de morbimortalidad¹³, la mayor mortalidad infantil se presenta en el periodo perinatal causado por infecciones y las causas de mortalidad materna continúan siendo el síndrome hipertensivo gestacional (26%) y la hemorragia posparto. En morbilidad, el país reportó más de 5.000 casos de mordeduras de caninos con rabia y en el departamento de Choluteca se presentan aún casos de lepra (OPS 2012), es decir todas causas prevenibles. En México, en donde la pobreza se concentra en cuatro estados, que se caracterizan por alta proporción de población indígena¹⁴, son estos a su vez los lugares en donde sus niños y niñas tienen 1,7 más posibilidades de morir antes del año que el promedio nacional. Si bien han logrado reducir las causas de muerte prevenibles, sigue siendo importante la muerte por enfermedad respiratoria aguda o por diarreas (OPS 2012). Este es un caso típico de los enormes retos que enfrentan los sistemas de salud en la región. No han desaparecido las causas prevenibles y es indispensable seguir luchando para eliminarlas pero a la vez se enfrentan aquellas vinculadas con el mayor nivel de desarrollo como son las enfermedades crónicas, el cáncer, las cardiovasculares, etc. Continúan apareciendo casos de tuberculosis, dengue, rabia, leptospirosis, hidatidosis y brucelosis. La malaria sigue matando cientos de personas. Se observan brotes de fiebre amarilla como el caso de Paraguay en 2008; influenza H1N1, iniciada en México en 2009; o cólera en Haití en 2010. Como si esto fuera poco, cada vez aumenta más la morbilidad e incluso mortalidad ocasionada por causas externas. Estas se concentran principalmente en el grupo de edad de 15 a 44 años y afectan más a los hombres que a las mujeres. Las principales son causas accidentales (37%), accidentes de tránsito (27%), violencia (13%), suicidios (10%), eventos de intención no determinada (9%) (OPS 2012).

Por otra parte, no hay duda que la región como un todo ha avanzado en múltiples aspectos del desarrollo social. Esto se refleja, por ejemplo, en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) el cual en promedio aumentó de 0,573 a 0,741 entre 1.980 y 2012, llegando a ser superior al promedio mundial (0,694) y ubicándola en el nivel de “desarrollo humano medio” muy cerca al “alto”. Todos los países lograron aumentar el índice. Chile, Argentina y México, en este orden, son los países que lograron un mayor aumento del IDH entre 1990 y 2012 y el menor se presentó en Belice y Paraguay, Trinidad y Tobago y Venezuela (PNUD 2013a).

La pobreza y la indigencia se han reducido de 43,9% en 2002 a 28,8 en 2012 la primera y de 19,3% a 11,4% la segunda. Sin embargo no se puede olvidar que aún hay 167 millones de personas viviendo en la pobreza y 66 millones en la indigencia. La mayor parte de las personas en condición de indigencia viven en las zonas rurales mientras la pobreza se concentra más en áreas urbanas; cerca de un 30% de los indigentes están ocupados, como empleados o cuenta propia e igual porcentaje no cuenta con agua potable. Entre los pobres cerca del 40% está ocupado, la gran mayoría como empleado y el 20% no tiene acceso a agua potable (CEPAL 2012).

Sin duda el problema más severo que enfrenta la región es la inequidad, pero en este aspecto también se ha avanzado. Comparando con 2002, en 9 de los 17 países el Coeficiente de Gini¹⁵ se ha reducido. Aún así, en 2012, en el promedio simple de los países para los cuales se cuenta con información el 10% más rico se apropiaba del 32% del ingreso total mientras el 40% más pobre recibe solo el 15%. Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras Paraguay y República Dominicana tienen la peor distribución del ingreso en la región. En Bolivia, Costa Rica y Panamá los más pobres reciben más o menos la misma proporción del ingreso total que en los anteriores, pero los más ricos se apropian de un poco menos. Argentina, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y Perú tienen

¹³ Solo se conocen las muertes ocurridas en los hospitales públicos y en el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

¹⁴ Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%).

¹⁵ El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 corresponde a la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y donde el valor 1 corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

valores mayores en el extremo inferior y algo menores en el 10% más rico. Uruguay es el país con la mejor distribución del ingreso en la región (CEPAL 2012). En Latinoamérica el 10% más rico ha logrado nivelarse con sus contrapartes en los países ricos, mientras el 40% más pobre le falta mucho camino para acercarse a sus pares de estos países. (Palma 2011).

No hay duda de que las condiciones de salud de su población también han mejorado. En los últimos veinticinco años, la esperanza de vida en las Américas aumentó siete años, la mortalidad infantil está disminuyendo y la importancia de las enfermedades transmisibles, como el VIH/SIDA y la tuberculosis es cada vez menor (OPS 2012). Estas mejoras son producto de la combinación de una variedad de factores, dentro de los que se destacan el aumento del gasto en salud como proporción del PIB, que pasó de 6,8% a 7,3% entre 2005 y 2010 y; el incremento en la cobertura de los servicios de salud y de los programas de inmunización para enfermedades prevenibles. La región ha sido líder mundial en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación de transmisión endémica de la rubéola y el control de la tos ferina, la difteria, el tétanos y la hepatitis B (OPS 2012).

A pesar de los enormes avances, todavía quedan retos innegables para la salud en América Latina y el Caribe. Como se mencionó, existen grandes desigualdades en la región y mientras que algunos países o sectores de la población avanzan, otros tardan o se estancan. Las desigualdades en la salud y el bienestar están indudablemente ligados a las inequidades generales que sufre la región.

Hay retos que se relacionan con la zona de residencia que se profundiza cuando se trata de poblaciones dispersas y de difícil acceso, migrantes temporales y en algunos casos incluso los permanentes, personas con alguna discapacidad, pueblos indígenas, afrodescendientes, y personas en situación de pobreza e indigencia.

No hay duda de que para encontrar soluciones factibles a estos grandes retos es indispensable ser creativo y como lo ha comprobado la CEPAL la región es una explosión de innovaciones en todos los campos. Es más, como lo afirma el Ex Secretario General de las Naciones Unidas: Algunos de los países más pobres han reducido la mortalidad gracias a métodos innovadores (Ban 2010)

La CEPAL ha logrado identificar innovaciones que se han generado en la región, gracias el Proyecto “Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe”, iniciativa de la Comisión que ha contado con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg¹⁶.

El objetivo de este proyecto fue “identificar, analizar y difundir ampliamente iniciativas novedosas de desarrollo social que aporten en el avance de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*”. La identificación se llevó a cabo mediante un concurso en el cual se recibieron cerca de 4.800 postulaciones de 20 países de América Latina y el Caribe que abordan temas diversos de desarrollo social tales como: salud comunitaria, educación básica, juventud, nutrición, generación de ingresos, desarrollo rural, responsabilidad social y voluntariado.

Este documento se concentra en el tema de la salud, en especial la salud materno-infantil y la de los pueblos indígenas y comunidades multiculturales. Claramente estos no abarcan todos los grandes retos de la salud de la región, pero no hay duda de que si han aportado a mejorar las condiciones de salud y reducir indicadores de morbilidad y mortalidad de grupos de población de alguna manera excluidos.

Son todos programas que además de ser innovadores, tienen una estructura costo/beneficio eficiente, un impacto significativo, se han desarrollado con una alta participación de los beneficiarios y son, sin lugar a dudas, replicables en otros lugares del mismo país tanto como en otros países de la región. De hecho varios de los programas que se analizan en este documento ya han sido replicados.

Como se ha comprobado en los estudios que ya se han llevado a cabo son además modelos que bien pueden servir de base para la definición de programas y políticas sociales en la región (Rey de Marulanda and Tancredi 2010).

¹⁶ Para mayores detalles del proyecto pueden visitar el link: www.cepal.org/dds/innovacionsocial.

II. Salud materno-infantil

En este capítulo se presentan los programas que trabajan la salud materno-infantil, tema consignado en dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El N° 4 que establece “Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de las niñas y los niños menores de 5 años” y el N° 5 que define “Mejorar la salud materna”, con dos metas, reducir un 75% la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes, por cualquiera causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio o su manejo. Las principales causas directas son las hemorragias (en general puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos de hipertensión durante el embarazo (usualmente la eclampsia), el parto obstruido y el aborto. Entre las indirectas se destaca las relacionada con el VIH/Sida (WHO et al. 2010).

Por su parte, los factores responsables de la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años¹⁷, y la mortalidad infantil¹⁸ varían según la etapa de desarrollo del niño y la región del mundo en donde viven. Pero no hay duda de que en general, se podrían evitar con intervenciones prácticas de bajo costo. El riesgo de muerte es más alto en el primer mes de vida, vinculada con partos prematuros, asfixia durante el parto o infecciones. Después del primer mes, la principal causa de muerte es la neumonía seguida de las enfermedades diarreicas o infecciosas tales como la malaria o el sarampión. Se estima que la malnutrición es la causa de un tercio de las muertes antes de 5 años (UNICEF et al. 2013).

De acuerdo con el último reporte de las Naciones Unidas sobre el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el mundo en su conjunto, aún cuando ha logrado importantes progresos, no parece factible llegar al 75% de la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. Esto se debe básicamente a la trayectoria que ha tenido en Oceanía, África y en el centro y sur de Asia. Cerca de la mitad de las muertes de menores de 5 años se dan en la India, Nigeria, el Congo, Pakistán y China (United Nations 2014). Llama tristemente la atención que dos de estos países sean parte de las grandes economías emergentes: China e India.

¹⁷ Proporción de niños menores de 5 años que mueren por cada mil nacimientos vivos.

¹⁸ Número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

América Latina y el Caribe está muy cerca de cumplir la meta. Inicio en 1990 con 54 muertes por 1.000 nacidos vivos y en 2012 ya había logrado reducirla en un 65% a 19¹⁹. Pero dos países en la región, Bolivia y Haití, enfrentan tasas de mortalidad de menores de 5 años superiores a 40/1000. Guayana, Surinam, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Ecuador y Paraguay tienen tasas superiores a 20/1000. El resto de la región tiene niveles inferiores a 20, igual al mundo desarrollado (UNICEF et al. 2013).

La reducción de la mortalidad materna ha sido una de las metas más esquivadas en todo el mundo y claramente exige un mayor esfuerzo y compromiso por parte de los gobiernos. En el mundo, esta tasa cayó un 47% (de 400 en 1990 a 210 en 2010 sobre 100.000 nacidos vivos) cuando la meta es una reducción de 75%. En América Latina ha bajado de 130 a 77 sobre 100.000 nacidos vivos, es decir sólo un 44%; en el Caribe la reducción ha sido inferior: de 280 a 190, un 32%. (United Nations 2014). Esto a pesar del incremento de la atención durante el embarazo²⁰ que en el Caribe ha sido de un 22% llegando a 72% en 2010 y en América Latina de 29% alcanzado un nivel de 89%. Sin embargo no podemos olvidar que no se cuenta con información clara acerca de la calidad de esta atención. Como siempre, hay grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales. En las primeras, en el conjunto de los países en desarrollo, el 84% de los partos son atendidos por personal de salud capacitado y en las segundas sólo el 53%. Otro tema crucial en este indicador es el embarazo de adolescentes, que aumenta los riesgos tanto para la madre como para el hijo o hija y el cual si bien ha caído en el promedio mundial su reducción ha sido muy lenta y relativamente reciente (Naciones Unidas 2013). En América Latina y el Caribe en 2012 aún 79/1000 nacimientos es de madres adolescentes entre 15 y 19 años. Registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años (UNFPA 2012a). Es más, de acuerdo con los estudios del CELADE, la tasa de fertilidad de las mujeres entre 15 y 19 años ha disminuido menos que las de otros grupos de edad (CELADE 2008).

De acuerdo con la información del Banco Mundial, ningún país de la región ha logrado la meta. Perú es el país que ha logrado una mayor reducción (67%) seguido por Bolivia, Barbados y Chile (Banco Mundial 2013c).

Ahora bien, incluso en los países en donde la situación es, en promedio buena y no está lejos del cumplimiento del objetivo, tiene zonas geográficas con muy altas tasas de mortalidad tanto materna como infantil. Tomando el caso de Brasil, la mortalidad infantil de menores de 5 años en el promedio nacional es de 18,83/1000, en Sao Paulo y el Distrito Federal es 15,85, en Santa Catarina 13,38. Pero en Maranhão, en el Noreste del país esta tasa se eleva a 30,61, siendo la más alta de todo el Brasil (PNUD 2013b). Los retos son grandes y no se pueden eludir. La creatividad es necesaria. Otro ejemplo es México en donde la tasa de mortalidad infantil promedio es 17,84 mientras en zonas de los Estados de Jalisco, Nayarit y Durango, así como Nuevo León, Coahuila, Zacatecas y mismo Estado de México se aprecian tasas de mortalidad superiores a 30 (UNICEF, CONEVAL 2011).

Algo similar ocurre con la mortalidad materna. Tomando el caso del Perú²¹, Lima Metropolitana tuvo una tasa de mortalidad infantil en el período 2002 – 2011 de 47,5/1000 mientras en la Sierra es 160,5; en la zona rural es 177,4 frente a 73,4, En el quintil más rico de la población es 36,8 y en el más pobre 213,3 (UNFPA, Ministerio de Salud de Perú 2013).

La situación de salud materno-infantil en América Latina y el Caribe se debe a varios factores, pero los más significativos están relacionados con el acceso y la calidad de la atención sanitaria que reciben las madres y los niños y niñas antes, durante y después del parto; la infraestructura y dotación de los puestos de salud; la capacitación del personal en especial en las zonas rurales; la capacidad de los núcleos familiares de identificar situaciones de riesgo y en general la pobreza y el acceso a servicios básicos tales como agua potable o saneamiento básico.

¹⁹ La meta es 18/1000.

²⁰ La recomendación de la OPS es que deben ser mínimo 4 controles durante el embarazo.

²¹ Aún cuando es un país que reconoce un alto nivel de subregistro.

Los programas que se presentan en este capítulo lograron enfrentar con éxito y creatividad dificultades que afectaba la salud materno infantil, tales como:

- Accesibilidad de los servicios de salud (geográficas, económicas o culturales)
- Deficiencias en los sistemas de registro de de estadísticas vitales
- Insuficiente vínculo entre los profesionales de salud y las mujeres embarazadas y sus familias
- Focalización en acciones curativas con poca atención a la prevención y promoción de salud
- Baja asistencia a los controles prenatales
- Escaso acceso a exámenes tales como los de laboratorio
- Falta de apoyo familiar y social

Se trata de tres programas que fueron finalistas o ganadores en el Concurso “Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe”. Estos son: “Trébol de Cuatro Hojas”: Estrategia de reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil, Secretaria de Salud y Acción Social de Sobral, Ceará (primer lugar en 2007); el Programa Comunitario de Salud – Salud Responsabilidad de Todos de Fram en el Paraguay (cuarto lugar en 2006) y; el Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo del Taller de los Niños, de San Juan de Lurigancho, Perú (finalista en 2005).

A. Programas innovadores en salud materno infantil

1. “Trébol de Cuatro Hojas”: Estrategia de reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil, Secretaría de Salud y Acción Social de Sobral, Ceará

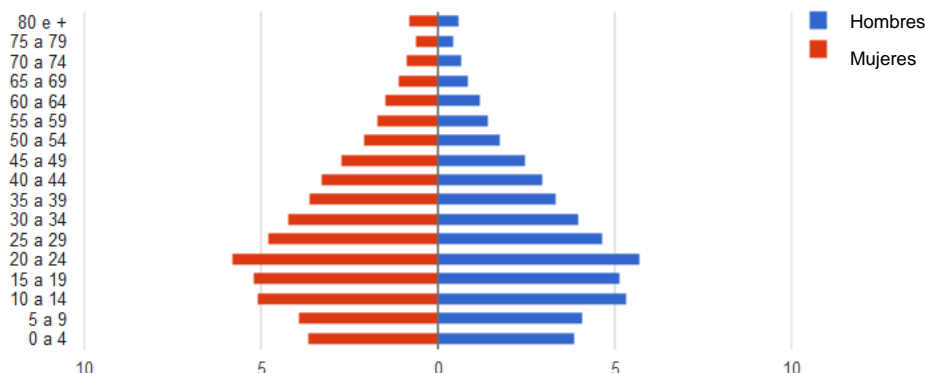
a) Contexto

Sobral está en el Estado de Ceará en la región noreste de Brasil, ubicado a 238 km. de Fortaleza, capital estatal. Es la segunda ciudad más importante del Estado en términos económicos y culturales, y la tercera mayor región metropolitana, solamente superada por Fortaleza y Juazeiro do Norte. Según la estimación del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística en 2013 su población era 197.663 de la cual el 12% vivía en el área rural. La tasa de envejecimiento ha venido en aumento. Entre 2000 y 2010 las personas mayores de 80 años pasaron de representar el 5,48% a 6,09%, mientras se ha reducido la población de 0 a 9 años (Gráfico 1). Los progresos en salud son notables. La esperanza de vida subió de 68,3 en 2000 a 74,9 en 2010, incluso un poco superior al promedio del país (73,4). La mortalidad de menores de 5 años se redujo de 50,4 a 14,6(PNUD 2013b) y la materna en 2009 y 2010 fue cero²².

El Índice de Desarrollo Humano, para 2010, fue 0,714, 32% superior al de 2000, colocándose por encima del promedio del Estado de Ceará e igualando el promedio nacional(PNUD 2013b).

²² Información entregada por la Secretaria de Salud de Sobral en el “Taller de trabajo para la réplica de innovaciones sociales”, Lima, Perú , 17 y 18 de septiembre, 2013.

GRÁFICO 1
PIRÁMIDE POBLACIONAL 2010



Fuente: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.

b) Antecedentes

Desde 1988 el Sistema de Salud del Brasil se enmarca en la Gestión Plena del Sistema Único de Salud (SUS), el cual busca la universalización de la cobertura de las acciones de la salud, hasta entonces brindada por el Instituto Nacional de Asistencia Médica y Providencia Social (INAMPS) solo para sus beneficiarios. Este cambio se da en el marco de la reforma constitucional que estableció la salud como un derecho. Gracias al SUS, toda la población brasilera pasó a tener derecho a la salud gratuita. En el municipio de Sobral este cambio alcanzó la plena gestión en 1998.

En este modelo, los servicios de salud deben ser prestados por el Gobierno Federal, los Estados y los Municipios. Forman parte del sistema los centros y puestos de salud, los hospitales públicos – incluidos los universitarios, los laboratorios y bancos de sangre, los servicios de vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental y las fundaciones e instituciones de investigación académica y científica (Rehem de Souza 2002). En este marco la *prefeitura* (alcaldía) de Sobral, a través de la Secretaría de Salud y Acción Social, asumió la responsabilidad de promover la salud, gestionando los recursos de origen federal, estadual y municipal.

La red de establecimientos de salud de Sobral está compuesta por 118 unidades ambulatorias, 9 laboratorios y 6 hospitales. Setenta de estas unidades están acreditadas por el SUS, de las cuales 46 son públicas y 24 privadas. La mayor parte de las municipales son de tipo ambulatorio. Además, cuenta con 31 Unidades Básicas de Salud Familiar, distribuidas en 28 áreas descentralizadas, comprendidas como territorios de acción de los equipos de salud familiar, donde actualmente existen registrados 48 equipos. Cada uno, dependiendo de la ubicación y perfil social y epidemiológico de la población asignada, acompaña entre 600 y 1.200 familias. La Secretaría de Salud y Acción Social estructura los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria desde esta red. El modelo de atención se fundamenta en el Programa de Salud Familiar (PSF), cuyo objetivo es contribuir a la reorientación del modelo de atención en salud, que pasa del tradicional de asistencia que ejecuta acciones meramente curativas, centradas en la atención individual, a prácticas de atención primaria cuyo enfoque es la promoción de la salud y el diagnóstico de la situación por medio del análisis de todos los determinantes que afectan la salud de una población en un barrio, distrito o municipio.

Desde 1997, en el municipio se ha reducido la tasa de mortalidad infantil por diversas razones. La ampliación del sistema de saneamiento básico redujo las muertes por diarrea. La implementación del PSF con acceso universal de la salud a la población y los agentes comunitarios de salud, posibilitó la intervención precoz en enfermedades complejas y la reducción de la mortalidad

general (Svitone et al. 2000). Sin embargo, las tasas continuaban siendo superiores al promedio del Estado y claro a las nacionales. La reducción de estas requería una serie de acciones concretas ampliamente identificadas, entre las que se destaca la calidad y acceso a los servicios de salud, la atención calificada tanto prenatal como en el parto, el nacimiento, el puerperio y el periodo neonatal así como el acompañamiento del desarrollo de los niños y niñas; las inmunizaciones, la salud sexual y reproductiva, los modelos integrados de atención que articulen la salud pública y la comunidad.

Ante esta situación las autoridades de salud decidieron realizar un estudio que les permitiera establecer, con mayor exactitud, las causas de la morbimortalidad materno infantil. Fueron varios los casos estudiados en los cuales la medicina no explicaba plenamente el por qué murió una madre o un hijo. Deciden entonces utilizar la metodología de las “autopsias verbales” (Lainde) (Soleman, Chandramohan, and Shibuya) (Soleman, Chandramohan y Shibuya, s/f) ampliamente utilizada en el mundo, gracias a la cual mediante entrevistas a miembros de las familias identifican lo sucedido desde el momento en que la persona enferma.

Fue así como establecieron problemas en la identificación vinculados con la capacidad de detectar y atender embarazos de alto riesgo; embarazadas que no recibieron atención de parte de una Unidad de Salud y otras con menos de seis consultas prenatales; mujeres que no se practicaron los exámenes de laboratorio requeridos; algunas que no guardaron el reposo aconsejado por falta de apoyo familiar y social.

En la coordinación identificaron falta de vínculo entre el equipo de salud y las gestantes con lo cual no se preparaban ni utilizaban protocolos de seguimiento a las madres y los hijos y se retardaba la captación de la gestante para iniciar los controles prenatales; problemas en la articulación entre los tres niveles de atención; dificultades en el acompañamiento a las embarazadas durante las consultas; problemas en el sistema de referencia y contrarreferencia entre la atención prenatal y las maternidades así como en la atención al parto y al puerperio.

Por su parte, encontraron que las muertes infantiles estaban relacionadas con fallas en la atención a la madre y su hijo hija e inadecuada identificación y seguimiento de los recién nacidos en riesgo; falta de visitas domiciliarias a las mujeres en el puerperio y a los niños y niñas en los primeros días de vida; altas tasas de infección neonatal; insuficiente orientación a las madres sobre exclusiva o continua lactancia materna, que se suspendía en muchos casos por la sobrecarga de tareas domésticas y/o la necesidad de acompañar a otros hijos cuando éstos son internados en hospitales. Es así como muchas mujeres experimentaban complicaciones que ponían en riesgo su vida y la de sus hijas e hijos. Esta situación se presentaba con mayor frecuencia en la población menos favorecida, en la que se acentúa la falta de apoyo familiar y social y donde el acceso a los servicios, por razones tales como la distancia o la autonomía de la mujer, es más limitado.

Con base en este diagnóstico en 2001 se creó el Programa Trébol de Cuatro Hojas y entró en funcionamiento el Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.

Las estrategias básicas que inspiraron el programa municipal TCH, fueron:

- Establecer acciones que garantizaran el cuidado necesario en las cuatro fases de atención maternoinfantil²³;

Determinar los criterios para la definición de riesgo clínico y social en el plano de los cuidados a mujeres y niños desde el prenatal hasta la atención pediátrica;

- Generar diversas estrategias con la sociedad civil para asegurar la captación de recursos y de movilización social;
- Producir un “kit para la gestante”²⁴

²³ Prenatal, parto, puerperio y el período neonatal.

- Desarrollar propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas;
- Implementar un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente de los indicadores del proceso y de los resultados de la asistencia maternoinfantil;
- Brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.

c) **Objetivo**

El objetivo del programa es reducir la morbilidad maternoinfantil mediante la reorganización de la atención en salud a madres, niñas y niños durante las etapas prenatal, parto, puerperio y el período neonatal hasta los dos años de edad, las cuales constituyen cada una de las cuatro hojas del trébol.

d) **Metas**

Las metas que establecieron fueron:

- Asegurar una cobertura mínima del 95% de la población atendida en el proceso de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad de la atención materno-infantil.
- Mejorar los indicadores de salud y calidad de vida de las mujeres embarazadas, las madres y los niños.
- Identificar y vigilar el 100 % de las mujeres embarazadas, lactantes y los niños y niñas en situación de riesgo social y/o clínico.
- Seleccionar y capacitar a las madres sociales²⁵ en el 100% de las áreas de salud de la Municipalidad de Sobral.
- Promover la responsabilidad social de los individuos y de la sociedad civil, a través del programa padrinos y madrinas sociales.
- Articular las redes sociales de apoyo social, tanto primaria como secundaria y la inclusión de las familias con mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas en situación de vulnerabilidad.
- Desarrollar e implementar el plan de atención al 100% de los casos de alto riesgo social y clínica.
- Llevar a cabo anualmente, reuniones regulares la Comisión Municipal para la Prevención de la Salud Materna, Perinatal y Mortalidad Infantil
- Investigar, analizar y valorar, de acuerdo con los criterios de evitabilidad y responsabilidad, el 100 % de las muertes maternas, fetales y neonatales en la población de Sobral.

e) **Ejecución**

El Trébol es una estrategia de atención con enfoque de salud familiar. Atiende a mujeres durante el embarazo, en período postnatal o que están amamantando y a niños y niñas hasta los dos

²⁴ El Kit de la gestante, que se le entrega a la gestante, para incentivar la maternidad responsable. Contiene frazadas, ropa y medias para el recién nacido.

²⁵ Más adelante se explica en detalle qué son las madres sociales.

años, especialmente a aquellos casos con algún tipo de riesgo social o clínico. Su labor se centra en el acompañamiento, bajo una visión de promoción de la salud y fomento del auto cuidado.

En general, las familias acompañadas por el Trébol viven en situación de pobreza y exclusión social; son residentes de áreas rurales o urbanas en riesgo social y/o habitacional. La situación es identificada por las autoridades municipales, de acuerdo con la clasificación de riesgo, social o clínico (Cuadro 1), que se lleva a cabo según criterios validados y establecidos por el TCH.

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE RIESGO

Riesgo SOCIAL	Riesgo CLÍNICO
Analfabetismo	Gestantes y puérperas con enfermedades preexistentes, enfermedades infecciosas, patologías ginecológicas y obstétricas
Lugar de residencia (área de riesgo)	
Pobreza absoluta	Características personales e historia reproductiva anterior de las mujeres embarazadas, puérperas y en amamantamiento
Familias en situación de vulnerabilidad con 3 hijos(as) menores de 5 años	Niños(as) con interconsultas entregadas durante su nacimiento, enfermedades preexistentes, bajo peso, o prematuros.
Falta de apoyo alimentario	
Falta de apoyo familiar	Niños que reúnen los requisitos de recién nacido en riesgo al nacer o de riesgo adquirido posteriormente
Dependencia química	
Incapacidad o dificultad para el auto cuidado	
Embarazo no deseado	
Madre adolescente	
Violencia intrafamiliar	

Fuente: Responsables del proyecto.

El programa trabaja en tres líneas básicas de acción:

- Gestión del cuidado en las cuatro fases de atención (atención prenatal, parto y puerperio, del nacimiento y período neonatal, y dos primeros años de vida);
- Vigilancia de la morbimortalidad materna e infantil y;
- Apoyo social a través de madres sociales, madrinas y padrinos sociales y de la articulación de una red intersectorial de apoyo a la vida.

Las Madres Sociales, claves dentro del programa, son mujeres de la comunidad cuya principal función es el seguimiento de las embarazadas y puérperas así como de los niños y las niñas en riesgo clínico y/o social que carecen de apoyo familiar. Su remuneración proviene del presupuesto local de salud. Son identificadas por los Agentes Comunitarios de Salud de los equipos de salud familiar y seleccionadas por el equipo técnico del Trébol a través de un abordaje grupal, entrevista individual y un análisis de su perfil. En este análisis se evalúan algunos aspectos tales como: aptitud para trabajar con niños y en quehaceres domésticos, experiencia personal positiva con la lactancia materna y participación en trabajo comunitario. Deben ser mujeres mayores de 21 años, alfabetas, que han demostrado buenas prácticas en la crianza de sus hijos e hijas y tienen buenas relaciones con la comunidad. Sus funciones son el cuidado de la gestante en riesgo, del recién nacido, el apoyo en la lactancia materna, el cuidado de los menores de dos años, así como realizar las tareas domésticas del hogar cuando la madre no las puede asumir y acompañar a la madre o al hijo durante las internaciones o atender a los hijos que quedan en el hogar. Estas mujeres son capacitadas por el Equipo del Trébol en ética en el trabajo, gestión de riesgo, puerperio y recién nacido en riesgo y alimentación y

desarrollo de los niños hasta los 2 años. La capacitación se fundamenta en el paradigma de la promoción de la salud. Se enfatiza la cultura comunitaria, con perspectiva de género –ya que también trabajan con los hombres, miembros de la familia- utilizando siempre un método participativo y constructivista²⁶.

Las capacitaciones se desarrollan en seis módulos en forma de talleres educativos semanales en donde se realizan distintas dinámicas grupales, se ven videos, se comparten vivencias, se analizan casos y se estudia en detalle el Carné de Salud de la madre y el niño o niña. Los temas que se tratan y que buscan asegurar el éxito en las tareas que realizan las madres sociales son: género y familia; apoyo social y empoderamiento; ética del cuidador; signos y síntomas de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio; ventajas y dificultades de la alimentación materna y; crecimiento y desarrollo infantil. Por otro lado, también se fomentan conocimientos prácticos y habilidades en cuidado del ambiente doméstico; de la gestante, la puérpera y del recién nacido; del niño o niña en riesgo clínico y social; así como en técnicas de apoyo a la alimentación materna. En términos de actitud y postura, se trabaja la valorización y la defensa de la vida humana; el comportamiento ético junto a la familia acompañada; el respeto a la mujer y al niño o niña como ciudadana y; el compromiso con la mejora de la calidad de vida de las familias.

Las Madrinas y los Padrinos Sociales son personas naturales o jurídicas que contribuyen económicamente para las familias que así lo requieren. Sus donativos son deducibles de impuestos.

Líneas de acción, fases y actividades específicas:

Línea 1: Gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno-infantil que cubre prenatal, parto y puerperio y neonatal.

Fase I: Gestión de la atención prenatal

Incluye las siguientes acciones específicas:

- Monitoreo a los indicadores de calidad del control prenatal, a través del ingreso permanente de información al banco de datos del Trébol y el cruce de ésta con los sistemas oficiales del Ministerio de Salud.
- Informe mensual consolidado con los indicadores de prenatal del municipio y mensuales por área de salud familiar.
- Detección de embarazadas, según criterios de riesgo clínico y social, mediante los informes mensuales de los Centros de Salud Familiar.
- Organización de un calendario de actividades de educación permanente en el área de ginecoobstetricia para los profesionales de los Centros de Salud Familiar.
- Visita a domicilio del equipo de salud familiar a las embarazadas en situación de riesgo clínico y/o social, considerando especialmente aquellas que presentan resistencia al control prenatal, y requieran de apoyo alimenticio y la atención de una Madre Social.
- Elaboración y evaluación de los cuidados de la gestante en riesgo, según el perfil clínico y sociofamiliar.
- Selección y capacitación de Madres Sociales para el cuidado de las gestantes en riesgo.
- Visita domiciliaria, con la Madre Social, para valorar el cumplimiento de las recomendaciones médicas de reposo.

²⁶ Este método valora el saber popular y está enfocado en la formación de sujetos autónomos y críticos.

- Cumplimiento de las actividades estipuladas en el marco de la maternidad responsable para estimular la captación precoz de mujeres embarazadas al control prenatal y a las actividades educativas (entrega del Kit para embarazadas).
- Visita a las embarazadas hospitalizadas en maternidad de alto riesgo, para el registro de información del acompañamiento.
- Evaluación de las necesidades de la Madre Social durante su labor de acompañamiento domiciliar a los niños y las niñas cuyas madres están hospitalizadas en maternidad de alto riesgo.
- Informe diario, a los Centros de Salud de Familia, sobre las mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas o ya egresadas.
- Organización y evaluación del control ambulatorio del prenatal de alto riesgo.
- Definición de protocolos para la atención de gestantes portadoras de enfermedades mentales.
- Información a los Centros de Salud Familiar y seguimiento a las mujeres trasladadas a las maternidades de Fortaleza.

Fase II: Gestión de la atención del parto y el puerperio

Durante esta fase se llevan a cabo acciones complementarias a la anterior, las cuales son:

- Identificación de factores de riesgo para la labor de parto, así como la elaboración de una guía de cuidados.
- Preparación de un protocolo que asegure la atención de mujeres embarazadas en las maternidades para el parto, evitando su “peregrinación” por los distintos servicios (centros de salud, salas de emergencia).
- Visita y entrevista con las puérperas en la maternidad para evaluar la atención durante el parto.
- Evaluación de las necesidades de apoyo de las Madres Sociales para el acompañamiento de mujeres portadoras de trastornos mentales sin apoyo familiar durante el parto.
- Asignación de la Madre Social para el acompañamiento de los hijos e hijas de embarazadas sin apoyo familiar durante la hospitalización para el parto.
- Reporte diario a los Centros de Salud Familiar sobre los nacidos vivos, mortinatos, complicaciones y condiciones de los partos.
- Visita a maternidades para entrevistar a las mujeres después del parto para evaluar el uso del Carné de salud de la madre y del niño, especialmente en relación con los registros del control prenatal.
- Identificación de los factores de riesgo en el puerperio y período neonatal y elaboración de planes de atención.
- Elaboración de protocolos para la visita de Enfermería y de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a los Centros de Salud Familiar durante el puerperio precoz.
- Visita domiciliar a las mujeres puérperas para evaluar las necesidades de acompañamiento de la Madre Social y/o apoyo de alimentación o dieta especial.

El Carné de salud de la madre y su hijo es un instrumento para el registro de información fundamental para un control adecuado y seguimiento tanto de la mujer como del niño o niña. Registra datos de evolución del embarazo, el parto y el crecimiento y desarrollo del niño o niña hasta los cinco años.

Fase III: Gestión de la atención del nacimiento y período neonatal:

Las actividades de esta fase se realizan desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida el niño o la niña y son:

- Identificación de los factores de riesgo en el período neonatal y elaboración de planes de atención.
- Visita diaria a los recién nacidos hospitalizados en las maternidades para el acompañamiento de su evolución y hasta su egreso hospitalario.
- Visita domiciliaria para orientar a madres con dificultades con su amamantamiento.
- Visita a maternidades para clasificación del recién nacido en cuanto a su condición de riesgo.
- Comunicación oficial al Gerente del Centro de Salud y el encargado de Pediatría para solicitar atención especial a cualquier recién nacido en riesgo.
- Ejecución de actividades de Maternidad Responsable para estimular la realización precoz del Tamizaje Neonatal²⁷, registro de nacimientos y consultas en puericultura²⁸.

Fase IV: Gestión de la atención del niño en sus dos primeros años de vida:

Esta fase atiende a niños y niñas de los 28 días de nacidos a los 24 meses. Las actividades que se llevan a cabo son:

- Identificación de lactantes/niños o niñas con algún riesgo y elaboración de un plan de cuidados;
- Definición de rutinas de acompañamiento para el niño o la niña sana;
- Clasificación de los niños y las niñas en cuanto a su condición “riesgo adquirido” en los primeros dos años de vida;
- Visita domiciliaria para la evaluación de la necesidad de apoyo y acompañamiento domiciliar u hospitalario de la Madre Social y/o apoyo nutricional;
- Visita diaria a las salas de pediatría en los hospitales para el acompañamiento a los niños y las niñas menores de dos años, observando su evolución hasta su egreso;
- Reporte diario a los Centros de Salud Familiar sobre el internamiento, evolución y alta de los niños y niñas con menos de dos años;
- Reuniones interdisciplinarias e intersectoriales para la discusión de los casos de mayor complejidad.

Línea 2: Vigilancia de la morbimortalidad materna e infantil

La vigilancia de la morbimortalidad materna e infantil se desarrolla a través de una estrategia multidimensional y multidisciplinar que incluye acciones a nivel interpersonal y evaluaciones y análisis a nivel administrativo.

Las enfermeras del programa TCH visitan, diariamente las maternidades y las unidades neonatales de hospitales públicos y clínicas particulares para entrevistar a las puérperas sobre sus experiencias durante el embarazo y parto. Evalúan y anotan los registros del Carné de Salud, recolectan datos sobre las mujeres con embarazo de alto riesgo y niños y niñas, menores de un año, internados. Esta información es utilizada para definir un plan de atención para cada caso individual.

²⁷ El tamizaje neonatal, conocida también como la Prueba del Talón, se realiza al recién nacido para detectar alguna patología endocrina, infecciosa o errores del metabolismo, antes de que la enfermedad se manifieste y para prevenir, de ser posible, alguna discapacidad física, mental o la muerte.

²⁸ Puericultura es el estudio de la salud y cuidados que deben darse a los niños y niñas durante los primeros años de vida.

Otras actividades incluyen proyectos de promoción de la alimentación materna y de la maternidad responsable; acciones de tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas, entre otras.

El monitorio y la evaluación permanente de los indicadores de calidad de la atención a las gestantes y los niños y niñas permiten una supervivencia mensurable y fiable de la atención materno-infantil. Este monitoreo lo hace el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, órgano interinstitucional, de carácter educativo y propositivo, coordinado por el equipo de Trébol de Cuatro Hojas, que cuenta con representación de los tres niveles de atención en salud del municipio y de los consejos municipales²⁹. El Comité, a partir del análisis de las muertes, trata de identificar posibles fallas en la atención a la gestante y/o el niño o la niña a fin de proponer acciones encaminadas a evitar nuevas muertes evitables, clasificadas con los criterios propuestos por la Fundación SEADE³⁰.

Línea 3: Apoyo social a través de Madres, Madrinas y Padrinos Sociales y de la articulación de una red intersectorial de apoyo a la vida.

La Madre Social apoya a la madre biológica, de acuerdo con las necesidades específicas de cada familia. Sus acciones son muy amplias: tareas domésticas, cuidado del niño en situación de riesgo o de la madre o incluso de los otros hijos o hijas. Igualmente apoya a una familia, cuando esta no cuenta con otra ayuda. Nunca reemplaza el apoyo familiar posible. Entra a actuar cuando la gestante no puede llevar a cabo las tareas del hogar por indicaciones médicas, cuando debe ser internada o cuando por alguna razón no tiene capacidad de auto cuidarse. Igualmente reciben este apoyo las púerperas con hijos menores de 5 años; aquellas que presentan complicaciones en el puerperio, cuando enfrenta una incapacidad temporal para cuidar al recién nacido o cuando el recién nacido debe ser internado. En el caso de menores de 2 años, la Madre Social acompaña a la familia cuando la madre es temporalmente incapaz de cuidar al niño, cuando se encuentra en riesgo clínico o cuando debe ser hospitalizado. Solo se da esta atención a familias con ingresos iguales o inferiores a 2 salarios mínimos.

Adicionalmente se entrega apoyo alimenticio a las gestantes desnutridas o que tienen el peligro de caer en la desnutrición, cuando el jefe del hogar está desocupado o no tiene fuentes de ingreso o cuando el ingreso familiar es inferior a un cuarto del salario mínimo legal.

Además, el programa ayuda a las familias para que tengan la documentación legal básica y se pueda inscribir en los diversos programas de protección social que adelanta el Gobierno Federal de Brasil.

Después de varios años que permitieron reconocer la alta incidencia del consumo de droga entre mujeres embarazadas en el municipio, en 2010 el programa puso en marcha acciones concretas para la atención a las gestantes drogodependientes, así como programas de sensibilización frente al tema. Son estas madres las que aún presentan altas tasas de mortalidad materna.

f) Logros

El programa ha tenido un claro impacto en las condiciones de la salud materno infantil del municipio. Desde que se inició, en 2001, el número máximo de muertes maternas ha sido 3. Incluso en 2009 y 2010 lograron que ninguna madre muriese. Buena parte de la mortalidad materna se ha vinculado con la drogadicción, razón por la cual abrieron, como se mencionó, un programa especial para gestantes drogodependientes. Enfrentan también mortalidad materna por enfermedades preexistentes.

Como se aprecia en el gráfico 2, la mortalidad infantil ha sido levemente superior a la materna, pero al igual que esta la última en 2009 y 2010 fue posible que ningún infante muriera.

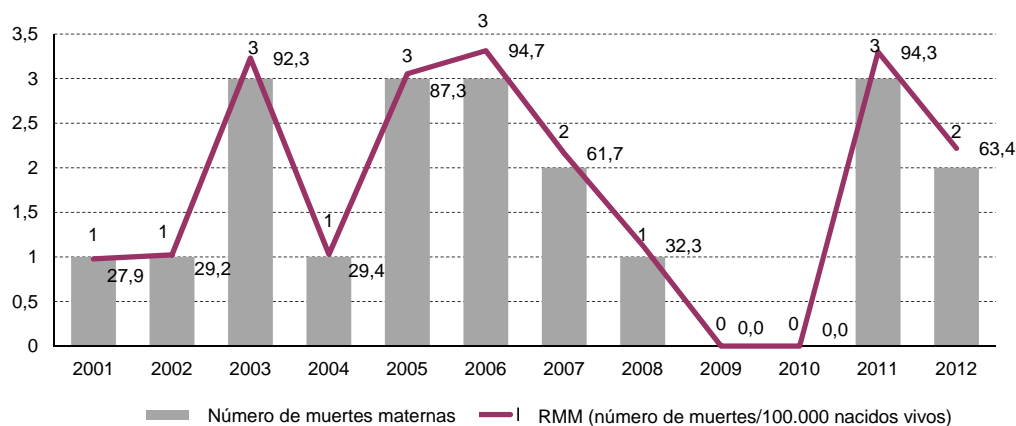
²⁹ Consejo Municipal de salud, Consejo Municipal de los derechos de los niños y adolescentes y Consejo Municipal de los Derechos de la Mujer

³⁰ Fundación Sistema Provincial de Análisis de Datos

También se redujo la tasa de mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad infantil bajo de 29,6 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 13,6 en 2012 (Gráfico 3)³¹. (Araújo 2013).

Estos resultados se deben al seguimiento y la identificación de posibles situaciones de riesgo clínico y el acompañamiento de las madres sociales. El programa del Trébol de Cuatro Hojas ha logrado cubrir a todas las familias que requieren el cuidado que entrega el programa. Inició el trabajo con 687 familias en 2002, en 2006 atendieron a 3.513 familias que lo requirieron y en 2012 tuvieron el apoyo del Trébol 1.580.

GRÁFICO 2
NÚMERO DE MATERNAS Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
SOBRAL, CEARA, 2001-2012

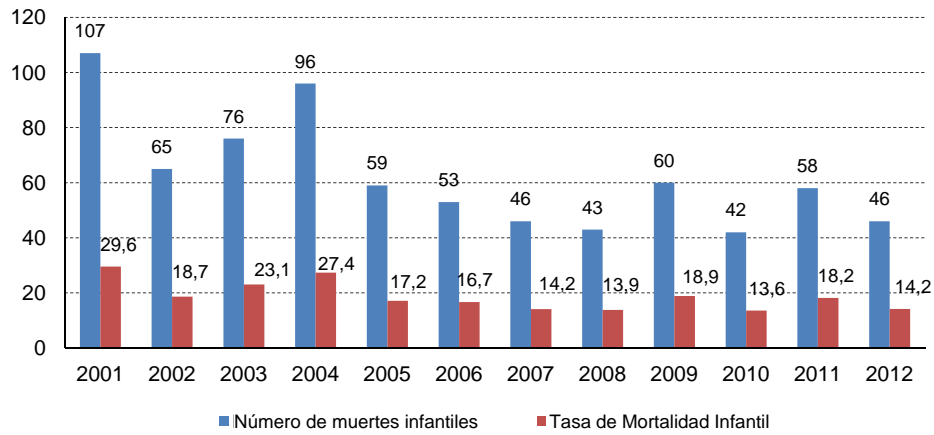


Fuente: Responsables del Programa Trébol de cuatro hojas.

Este tipo de atención ha hecho posible que el número de mujeres gestantes que se hacen 7 o más controles durante el embarazo pase de 43,0% a 85,4% entre 2001 y 2012 y la proporción de las que no se hacen ningún control se redujera de 6,2% a 2,5% en este mismo período. Cada vez más el apoyo que requieren las madres se concentra en el post parto y los niños y las niñas y menos en las embarazadas y parturientas (gráfico 4).

³¹ Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos.

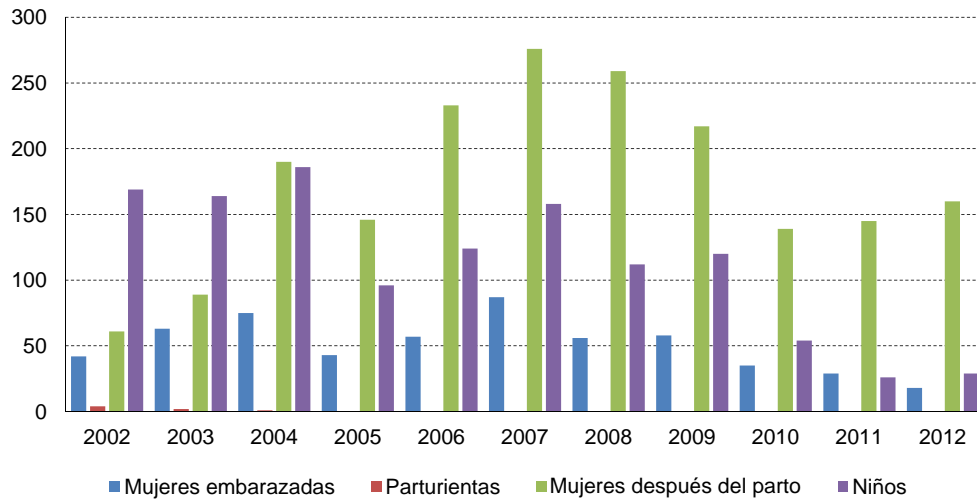
GRÁFICO 3
NÚMERO DE MUERTES INFANTILES Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
OBRAL-CE-BRASIL, 2001-2012



Fuente: Responsables del Programa Trébol de cuatro hojas.

Un resultado central que resaltan las responsables del Programa es la reducción de la “banalización de la muerte infantil”. Ya no es “normal” que un niño muera y esta visión ha permeado a las familias de la zona.

GRÁFICO 4
NÚMERO DE SEGUIMIENTOS DE LAS MADRES SOCIALES
SEGÚN ETAPA, 2002-2012



Fuente: Responsables del Programa Trébol de cuatro hojas.

g) Elementos innovadores

El programa “Trébol de Cuatro Hojas” tiene una gran cantidad de fortalezas y aspectos innovadores que lo llevaron a ocupar el primer lugar en 2007 en el Concurso “Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe”.

Los puntos más innovadores del programa son:

- El análisis de factores socioeconómicos determinantes de la salud para poder promocionar la salud y prevenir la enfermedad y la muerte.
- La articulación de los diversos actores de la sociedad que suma esfuerzos y logra resultados efectivos en comunidades pequeñas y medianas.
- El trabajo de las Madres Sociales y su impacto sobre la salud de las madres y sus hijos e hijas.
- El que las Madres Sociales sean mujeres de la propia comunidad lo que fortalece el vínculo con las beneficiarias y además genera una oportunidad laboral.
- Es un modelo de corresponsabilidad en salud, compartida entre el sistema de salud y las familias beneficiadas.
- La estrategia tiene un enfoque familiar y está basado en los principios de promoción de la salud.
- Se atiende a las familias en situación de riesgo, siempre buscando potenciar el autocuidado y la autonomía.
- Tiene un alto grado de consolidación, gracias especialmente al compromiso y activa participación de los múltiples actores –de diversos segmentos de la salud municipal- en el proceso de gestión del proyecto.
- La creación y el fortalecimiento del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil con un alto nivel de participación de todos los actores sectoriales.
- La ejecución articulada entre los tres niveles de atención en salud en donde funcionan los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Los protocolos de atención para las cuatro fases de la asistencia materno infantil (embarazo, parto y nacimiento, puerperio y los primeros dos años de vida del niño).
- La corresponsabilidad del gobierno municipal y de la sociedad civil en el financiamiento.
- El Plan de cuidados intersectorial elaborado bajo una visión holística que incorpora lo clínico y lo social.
- La existencia de una base de datos actualizada diariamente, que proporciona información precisa para la ejecución, el acompañamiento y la evaluación del programa.
- La producción y sistematización de documentos ajustados a la realidad local, tales como protocolos clínicos, carné, fichas, entre otros.
- El cambio conceptual a nivel colectivo que abandonó la “trivialización” de la muerte de madres y niños por una visión que asegura garantizar los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y demás pactos y convenciones relacionadas.
- La sustentabilidad financiera ya que sus costos promedios son inferiores a los modelos tradicionales y además en este caso recibe fondos de la comunidad y las empresas además del Estado.

El Trébol de Cuatro Hojas constituye una estrategia efectiva de reducción de la mortalidad materna e infantil. Tiene como principal característica el trabajo conjunto entre el gobierno municipal, la sociedad civil, la comunidad y el sector privado lo que favorece su consolidación.

Es replicable en cualquier municipio con las debidas adaptaciones a la realidad local. Un elemento que facilita esta replica es la calidad y claridad de la sistematización con la que cuenta. Tiene como principal característica el trabajo conjunto entre el gobierno municipal, la sociedad civil, la comunidad y el sector privado lo que favorece su consolidación. Como tal, también surgen desafíos permanentes tales como asegurar su continuidad como política pública, garantizar la sustentabilidad financiera para mantener, difundir y ampliar las acciones que actualmente realiza y que permitan ampliar el grupo etario de los niños acompañados por la estrategia hasta los cinco años. Para ser replicado, se necesita voluntad política, participación social, integración de las diversas esferas de la salud y compromiso del equipo técnico.

De hecho hoy el modelo del Trébol ya es parte integral de la política de salud del Municipio de Sobral y se extendió al Estado y el Ministerio de Salud del Gobierno Federal lo está extendiendo para que sea utilizado en estados en el noreste del país.

Además desde 2011 la experiencia de la Madre Social ha sido adoptada por el Gobierno Federal de Brasil en la “*Rede Cegonha*”(Ministério da Saúde 2013) que actualmente se aplica en todo el territorio y hace parte de los programas de Ministerio de Salud del Brasil.

El gran reto es que otros países de la región tomen ideas de este exitoso programa y las apliquen en sus programas y políticas gubernamentales.

B. Programa Comunitario de Salud–Salud Responsabilidad de Todos, Fram, Departamento de Itapúa, Paraguay, Servicio de Salud de Fram

1. Contexto

Fram es uno de los distritos del Departamento de Itapúa, ubicado en la región Oriental del Paraguay, en el límite con la Argentina a 43 km de Encarnación, capital del Departamento. La población total del Departamento en 2002 era 453.692 de las cuales solo cerca del 30% vive en zonas urbanas. Fram tenía 6.923 habitantes y cerca del 50% viven en la zona urbana(DGEEC 2002). La población en situación de pobreza en el Departamento es 36,8% superior al promedio del país (34,4%) mientras en Fram los pobres son el 32,9% (DGEEC 2014). Las principales actividades económicas del Distrito son la explotación agrícola, la agroindustria, la ganadería, la cría de cerdos y aves de corral.

De acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano 2013, Paraguay se encuentra en el grupo de países de Desarrollo Humano Medio por encima, en Latinoamérica, sólo de Guatemala, Nicaragua, Guyana y Haití. El valor del IDH fue 0,669, levemente inferior al de 2011. La esperanza de vida es de 72,7 años y los años promedio de educación son 7,7, nuevamente bajo el promedio de la región(PNUD 2013a). Por su parte Itapúa se encuentra bajo el promedio del país. Tomando el IDH de 2011 el promedio de Paraguay fue de 0,659 y el del Departamento 0,631. La esperanza de vida al nacer es igual al promedio nacional (72,7) pero los años promedio de educación son casi la mitad de los de Asunción (6,7 vrs. 11,3) (UNFPA 2012b).

2. Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay fue creado en 1996 (Congreso de la Nación Paraguaya 1996) con un modelo altamente centralizado, sin cobertura gratuita para quien no está afiliado a la seguridad social, a la cual están básicamente vinculadas las personas que trabajan en el sector formal, con la consecuente inequidad. De acuerdo con un estudio del Banco Mundial “solo el 1% de las

personas de los quintiles socio-económicos más bajos tiene acceso a un seguro de cualquier tipo; este porcentaje se compara con el 46 por ciento del quintil más alto” (Banco Mundial 2005). Solo se hacen excepciones en los casos en los que la persona se encuentre en extrema pobreza y para los demás los copagos iban desde US\$ 0,50 a US\$ 150, dentro de un listado de 1.000 prestaciones. Las excepciones son hechas a través de un departamento social donde el beneficiario debe gestionar la exoneración del pago del servicio comprobando su incapacidad para el pago del mismo. Al parecer el costo es uno de los principales motivos por los cuales las personas de bajos ingresos no asisten a los establecimientos de salud sino en casos extremos. Este comportamiento se refleja plenamente en las tasas de mortalidad materna del país. Si bien se redujo de 164 a 89 sobre 100.000 continúa siendo una de las más altas de la región y no parece posible que cumpla con lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Igualmente la mortalidad neonatal se ha reducido pero es más alta que la de otros países con el mismo nivel de desarrollo relativo (UNICEF 2013).

Si bien el Sistema creó las Secretarías de Salud, regionales y locales, estos niveles tienen muy poca autonomía y actúan principalmente como agentes del Ministerio de Salud. Los recursos humanos son asignados y controlados por el nivel central lo cual crea inconsistencia entre las asignaciones y las necesidades locales. La misma situación se observa en otros aspectos de la administración de la atención de salud, como la compra de medicamentos y suministros esenciales, y las políticas arancelarias. La totalidad de los ingresos generados por cada centro de salud (tanto los cubiertos por la seguridad social como los pagados directamente por los pacientes) se trasladan en su totalidad al Ministerio quien los redistribuye y regresa al nivel local.

El Proceso Presupuestario para recursos institucionales bajo el modelo vigente en el momento en que se desarrolla este programa era el siguiente:

- Los establecimientos de salud recaudaban los aranceles y los enviaban a la Región Sanitaria dentro de los primeros diez días del mes después de haber sido recaudados. El tiempo promedio de este procedimiento era 35 días desde la recaudación.
- En el momento en que una Región Sanitaria recibía los informes de todos los establecimientos, enviaban un informe al gobierno central (Departamento de Recaudaciones), que autorizaba la asignación mensual de recursos según el Plan de Asignaciones. El Departamento de Financiamiento disponía de los fondos para el Plan de Asignación dependiendo de los fondos disponibles. Tiempo promedio: 5 días.
- La Región Sanitaria presentaba la documentación de soporte para crear un crédito a su favor. Tiempo promedio: 10 días.
- Una vez el crédito era reconocido por el Departamento Contable del Ministerio de Salud, los documentos eran enviados al Departamento de Auditoría, y luego al Departamento de Ejecución Presupuestaria, donde las solicitudes de transferencia de recursos eran autorizadas y enviadas al Ministerio de Economía y Finanzas. Tiempo promedio: 8 días.
- El Ministerio de Economía transfería los recursos al Ministerio de Salud. Tiempo promedio: 40 días.
- El Ministerio de Salud depositaba recursos en el Banco Central en una cuenta del Ministerio de Salud, que luego eran transferidos al Banco Nacional de Fomento para poder ser gastados. Tiempo promedio: 3 días.
- A continuación se autorizaba el pago a los proveedores y se realizan los pagos. Tiempo promedio: 5 días.

En promedio, los fondos regresaban a las Regiones Sanitarias 105 días después de haber sido recaudados.

Fram, a mediados de los 90 solo contaba con un Centro de Salud, construido en 1956 y operado por 5 funcionarios³², sin cobertura las 24 horas y déficit de insumos y medicamentos. A esto se sumaban los problemas de infraestructura de la zona, en especial el estado de las carretas, con lo cual, en la práctica, era bastante inaccesible para gran parte de la población.

Esta situación se reflejaba en los indicadores de salud. La mortalidad infantil era muy elevada (36 por 1000 nacidos vivos en 1996), los controles en el embarazo muy bajos y la mayoría de los partos eran domiciliarios. Los exámenes de Papanicolaou (PAP) y la inmunización de niñas y niños era escasa (Secretaría de Salud, Fram 1996). Adicionalmente, la relación entre el Centro de Salud y la población que debería atender era prácticamente nula. La población solo visitaba el Centro para situaciones extremas y era muy difícil trabajar en prevención.

3. Objetivos

Objetivo General

Mejorar las condiciones sanitarias de toda la población del Distrito de Fram, a través de una gestión descentralizada y participativa, potenciando la participación ciudadana en todos los niveles de decisión, la capacitación de la población y el empoderamiento de la misma en la identificación y la solución de los problemas que lo aquejan sin excluir los niveles departamentales y nacionales en la toma de decisiones y en la gestión y control.

Objetivos Específicos

- Mejorar la capacidad resolutive y la calidad de la atención del centro de salud local.
- Asegurar la equidad en la accesibilidad a los servicios de salud.
- Administración descentralizada eficiente y con capacidad resolutive.
- Priorizar medidas de prevención.
- Priorizar la salud materno - infantil.
- Buscar alternativas de financiamiento local.

4. Metas

Las metas que se fijaron fueron:

- Disminuir la morbimortalidad materno - infantil.
- Reducir la morbilidad de enfermedades prevenibles mediante inmunización o por acciones de salud en la comunidad.
- Mejorar el estado nutricional de la población.
- Aumentar el número de partos institucionales y mejorar la calidad de la atención en las maternidades.
- Alcanzar el 100% de cobertura de inmunizaciones.
- Mejorar la educación sanitaria de la población.
- Incluir a la comunidad como parte del proceso y como factores de cambio en las conductas de salud, así como en la toma de decisiones de las políticas de salud locales en el Distrito de Fram.

³² 1 médico, 1 obstetra, 2 enfermeras y 1 estadígrafa

5. Ejecución

Frente a los graves problemas de salud pública que enfrentaba el Distrito, con activa participación de la Alcaldía de Fram y del Centro de Salud, en 1993 se creó la Comisión de Salud de Fram de la cual hacen parte personal del Centro de Salud, la Alcaldía y líderes comunitarios. Ese mismo año la Comisión declaró la gratuidad de los servicios de salud en el Distrito y asumió la responsabilidad del mantenimiento de las instalaciones y el abastecimiento de los insumos. Para cubrir estas obligaciones se realizaron diferentes actividades comunitarias tales como bazares, rifas, cenas, festivales, ferias de comida, concursos de pesca; que les permitieron generar recursos para el financiamiento anual del Centro, incluyendo el servicio 24 horas y la mejora de las instalaciones. El personal continuó siendo financiado con el presupuesto nacional de salud. No obstante, los recursos recaudados por estas actividades no eran suficientes. Siendo así, el Centro de Salud, con el apoyo de la Comisión de Salud, deciden volver a cobrar por los servicios pero cambiar la figura de “recuperación de costos” por “donación” de quienes tuviesen la posibilidad económica de hacerlo pero manteniendo el principio de atención universal. De esta forma podían utilizar los recursos bajo autogestión y no enviarlos al Ministerio.

En 1997 se conformó el Consejo Local de Salud³³ y se crearon la Farmacia Social y la Red Salud de la Mujer. En 2000 el Consejo Local de Salud de Fram llevó a cabo un Censo Socio Sanitario con activa participación de la comunidad³⁴ y el Análisis de la situación epidemiológica de la ciudad con la participación del Centro de Salud, la VII Región Sanitaria y el Ministerio de Salud del Paraguay. En 2002 logró el reconocimiento jurídico del Consejo Local y en diciembre de ese mismo año, se puso en marcha el Programa de Salud Comunitario.

Con el Programa en marcha se contrato más personal y se diversificó el equipo de profesionales de la salud³⁵. La infraestructura del Centro, totalmente renovado cuenta con 15 camas y 4 cunas; quirófano, sala de parto y laboratorio equipados; 7 consultorios, enfermerías de internado y urgencia y sala de vacunación. Además tiene una ambulancia, un ecógrafo, un electrocardiógrafo y un monitor fetal, entre otros.

Los recursos generados han permitido ampliar la cobertura y la calidad de la atención. A modo de ejemplo, en 2012 se realizaron 38,000 consultas, 62 partos vaginales, 150 cesáreas, 1,575 tomas de PAP, 1,115 internaciones, 86 cirugías y 2,531 exámenes de mama.

La eliminación del pago, el mejor servicio, la atención las 24 horas y las relaciones más cercanas con la comunidad permitieron la generación de compromisos de las personas en el cuidado de su salud y la de su familia. Es así como deben tener al día su esquema de salud, practicarse un control dental anual, así como el del Índice de Infestación de Aedes³⁶. Para las mujeres mayores de 18 años se exige una citología anual y a las embarazadas, un mínimo de 6 controles prenatales en mujeres de bajo riesgo y 9 en alto riesgo. Después del parto, se pide control clínico de mamás y una consulta médica cada 6 meses para niños menores de 5 años.

³³ El Consejo Local de Salud es un organismo de concertación, de coordinación y de participación interinstitucional para el desarrollo de planes, programas, proyectos y servicios de salud, bajo la conducción de su Comité Ejecutivo local. Está constituido por representantes de las diversas instituciones relacionadas con el sector de la salud. La mesa directiva se encuentra integrada por un presidente, (Intendente o representante municipal), un vicepresidente (encargado del Departamento de Salubridad de la Junta Municipal) y tres miembros electos en la primera reunión general comunitaria. El director del Centro de Salud es el presidente del Comité Técnico.

³⁴ La elaboración de los materiales para la recolección de los datos fue realizada por miembros de la comunidad, previamente capacitados en talleres organizados por el Centro.

³⁵ Hoy en día cuenta con 76 funcionarios, 14 médicos de diferentes especialidades, 3 licenciadas en enfermería, 3 licenciadas en obstetricia, 8 técnicos, 5 auxiliares, 1 licenciada en nutrición, 1 anestesiista, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 kinesióloga, 5 odontólogos, 2 bioquímicas, 2 ayudantes bioquímicas, 1 técnico de farmacia, 4 personales de servicio, 2 choferes de ambulancia, 7 administrativos.

³⁶ El Aedes es el mosquito transmisor del dengue.

Dentro del modelo del programa se excluye la atención cubierta de lesiones, heridas o traumatismos ocurridos en fiestas, juegos de azar y riñas callejeras o cuando el afectado está bajo efectos de alcohol u otra droga.

Es así como se cumple el lema “salud responsabilidad de todos” que de acuerdo con el Director del Centro de Salud ha sido un factor clave para mejorar las condiciones de salud de la población del Distrito de Fram.

Una vez entra en funcionamiento el Programa, el Comité de Salud decide que es indispensable generar un sistema de seguridad social comunitaria que cubra los costos no aportados por el Ministerio (diferentes a los salarios del personal), manteniendo el principio de universalidad de la atención y asegurando la plena atención de las necesidades sanitarias de la población.

En el marco de una Asamblea Comunitaria se decidió dar prioridad a la salud materno infantil y la medicina preventiva y se tomó la decisión de poner en funcionamiento un seguro comunitario que incluye:

- Paquete Básico: Compuesto por un conjunto de servicios y prestaciones de salud, considerados prioritarios, a los cuales tienen derecho todos los habitantes de Fram y que son brindados por el Centro de Salud. Las prioridades y los servicios cubiertos por este paquete fueron decididos en Asamblea Comunitaria, previa presentación de la epidemiología del Distrito. (Ver en Anexo 1. La cobertura del Paquete Básico).
- Paquete Básico Ampliado: El segundo piso de servicios que está compuesto por tres planes optativos (voluntarios) que otorgan prestaciones y beneficios adicionales al básico. Se accede a ellos a través del pago de una cuota mensual, por grupo familiar y el cumplimiento de la contrapartida. En estos casos, el Centro de Salud y los establecimientos de salud adheridos, públicos y privados, brindan los servicios. Por ejemplo, este Paquete incluye descuentos en laboratorio, visitas médicas domiciliarias, internación médica, pediátrica y ginecoobstetrica sin cargo, en el Hospital Regional de Encarnación. El detalle de las coberturas de este paquete aparecen en el Anexo 2.

A pesar del apoyo de las autoridades de salud, persistía una dificultad importante en el aspecto legal. El procedimiento de “aportar” no contaba con el amparo explícito de la legislación vigente. Aunque la Constitución del Paraguay y la Ley 1032/96 fomentan la descentralización, existía una ley administrativa que obligaba depositar lo recaudado en instituciones públicas en el Ministerio de Hacienda. Esta situación se resolvió con la firma de un acuerdo con el Ministerio en el que se consiguió incluir el Artículo 72³⁷ en el Presupuesto General de la Nación que fortalece la administración descentralizada y plantea una modificación de la Ley 1032 que les brinda a los Consejos Locales de Salud las herramientas legales. Finalmente en 2006, gracias a las acciones adelantadas por las 32 ciudades que ya administran de forma descentralizada sus fondos, a partir de la experiencia originada en Fram, se promulgó la Ley 3.007/06 que autoriza a los Consejos Regionales y Locales de Salud a administrar “las donaciones que reciban, así como cualquier otro recurso propio destinado a sufragar los gastos y funcionamiento de los centros asistenciales de salud que administren en virtud de acuerdos suscritos con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y aprobados por el Consejo Nacional de Salud”(Congreso de la Nación Paraguaya, 2006).

6. Logros

Uno de los resultados de mayor importancia es la estrecha relación que se generó entre los y las habitantes de Fram y los servicios de salud, lo que permitió, como el título de programa lo establece,

³⁷ “El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Los Gobiernos Departamentales y Municipales, con sus instancias correspondientes, podrán coordinar y arbitrar las medidas necesarias para el manejo administrativo de los establecimientos de salud pertenecientes a dicho Ministerio. A ese efecto, deberá firmar acuerdos en los que se establezcan los derechos y responsabilidades de cada organismo o entidad, copia de este documento será remitida al Ministerio de Hacienda.”

conciencia de que la salud es “una responsabilidad de todos”. Actualmente el servicio de salud cubre al 100% de los habitantes del Distrito por una doble causalidad: el servicio se acerca a la comunidad pero esta también se acerca al servicio.

La modalidad de seguro comunitario permitió un 100% de cobertura de los servicios de salud y ha rendido frutos. Los usuarios expresan: “excelente atención”, los “profesionales son excelentes”, la “atención es rápida”, la “limpieza es muy buena”, y sobre todo se valora el hecho de que la comunidad participe desde distintos ángulos³⁸.

Sin lugar a dudas ha impactado positivamente la salud y por lo tanto las condiciones de vida de Fram. En salud materna e infantil:

- Los partos domiciliarios son prácticamente inexistente
- El 96,7% de los partos son atendidos por personal capacitado
- En promedio se realizan más de 3 consultas pre-parto
- Se ha logrado establecer al menos 1 consulta en las mujeres puérperas
- La totalidad de los niños y niñas reciben atención pediátrica
- Consultas de planificación familiar (nuevas y de control)
- Papanicolaou a más de 80% de las mujeres en edad fértil
- Cobertura de 98% en inmunizaciones
- Visitas domiciliarias para seguimiento de pacientes, vacunaciones, detección de casos de riesgo, etc.

Cinco años después, estas acciones permitieron una tasa de mortalidad infantil de 6 por mil nacidos vivos, cifra muy por debajo del promedio nacional (27 por mil). Así mismo, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido en 0, lo cual es un enorme valor ya que, Paraguay con una tasa de 190 por 100 mil, ha sido el país latinoamericano con el progreso más lento en la reducción de la mortalidad materna (CLS Fram 2014).

7. Elementos innovadores

La iniciativa nació en la Secretaría de Salud del municipio como respuesta a los problemas de salud pública de la población de Fram. El desafío era enorme y exigía una estrategia completa y multidimensional.

Dentro de las innovaciones, se destacan:

- La capacidad de movilizar a la comunidad y diversos actores sociales lo que permitió asegurar la continuidad del programa incluso ante cambios de administración. De hecho una de las primeras innovaciones fue la conformación de la Comisión de Salud, con representantes de distintos sectores sociales y autoridades del Distrito.
- El modelo descentralizado de gestión del sistema de salud local que ha demostrado las bondades y el impacto sobre la eficiencia y pertinencia de esta forma de operar.
- Las alternativas que fueron desarrollando para generar el financiamiento necesario una vez la Comisión de Salud declara la gratuidad de los servicios de salud. En un primer momento utilizaron alternativas tradicionales, tales como rifas, carnavales y fiestas. En la siguiente etapa y tras reconocer que no era posible financiar el servicio solo con estas

³⁸ Fuente: Entrevistas durante la visita de campo en 2006.

actividades, deciden nuevamente cobrar, según la capacidad de pago de cada uno, de forma tal que se lograra la cobertura universal, pero cambiando la figura de “recuperación de costos” por la de “donación”, con lo cual no era necesario transferir los fondos al Ministerio. Esta modalidad les permitió ganar grados de libertad en la gestión de los recursos y buscar mayor eficiencia del servicio. Con la figura de “donación”, lograron recuperar los costos, dar los primeros pasos hacia la mejora significativa del servicio y avanzar en la creación de lazos más estrechos con la comunidad.

- Uno de los aspectos más innovadores es la creación del Seguro de Salud Comunitario, compuesto por un Paquete Básico, como un régimen solidario que cubre a toda la población, y un Paquete Ampliado, optativo, con pago adicional y cubre más prestaciones y beneficios. Se accede a este con el pago de una cuota mensual por grupo familiar. Es un modelo que desvincula la cobertura de la seguridad social en salud de la participación en el mercado laboral y aporta a la universalización de la cobertura de los seguros de salud.
- El programa plantea un modelo de salud que incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación. Desde esta perspectiva, tiene un carácter integral, capaz de abordar la mayoría de las necesidades de salud de la comunidad.
- El elemento clave en el desarrollo de este nuevo modelo es la movilización de grupos muy amplios de la población que incluye al personal del servicio de salud, la administración local y los habitantes del Distrito en la búsqueda de soluciones a los problemas que se enfrentan. La movilización se inicia con el diagnóstico participativo de la situación a partir del cual se van construyendo las soluciones.
- Esta forma de trabajo logro que la descentralización, un tanto fuera de los parámetros de la Administración Central, tuviera espacio y fuerza para avanzar y mostrar resultados que presionaron incluso cambio en el marco legal. No hay duda de que es una comprobación fehaciente de los beneficios de los procesos de descentralización, en donde se demostró la posibilidad concreta de prestar mejores servicios a menores costos relativos.
- Es un modelo que enseña cómo avanzar hacia la plena participación de cada ciudadano y ciudadana en la promoción de su salud, la de su familia y su entorno.

C. Programa de crecimiento y desarrollo colectivo, San Juan de Lurigancho, Perú, Asociación taller de los niños

1. Contexto

San Juan de Lurigancho es uno de los 43 distritos de la Provincia de Lima, en el Departamento de Lima. Es el más poblado de la Provincia, con una población de un millón de habitantes (INEI 2012), población que aumento cerca de ocho veces en los últimos treinta años.

Si bien no presenta el más alto porcentaje de población en pobreza de Lima y El Callao (30.4%) si es el que tiene el mayor número de personas pobres. La indigencia afecta a 7.6% de sus habitantes. Las enfermedades diarreicas agudas son la principal causa de muerte de los niños entre 1 y 4 años (Velíz et al. 2013).

En 2012, en el Distrito la tasa de mortalidad materna fue de 41 por 10.000 nacidos vivos, dos puntos superior al promedio del Departamento de Lima (Dirección Ejecutiva de Red de Salud San Juan de Lurigancho 2013). La mortalidad infantil fue en 2011, 11.2 por mil nacidos vivos solo superada levemente por algunos distritos limeños como Ancón, Caraballo, Cieneguilla o Pucasa. La desnutrición crónica afecta a 8.1% de los menores de 5 años (MEF 2011).

El Índice de Desarrollo Humano del Distrito es 0.68, inferior al promedio de la Provincia. El 10% de la población no cuenta con agua potable, 4% no tiene alcantarillado, 6% no tiene electricidad, 4% de las mujeres son analfabetas y 7% de los niños están desnutridos (Presidencia de la República, Perú 2010).

Si bien no se cuenta con datos de la desnutrición en San Juan de Lurigancho, de acuerdo con la UNICEF cerca del 50% de la mortalidad infantil en Perú está vinculada directa o indirectamente con la desnutrición y dadas las condiciones socioeconómicas que se han descrito no es de extrañar que en este distrito la desnutrición sea cercana a aquella que sufre el 20% más pobre de la población que es de 53% (Beltrán and Seinfeld 2009).

Por su parte, en 2009, la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida en Perú fue del 69%, cifra que además prácticamente no ha variado en los últimos años y en la región Metropolitana de Lima solo llega al 47% (UNICEF 2011)

2. Antecedentes

El Taller de los Niños venía trabajando en San Juan de Lurigancho desde 1978 en temas de nutrición y control de peso y talla. Enfrentaban grandes frustraciones porque los resultados eran pobres, el abandono de programa alto y la participación de padres y madres bajo. En este marco habían desarrollado el programa “Hogares Educativos”, que sirve de alguna manera de inspiración para el Programa Nacional Wawa-Wasi (PNWW)³⁹ que se crea en 1993 en Perú, a cargo del Ministerio de Educación, con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo y el apoyo técnico y financiero de UNICEF. En el marco del programa se crean los “Hogares Educativos Comunitarios”, dedicados a la atención en los niños y niñas de 6 meses a 3 años de edad, ubicados en lugares de extrema pobreza, que ofrecen atención integral, articulan estrategias de aprendizaje infantil temprano, salud infantil preventiva-promocional, y atención alimentaria y promoción nutricional. Las madres cuidadoras son voluntarias de la propia comunidad -que después de una evaluación médica y psicológica- son capacitadas y constantemente supervisadas por el PNWW para ejecutar las estrategias de salud, alimentación y educación. Uno de los lugares en donde se ubican los hogares es precisamente en San Juan de Lurigancho.

En estas circunstancias el equipo del Taller de los Niños se plantea la necesidad de llevar a delante una reestructuración profunda de sus actividades y lo más importante, de la filosofía detrás de las formas de atención. Es así como deciden que la atención de los niños y las niñas y especialmente de sus madres y padres podría mejorar si estos últimos se considerarían no como meros beneficiarios sino como parte esencial de la construcción de un nuevo saber para criar a los niños y niñas y si el espacio de Programa se convertía en un lugar privilegiado para la construcción en grupo de habilidades y no como un espacio de trabajo individual. La forma de trabajo que imperaba era atención individual a las madres a las que se les hacía notar sus “incompetencias y errores” en lugar de fortalecer sus autoestima y fortalecer su capacidad de aportar al desarrollo de sus hijos e hijas. En este marco de ideas era indispensable que el personal de enfermería se convirtiera en un elemento clave y motor para modificar conductas y para generar consensos y construcciones de saber estableciendo con padres y madres una relación horizontal y libre de juicio.

Es así como nace este nuevo modelo del Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

³⁹ Wawa Wasi es una palabra quechua que significa "Casa de niñas y niños". El Programa Nacional Wawa Wasi brinda atención integral a la primera infancia respondiendo a la necesidad de cuidado diurno de niñas y niños menores de 47 meses, hijas e hijos de madres - padres que trabajan o estudian; particularmente niñas y niños que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad y/o que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza.

3. Objetivo

Objetivo General

En este marco y desde la Asociación Taller de los Niños deciden generar un nuevo programa cuyo objetivo es promover el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas del área que no solo se oriente a la vigilancia de la salud y la alimentación sino también a la atención y estimulación temprana que les permita alcanzar su máximo potencial, promoviendo un mayor equilibrio afectivo y emocional de los niños y niñas así como de los padres y las madres de familia.

Los objetivos específicos son:

- La prevención y detección temprana de fallas en el desarrollo
- La disminución de la desnutrición y malnutrición
- Aumento en la cobertura de inmunización del niño y la niña y también de la madre
- Desarrollo de una conciencia social de deberes y derechos
- Mejora en la autoestima y en las capacidades de las madres y de los padres de niños y niñas menores de cinco años.
- Asegurar la salud de la madre, que es tan importante como la del bebé.

4. Metas

Las metas globales que se fijó el programa son:

- Prevención temprana y detección de daños en el desarrollo
- Disminución de la desnutrición y malnutrición
- Aumento de la cobertura de inmunización del niño, la niña y la madre
- Desarrollo de una conciencia social de deberes y derechos del paciente
- Mejora de la autoestima y de las capacidades de las madres y de los padres de niños y niñas menores de 5 años

5. Ejecución

La ejecución del programa está orientada por sus elementos centrales, los cuales son:

- Considerar a las madres y a los padres no como simples beneficiarios sino como parte especial de la construcción de un nuevo saber para criar a sus hijos e hijas.
- El espacio de CRED es un lugar para construir, en conjunto, habilidades grupales y no un modelo de atención individual.
- Con cada una de las madres y padres se trabaja en la construcción de habilidades mediante consejos positivos que permiten fortalecer su autoestima y la seguridad de ser capaces de aportar al desarrollo de sus hijos e hijas.
- En este esquema el equipo que trabaja con los padres y madres se convierte en un elemento clave y motor para modificar conductas y para generar consensos y construcciones de saber, lo cual hace necesario que además de su calidad profesional logre establecer una relación horizontal y libre de juicio.

Sus componentes incluyen la prevención temprana y detección de fallas o retrasos en el desarrollo, la disminución de la desnutrición y malnutrición, el aumento de la cobertura de las inmunizaciones para niños, niñas y madres, el desarrollo de una conciencia social de deberes y

derechos de la persona y los niños y niñas, y la mejora de la autoestima y las capacidades de las madres y de los padres de niños menores de cinco años.

Las acciones concretas que se llevan a cabo son:

Vigilancia del Desarrollo

Esta es la actividad central del programa. Permite acompañar, a lo largo de los 5 primeros años de vida, al niño o la niña, en su crecimiento y desarrollo controlando el peso, la talla, el desarrollo psicomotor, el lenguaje, la lactancia materna y la inmunización. En esta acción es indispensable la activa participación de las familias, lo que en general suele ser un gran desafío en el cual se trabaja desde el primer momento.

Dentro del espacio del Taller de los Niños existe un servicio médico al cual van las personas de la comunidad para los controles de sus hijos e hijas. Este espacio es aprovechado para llevar a cabo un contacto inicial en el cual se les informa sobre el sistema de atención grupal, sus propósitos y beneficios, a más de ofrecerle atención médico obstétrica a la madre. Se les invita a visitar el servicio para que puedan observar de qué se trata y qué tipo de actividades realizan. Se promueve la participación en el Taller de Piel a Piel (será explicado más adelante); se informa a los padres y madres que el programa dispone de un pediatra para los niños y las niñas que participan activamente del mismo, siendo visto como un privilegio frente a la consulta externa donde se congregan niños y niñas provenientes de todos los asentamientos.

La experiencia de trabajo ha demostrado que las familias que viven en pobreza extrema suelen marginarse de las actividades educativas por una parte por falta de tiempo y recursos y por otra por una apreciación errónea de que no van a ser capaces de entender y participar. Por lo tanto, cuando se percibe que la familia sufre pobreza extrema se invita a una nueva cita individual en la cual se llevan a cabo conversaciones que permitan a la familia sentirse a gusto e interesarse por participar. En todos los casos las familias deben solicitar formalmente ser incorporadas a un grupo de trabajo.

En el programa los niños y niñas menores de 12 meses tienen un control mensual. De los 12 meses hasta los tres años este es bimensual y entre los tres y los cinco años la consulta es trimestral. Cada control se inicia con un reconocimiento individual físico del niño con la medición de peso, talla, perímetro cefálico, control de genitales, piel, aseo y estructura ósea. Las mediciones permiten monitorear el desarrollo del niño o niña así como detectar problemas de salud agudos y poder derivarlos al médico pediatra.

Durante las intervenciones individuales las enfermeras son entrenadas para que en ningún momento se emitan juicios sobre lo observado y más bien se destaquen los logros, haciendo que el servicio de salud sea amigable. La clave es generar un ambiente de confianza y una relación cercana entre los padres, las madres y el personal del centro de salud de forma tal que se estimule su asistencia regular.

Después del trabajo individual, los padres, las madres y los hijos e hijas son invitados a reunirse alrededor de colchonetas y/o mesas donde se comparten y revisan conjuntamente, los avances, los logros y las dificultades que hayan enfrentado durante el mes.

Luego se da inicio a las actividades grupales que comprenden diversos temas tales como:

- Las actividades que estimulen el desarrollo motor: Se realizan y enseñan ejercicios y juegos que se deben practicar en el hogar y en la siguiente sesión mensual mostrar lo que el niño o la niña ha aprendido. Estos ejercicios y juegos varían en función de la edad y han sido plasmados en módulos de estimulación temprana destinados a los padres y las madres.
- Las actividades que estimulen el aprendizaje del lenguaje: Cada mes, las madres y los padres aprenden una nueva canción, la que además encuentran en el folleto de estimulación del mes. Así se aporta al desarrollo del lenguaje: “Cantando aprendo a hablar”. A partir del año de edad, los padres y madres construyen el “Cuaderno de Lenguaje” donde se van dibujando o pegando imágenes que permiten estimular el

lenguaje de acuerdo con la edad del niño o niña. Con el cuaderno, los padres y madres también aprenden a crear historias usando las imágenes que el niño o niña podrá ir nombrando a medida que va creciendo.

- Un tema central es la nutrición. En este por una parte se promueve la lactancia materna y se enseñan bases y prácticas que les permitirán una mejor alimentación en el marco de sus condiciones de pobreza y precariedad.
- Las prácticas de crianza y cuidado: en una sociedad violenta es imperativo trabajar con los padres y las madres la necesidad de controlar los impulsos y la ira. El programa permite prevenir comportamientos violentos que dañen la confianza básica del niño o la niña. Se desarrollan conversaciones sobre los derechos de los niños a vivir en alegría y en la tolerancia y, al mismo tiempo, se recalca que los sentimientos maternos y paternos de frustración son normales pero que es indispensable controlar los impulsos violentos.

A más de lo anterior, de gran importancia es el Taller “de piel a piel”, en el que se ofrece un espacio cálido para construir el vínculo afectivo entre el papá, la mamá y su hija o hijo. Tiene el propósito de ofrecer un espacio donde las madres y los padres podrán aprender a relacionarse y cuidar a sus hijos e hijas. A las madres y padres que presentan mayores dificultades emocionales, se les ofrece un segundo taller con énfasis en los masajes, las caricias y la resolución de problemas. También está disponible una especialista para aquellos casos en donde se presenta depresión postparto acentuada y para las madres adolescentes, que les ayuda a empoderarse y asumir de manera inmediata un papel activo con su hijo o hija.

Otro componente del programa es el trabajo para reducir el abandono temprano de la lactancia materna, lo cual como es sabido, trae consigo el aumento de episodios de diarreas agudas, el retraso en el crecimiento y desarrollo o el aumento de costos de alimentación.

Igualmente se lleva a cabo una actividad de consejería nutricional en la cual en primer lugar se recomienda y estimula la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y se dictan talleres prácticos que permiten descubrir en grupo como se cocinan las mazamoras, los postres, las papillas, las ensaladas y platos ricos en hierro, utilizando ingredientes típicos de su dieta y con precios accesibles.

Por último y no por ello menos importante existe el taller “Sólo para ti papá” en donde se trabaja solo con los padres para demostrarles que sí son capaces de atender a sus hijos e hijas y se les ayuda a descubrir el placer de la paternidad. Esta actividad también rompe la visión de muchas madres que no confían en sus parejas para el cuidado del bebe. Se realizan actividades entre padres e hijos o hijas en el que estos pueden sentir el placer de cumplir con su papel como padre y además se les demuestra a las madres que los hombres, padres de sus hijos son capaces de asumir su tarea como tal. Se organizan 4 talleres, los sábados, que cuentan con 10 padres de niños y niñas agrupados por edades.

6. Logros

El programa ha aportado a mejorar las condiciones de salud de los niños y niñas de San Juan de Lurigancho. Dentro de las familias que asisten al programa, la lactancia exclusiva es una práctica generalizada, los niveles de violencia contra los niños y niñas se han reducido de manera significativa en el seno de las familias que en algún momento han pasado por el mismo; los casos de desnutrición prácticamente han desaparecido y la tasa de enfermedades diarreicas agudas son significativamente inferiores a las del promedio del distrito.

Su éxito se debe a la metodología de trabajo, la cual por una parte combina actividades individuales y colectivas. De gran importancia son éstas últimas: en ellas todos ven que otros pueden y que nada es imposible. El tipo de actividades que llevan a cabo ha permitido que padres y madres adquieran conciencia sobre la importancia de la estimulación temprana y en general de hacer diferente tipo de actividades con sus hijos e hijas, no solo con los más pequeños que participan directamente en el programa. Igualmente la consejería nutricional tiene impacto sobre el conjunto familiar. De acuerdo con lo que reportan las responsables del programa han logrado reducir la violencia intrafamiliar.

Desde 2008, el programa ha atendido en promedio en los diferentes talleres 1.500 en Atención del recién nacido y primer contacto, 1.050 en de Piel a Piel y atención de depresión post-parto, 2.700 en Relactancia, Crecimiento y Desarrollo, 1.000 madres en Consejería nutricional y 6.800 consultas pediátricas. Se ha logrado una tasa de inmunizaciones del 92%.

Por otra parte, en términos cualitativos, las y los usuarios del programa manifiestan el reconocimiento de la calidad del servicio, y lo diferencian de otros, por el “buen trato”, el respeto y la calidad. Muchos de los y las beneficiarias expresan altos niveles de satisfacción por la estrategia integral del programa en donde no solo encuentran respuestas a los problemas de salud, sino que además “aprenden a ser padres y madres”, a cocinar, a dar masajes, a expresar afecto y a relacionarse “como seres humanos”.

Otro logro de enorme importancia ha sido la capacidad de incidir en los programas públicos de salud y trabajar fortaleciendo los servicios públicos. La estrategia de trabajo de Crecimiento y Desarrollo se encuentra ya inscrita dentro de la norma técnica pública. La Red de Salud de San Juan de Lurigancho ha ampliado varios de sus espacios de atención a fin de poder utilizar la metodología de trabajo desarrollada por el Taller de los Niños. Además la Dirección de Salud de Lima ha promovido pasantías de enfermeras de otros distritos para que se extienda el uso de este modelo de trabajo. Tienen un convenio con el Instituto Nacional Materno Perinatal, adscrito al Ministerio de Salud del Perú orientado a mejorar el sistema de seguimiento y referencia de las madres adolescentes y los recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Adolescencia, provenientes del distrito de San Juan de Lurigancho. En el marco de este mismo convenio el Taller colabora con el Puesto de Acopio de Leche Humana en el Centro de la Familia de San Juan de Lurigancho, el cual está destinado a aumentar la captación de madres donantes de leche materna; es así como han capacitado a enfermeras de dichos centros. Específicamente en el Centro Materno Infantil ya se encuentra en plena ejecución del modelo de crecimiento y desarrollo.

7. Elementos innovadores

La innovación de este programa, es la capacidad de creación y fortalecimiento del capital humano y social en una zona urbana marginal, con altos índices de pobreza extrema. Es una intervención social que logra fortalecer a los y las beneficiarias a través de un cambio sustantivo del enfoque tradicional del papel de los padres (hombres) en el desarrollo de sus hijos e hijas y de la atención de salud infantil y el apoyo a las madres. Se atreve a enfrentar percepciones, expectativas y comportamientos sociales para asegurar una mejor vida familiar.

Los conceptos innovadores del programa incluyen:

- El padre tiene un papel crucial que jugar en la crianza del niño o la niña.
- Los centros de salud no son solamente lugares a donde se acude en caso de enfermedad. Son espacios en donde los padres y las madres llevan a cabo actividades de estimulación infantil con la guía y asesoramiento del personal de programa, reciben ayuda en diversos temas vinculados con la maternidad y la paternidad y además tienen acceso a servicios de salud.
- No solo se atiende al niño o la niña sino al conjunto familiar.
- Toda familia tiene derecho a estos servicios.
- La salud de la madre es tan importante como la del bebé.

Hoy en día el servicio de salud del programa es conocido en la comunidad como el “Preventorio”. Gracias a la estructura y estrategia el programa, los pares logran percibir que a mejor cumplimiento de participación en las actividades de prevención y promoción de la salud, menos costo en tratamiento médico.

En resumen, el programa permite asegurar el buen acompañamiento de los niños y las niñas desde su nacimiento y responder a lo que las familias piden para sus hijos e hijas: que crezcan “sanos, felices e inteligentes”.

Resumen de los programas innovadores en salud materno infantil

Estos programas han logrado su objetivo de mejorar la salud materno-infantil y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, aspecto que además de ser un derecho de las personas, aporta en el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5⁴⁰.

Han mejorado la atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio, con acciones específicas que incluyen consultas prenatales regulares, partos institucionales, inmunizaciones, planificación familiar, entre otras, utilizando esquemas que atraen a grupos poblacionales en ocasiones reacios a este tipo de atenciones. Cabe destacar que en los casos en los que se desarrollan con pueblos indígenas, si bien se trabaja en la institucionalización de los partos esto se lleva a cabo en conjunto con las y los médicos tradicionales, respetando las tradiciones y costumbres.

A nivel de los sistemas de salud, han aumentado y mejorado la oferta de servicios. En ocasiones gracias a la incorporación de nuevas estrategias o con infraestructura renovada y en otras simplemente optimizando el uso de la existente. Se destaca, en todos los casos las iniciativas que trabajan para eliminar los obstáculos y mejorar el acceso a la salud con modelo de seguros o atención a problemas socioeconómicos que son en no pocos casos la base de la dificultad para acceder al servicio.

Al nivel conceptual, se produce una transformación radical en el conocimiento, la percepción y la actitud ante la salud materno-infantil. Un elemento clave es la creación y fortalecimiento de la conciencia de la responsabilidad de todos frente a la salud y la prevención. En todos los programas, la participación activa de la población es esencial para el éxito y la eficiencia y eficacia de las acciones. De esta manera los programas potencian el auto-cuidado y la autonomía en cuanto a su salud. Se aprecia igualmente un cambio en la perspectiva que los profesionales de la salud tienen frente al papel que desempeñan y la necesidad de articular acciones con otros sectores de la sociedad. Reconocen la multitud de factores biológicos y sociales que determinan la salud y les tratan de una manera más holística.

Cabe destacar que en el caso del modelo del Trébol de Cuatro Hojas, que nació en Sobral, Ceará, Brasil, hoy se ha extendido como modelo de programas de salud materno infantil en el noreste del país. El esquema desarrollado en Fram, en especial el seguro comunitario, está siendo usado en cerca del 60% de los Distritos del Paraguay. Es más hoy en día se ha institucionalizado el Encuentro Nacional de Municipios Descentralizados en Salud "Tesãi Ñembyaty", en el cual siempre participan altas autoridades del gobierno central.

El gran reto es que traspasen las fronteras y sean utilizados en otros países de la región.

⁴⁰ ODM 4 - Reducir la mortalidad infantil de menores de 5 años; ODM 5 - Reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

III. Atención a pueblos indígenas y comunidades multiculturales

A. Reconocimiento a los pueblos indígenas

Son múltiples las instancias internacionales que han otorgado amplio reconocimiento a los pueblos indígenas y sus derechos. En 1989 se aprobó el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, en donde se establecen dos postulados básicos: el respeto de las culturas, formas de vida e instituciones tradicionales de los pueblos indígenas y, la consulta y participación efectiva de estos pueblos en las decisiones que los afectan (OIT 1989). La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993 reconoció “la dignidad intrínseca y la incomparable contribución de las poblaciones indígenas al desarrollo y al pluralismo de la sociedad y reiteró la determinación de la comunidad internacional de garantizarles el bienestar económico, social y cultural y el disfrute de los beneficios de un desarrollo sostenible” (ONU 1993). Igualmente estableció que se debe fomentar la no discriminación y la inclusión de los pueblos indígenas; la participación plena y efectiva de los pueblos indígenas en las decisiones que afectan directa o indirectamente a sus estilos de vida; la redefinición de las políticas de desarrollo para que incluyan una visión de equidad y sean culturalmente adecuadas, con inclusión del respeto de la diversidad cultural y lingüística de los pueblos indígenas; la adopción de políticas, programas, proyectos y presupuestos que tengan objetivos específicos para el desarrollo de los pueblos indígenas, con inclusión de parámetros concretos, insistiendo en particular en las mujeres, los niños y las niñas y los jóvenes indígenas; y la creación de mecanismos de supervisión estrictos, la mejora de la rendición de cuentas a nivel internacional y regional y particularmente a nivel nacional, en lo tocante a la aplicación de los marcos jurídicos, normativos y operacionales para la protección de los pueblos indígenas y el mejoramiento de sus vidas, entre otros.

En 2006 fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el Programa de Acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, el cual asegura a los representantes de pueblos indígenas la asistencia financiera proporcionada por el Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para los pueblos indígenas para facilitar su participación en las deliberaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, el Grupo de Trabajo de la Comisión de Derechos Humanos encargado de elaborar un proyecto de declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y el Grupo de Trabajo sobre los Pueblos Indígenas de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos. Además llama a los gobiernos y las organizaciones indígenas a que adopten las medidas necesarias para facilitar la aprobación del proyecto de declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los

pueblos indígenas e invita a los gobiernos, a los órganos, organizaciones y organismos del sistema de las Naciones Unidas, a otras organizaciones intergubernamentales, a las organizaciones indígenas y otras organizaciones no gubernamentales y a los agentes de la sociedad civil a que preparen sus propios planes para el Segundo Decenio, en particular integrando en esas actividades con perspectiva de género (Asamblea General, ONU 2006a)

En lo relativo a la salud, el Programa incluye recomendaciones tales como (Asamblea General, ONU 2006b):

- Asegurar el acceso sin discriminaciones, amplio, comunitario y culturalmente apropiado, a servicios de atención de la salud, educación sanitaria, nutrición adecuada y vivienda.
- Instar a los agentes pertinentes a que apoyen y lleven a la práctica la recopilación y el desglose de datos sobre los pueblos indígenas haciendo especial hincapié en los niños y niñas indígenas, incluidos los y las lactantes.
- Llevar a cabo consultas regionales y locales con los pueblos indígenas a fin de integrar adecuadamente a las y los curanderos indígenas, los conceptos indígenas y la comprensión de la salud, el bienestar, la curación, las afecciones y las enfermedades, la sexualidad y el parto, así como los sistemas de salud tradicional en las políticas, directrices, programas y proyectos llevados a cabo durante el Decenio.
- Tener en cuenta la capacitación y el empleo de personas indígenas calificadas, con inclusión de mujeres indígenas, para elaborar, gestionar, administrar y evaluar sus propios programas de atención de la salud.
- Asegurar la difusión e información sobre esos datos con el mayor alcance posible entre los pueblos indígenas, las autoridades regionales y locales y otros interesados.
- Llevar a cabo consultas regionales y locales con los pueblos indígenas a fin de integrar adecuadamente a las y los curanderos indígenas, los conceptos indígenas y la comprensión de la salud, el bienestar, la curación, las afecciones y enfermedades, la sexualidad y el parto, así como los sistemas de salud tradicional.
- Instar la garantía del acceso de los pueblos indígenas y especialmente de las mujeres, a la información relativa a su tratamiento médico y la garantía de su consentimiento libre, previo e informado respecto del mismo.
- Establecer mecanismos nacionales de supervisión para que las comunidades indígenas puedan informar abusos y negligencias del sistema de salud a las autoridades sanitarias nacionales, y que cree un marco jurídico para abordar eficazmente estas cuestiones.

La salud es también un elemento central en la “Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas”, aprobada por la Asamblea General en 2007. Entre otras afirma que los pueblos indígenas tienen derecho a elaborar y determinar los programas de salud; a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital; a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud; a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Además establece que los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo (Naciones Unidas 2007).

Si bien no hay duda de que estas declaraciones son un paso necesario, no han sido claramente suficientes. Cuando se analiza la realidad de los pueblos indígenas en el mundo se aprecia una enorme brecha entre las declaraciones y su cumplimiento. En mayo 2006, el Relator Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas señaló “la brecha de la implementación constituye uno de los principales obstáculos para el pleno disfrute de los derechos humanos por parte de las personas y las colectividades indígenas. A esto debe agregarse la impunidad de la que gozan

con frecuencia los responsables por el no cumplimiento de los derechos humanos, la corrupción en ciertos aparatos de administración de justicia y la falta de voluntad política.”(Stavenhagen 2006)

En América Latina existen 671 pueblos indígenas, con más de 30 millones de personas. Más de la mitad están asentados en zonas de bosques tropicales. Las grandes mayorías demográficas⁴¹ se encuentran en los países andinos y mesoamericanos. Más de 90% habitan en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú (CEPAL 2006).

Desafortunadamente han sufrido marginalización, exclusión, vulnerabilidad, desigualdad y pobreza. Los pueblos indígenas, en el mundo entero, siguen siendo los más numerosos entre los pobres, los analfabetos y los desempleados. Son el 5% de la población mundial y el 15% de los pobres. Esta situación es cierta incluso en países desarrollados. “Un niño aborigen nacido hoy día en Australia tiene una esperanza de vida de casi 20 años menos que un compatriota no aborigen”. En la región la diferencia en la esperanza de vida entre los pueblos indígenas y los demás es la siguiente: Guatemala, 13 años; Panamá 10 y; México, 6. La diabetes está presente en más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años. Hay comunidades indígenas en donde ha alcanzado proporciones epidémicas que incluso pueden poner en peligro su existencia (DPI, ONU 2010). En la región la población indígena representa entre el 20% y el 25% de la población en pobreza (Hall and Patrinos 2005).

En los países analizados por la CEPAL en 2006⁴², la incidencia de la pobreza extrema es el doble en la población indígena, llegando a ser casi 6 veces mayor en Panamá y 8 el Paraguay(CEPAL 2006). Además ser indígena aumenta las posibilidades de ser pobre entre un 11% y un 30% según país, siendo la más baja en Perú y la más alta en México (Hall and Patrinos 2005).

En general, en la región la población indígena, menor de 14 años, es superior a la no indígena mientras en la de mayores de 60 años es inferior. De hecho se calcula que hay 13 millones de niños y niñas indígenas. Esto es producto de una fecundidad superior y una esperanza de vida inferior entre los pueblos indígenas(CEPAL 2013a). Es así como enfrentan baja tasa de crecimiento de la población y predominio de población infantil y juvenil, con las consecuentes altas tasas de dependencia. (CEPAL and UNICEF 2012).

La estructura de edades varía dependiendo del país, la fase de transición demográfica en la que se encuentra y la etnia. A modo de ejemplo, hay países con estructura de edad muy joven con una base ancha como Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay frente a Brasil con estructura madura, con base estable y Chile con una estructura envejecida con base en disminución. Incluso dentro de los países hay diferencias entre etnias. En Paraguay el pueblo Mbya tiene una base significativamente más amplia que la del pueblo Nivacle. En Panamá los Ngöbe, que viven en lugares más aislados, con menor acceso relativo a los servicios básicos en general, tienen una pirámide de población más joven que los Kuna(CEPAL 2006).

En la gran mayoría de los países los pueblos indígenas se encuentran en las zonas rurales, con las consecuentes limitaciones de acceso a servicios públicos. Es así como el 61% de los niños y niñas indígenas se encuentran en viviendas con privaciones materiales graves y con alto grado de hacinamiento; 30% no tienen acceso agua potable ni a fuentes de agua segura y cerca del 50% no cuentan con instalaciones de saneamiento básico. Sólo en Brasil, Bolivia y Chile la proporción de indígenas que se encuentran en los sitios urbanos es importante(CEPAL, UNICEF 2012).

No es de extrañar que los anteriores indicadores se reflejen en las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Diversos estudios han identificado que el principal determinante de la inequidad en la salud y la sobre morbilidad y mortalidad de los pueblos indígenas y afrodescendientes está relacionado con el acceso desigual a los bienes y servicios del Estado, negando a estos sus derechos.

⁴¹ El concepto de mayoría demográfica se refiere a la población indígena como agregado de individuos, sin distinción de los pueblos a los cuales pertenecen, cuyo número de miembros varía mucho. Así por ejemplo, en Bolivia los pueblos andinos –quechuas y aymaras– cuentan con más de 1,5 millones de personas cada uno, mientras que en la región del oriente existen varios pueblos indígenas con menos de 200 personas(BID and CEPAL 2005).

⁴² Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Panamá.

Es claro que estos, particularmente las mujeres y los niños y niñas enfrentan un menor acceso a los servicios básicos de salud y como es lógico afectan sus condiciones de salud.

Cómo anota la OPS, tradicionalmente las tasas de mortalidad materna e infantil, así como la desnutrición y las enfermedades infecciosas son siempre superiores entre las poblaciones indígenas. En Guatemala, la mortalidad materna de las indígenas es tres veces mayor que la de no indígenas (211 por 100.000 nacidos vs. 70 por 100.000 nacidos vivos). En Bolivia, en 51 municipios rurales con más de 50% de mujeres indígenas monolingües, la tasa de mortalidad infantil promedio es de 102 por 1.000 nacidos vivos, más del doble de la de población general (54 por 1.000 nacidos vivos) (OPS 2014). En los cien municipios más marginados de México, en donde la población es predominantemente indígena, cerca de una tercera parte de las muertes se deben a enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción. En estos municipios la edad promedio de muerte de las mujeres es 51 años y de los hombres 49; prácticamente todos los niños y niñas indígenas nacen en los hogares, de madres que no han tenido atención prenatal, muchas menores de 20 años; su riesgo de morir antes de cumplir un año es 1.7 veces superior al del resto de niños y niñas del país (Gobierno de México 2007). En Puno, Perú, departamento con población eminentemente indígena, la mortalidad materna es entre cinco y seis veces mayor que la de los departamentos de la costa (BID 2010).

Los pueblos indígenas además enfrentan la “acumulación epidemiológica”, es decir un perfil de morbimortalidad en el que persisten y se agudizan enfermedades relacionadas con la pobreza y el subdesarrollo (transmisibles y carenciales tales como la tuberculosis) pero a su vez enfrentan un aumento progresivo de enfermedades asociadas a la modernidad (crónicas y degenerativas). A las anteriores, no en pocas ocasiones se les suman las vinculadas con la violencia, los homicidios y los accidentes (CEPAL 2007).

Recordemos que los pueblos indígenas tienen una concepción propia de la salud y la enfermedad a través de la medicina tradicional. La salud es el equilibrio entre fuerzas naturales y espirituales, entre las personas y las comunidades y por contraste la enfermedad es una alteración de este equilibrio y la curación es el proceso de restauración del mismo. En esta cosmovisión holística, la salud se relaciona directamente con otros derechos que aseguran el equilibrio, tales como la integridad cultural, los derechos territoriales y la autonomía alimentaria. De gran relevancia es el tema de los territorios. Son en ellos en donde encuentran los “ingredientes” para la sanación.

En este orden de ideas, el Seminario-Taller “Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?” organizado por la CEPAL surgieron las siguientes recomendaciones (CEPAL 2008):

- En el diseño de políticas públicas es importante tener en cuenta las causas fundamentales que afectan la salud de las comunidades y los pueblos indígenas, como la tierra, el territorio, la cultura y las causas estructurales de la situación de pobreza.
- Es indispensable garantizar, a mediano y largo plazo, el mantenimiento de las acciones de la salud tradicional indígena mediante el desarrollo de un soporte jurídico y el empoderamiento de las comunidades.
- Garantizar el derecho a la participación directa de los actores indígenas es fundamental para avanzar en la interculturalidad.
- El intercambio horizontal de experiencias de los procesos de implementación de planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la salud indígena puede ayudar a generar nuevas iniciativas que conduzcan a implementar políticas públicas más adecuadas.
- Es preciso fortalecer las actividades vinculadas a la producción de información sobre pueblos indígenas, considerando la inclusión de la identificación étnica en las fuentes de datos, el procesamiento y difusión de datos desagregados, la construcción de sistemas de indicadores, la elaboración de estudios, entre otras acciones, así como desarrollar indicadores sobre la salud colectiva y las metodologías necesarias para su medición.

No hay duda de la urgente necesidad de actuar sobre las condiciones de salud de los pueblos indígenas en el marco del estricto respecto de sus usos, costumbres y tradiciones pero a su vez asegurando el libre acceso a mejores condiciones de vida y a la atención en los sistemas occidentales de salud cuando les sea necesario.

En diferentes lugares de la región organizaciones de pueblos indígenas, organizaciones no gubernamentales e incluso el gobierno, han buscado reducir los obstáculos y apuntar a la mejora el acceso a los servicios públicos de salud cuando lo requieren, el respeto a sus costumbres y las condiciones de salud de los pueblos indígenas. De estos esfuerzos han emergido modelos innovadores que a continuación se presentan.

B. Programas innovadores en atención en salud a pueblos indígenas y comunidades multiculturales

1. Acciones de Salud Comunitaria en la Floresta Nacional de Tapajós, Estado de Pará, Amazonía brasilera. Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental, Proyecto Salud y Alegría

a) Contexto

El río Tapajós, del cual adquiere su nombre ésta reserva nacional, es uno de los afluentes del Amazonas, dentro de la amazonia brasilera, llamada “*Amazônia Legal*” que ocupa el 59% del territorio del país y en donde se encuentran nueve Estados⁴³. Hace parte de la mayor cuenca hidrográfica y la selva tropical más grande del mundo. En su interior, solo en Brasil habitan cerca de 23 millones de personas, muchas de las cuales pertenecen a pueblos originarios, otros llegaron allí en la bonanza del caucho que tuvo su mayor auge entre 1879 y 1912 o han conformado nuevas colonizaciones de campesinos sin tierra. Es llamada el Pulmón del Planeta por su aporte al equilibrio climático.

En la cuenca amazónica, el 40% de la población vive en zonas rurales muy dispersas, a las cuales se accede básicamente por los ríos y luego trechos caminando por la selva. El intercambio comercial es prácticamente nulo. El agua para el consumo humano se extrae de los ríos, los cuales si bien no presenta contaminación industrial si tiene contaminación vegetal, no cuentan con sistemas de saneamiento básico y para recibir atención en salud deben desplazarse por los ríos hasta las ciudades que cuentan con centros de salud y hospitales, en general muchas horas. El costo es alto y no siempre accesible para los pobladores de estas zonas que viven de la agricultura familiar, la caza, la pesca y la extracción de productos de la selva, básicamente para el autoconsumo.

En estas zonas no existen servicios de salud, no hay la infraestructura necesaria ni el personal capacitado, tienen grandes restricciones de comunicaciones y dificultades para el traslado de pacientes.

Esta situación, que impide una intervención adecuada y oportuna, agrava incluso las enfermedades más sencillas llevando a complicaciones tales que pueden acabar en la muerte. Es así como la mortalidad infantil vinculada con diarreas agudas, infecciones respiratorias, enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición, anemias carenciales y parasitosis es muy elevada.

Una mirada a algunos datos demográficos de esta región, permite entender el efecto de estas condiciones sobre la salud de la población. En 1999, la tasa de fecundidad de mujeres entre 15 a 19 años de edad era significativamente superior a la de otras regiones del país y la del promedio nacional (124,2 por mil mujeres versus 87,3). Algo similar, como es de esperarse, ocurre con la tasa de

⁴³ Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins y Maranhão

natalidad. La tasa de mortalidad, en especial la infantil (24.47 por mil nacidos vivos) y la del grupo de 1 a 19 años de edad, son siempre superiores a las de otras regiones (Ministerio de Salud, Brasil 2014)(PNUD 2013b). Una de las principales causas de las elevadas tasas de morbimortalidad infantil y las enfermedades infecciosas es la calidad del agua que consumen, la falta de sistemas adecuados de eliminación de excretas y el hacinamiento(Ministerio de Salud, Brasil 2006).

La Floresta Nacional de Tapajós⁴⁴ tiene aproximadamente 527.000 hectáreas y más de 160 kilómetros de playas, con una gran diversidad de paisajes: ríos, lagos, humedales, montañas, mesetas, bosques, etc. Además de las cualidades ambientales tiene una enorme riqueza socio-cultural, representada por aproximadamente 500 indígenas de la etnia Mundurukú y Tapajós, a más de pueblos tradicionales que viven en las riveras del noreste asentados desde la época de la bonanza del caucho y algunos descendientes de esclavos traídos por lo colonizadores portugueses, poblaciones que conservan sus hábitos y costumbres. De acuerdo con los datos censales de 1993 el 71% de los Jefes de Familia de los habitantes de la Floresta habían nacido allí, el 15% en Santarém y solo el 4.3% vienen de otros estados del norte (Cromberg and Machado Greco 2005).

Cabe destacar que estos grupos poblacionales llevan a cabo la gestión sostenible de los bosques en una zona especialmente reservada a tal efecto, con menos de 5% de la superficie total de la unidad.

b) Antecedentes

El Proyecto Salud y Alegría – PSA – nace de un trabajo realizado por un médico y una educadora en arte, contratados por la *Prefeitura* (Alcaldía) de Santarém, en 1983 para dar asistencia en salud a comunidades rurales. En este trabajo pudieron establecer que la gran mayoría de las enfermedades se podrían evitar con una adecuada atención médica, acciones de prevención, el entrenamiento de agentes locales y la realización de *gincanas*⁴⁵ educativas, acciones que podrían aportar a mejorar las condiciones de higiene y reducir los altos índices de desnutrición y mortalidad infantil.

En 1985 se fundó el *Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental*, organización sin fines de lucro que opera en la Amazonia brasilera, promovido por un grupo de médicos que trabajando en la región se percataron de los problemas de salud y las severas limitaciones que se enfrentaban en la zona. Con la fundación del Centro fue posible, en 1987, establecer el primer convenio de cooperación con recursos de FINSOCIAL y del *Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social* (BNDES), la participación de la *Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa* de la Universidad Federal de Pará y la supervisión técnica de la *Fundação Oswaldo Cruz*.

Para dar inicio a las acciones del proyecto se seleccionaron 16 comunidades para trabajar un programa piloto en el área rural de Santarém⁴⁶, siguiendo criterios de carencia económica, concentración poblacional y participación en la primera experiencia. En las comunidades escogidas se llevó a cabo un Diagnóstico Participativo en el cual se identificaron las prioridades de corto, mediano y largo plazo, teniendo como reto central la salud. Este piloto y los hallazgos en los procesos participativos fueron la base sobre la cual se diseñó el Proyecto Salud y Alegría.

c) Objetivo

El objetivo general es promover y apoyar los procesos participativos de desarrollo comunitario integrados y sostenibles. Sus acciones contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio de la ciudadanía, con énfasis en las poblaciones tradicionales de la Amazonia.

⁴⁴ Declarada reserva nacional en 1974 mediante el Decreto No. 73.684

⁴⁵ Prueba o concurso en que los participantes deben pasar por muchas pruebas y obstáculos antes de llegar a la meta

⁴⁶ Municipio del Estado de Para ubicado en la desembocadura del Río Tapajós en el Amazonas.

Los objetivos específicos son:

- Promover acciones que mejoren las condiciones de la salud comunitaria, combinando actividades educativas y preventivas con énfasis en la salud infantil, oral y de la mujer.
- Generar las condiciones físicas básicas para mejorar los niveles de saneamiento básico y acceso al agua potable.
- Capacitar y articular agentes locales y comunitarios de salud y parteras tradicionales para la formación y fortalecimiento de los Consejos Locales Integrados de Salud (CLIS)
- Implementar actividades para apoyar las comunidades en el fortalecimiento de sus organizaciones y promover articulaciones inter-institucionales, con el fin de integrar las acciones de este proyecto a las políticas públicas.

d) Metas

- Disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas, la prevalencia de enfermedades dermatológicas, la prevalencia e incidencia de la desnutrición y el bajo peso en niños y niñas menores de cinco años.
- Aumentar la cobertura de inmunizaciones en menores de cinco años, el número de familias con acceso al agua potable, mediante un sistema factible en las condiciones de las comunidades en las que se trabaja, mediante agua de pozo, agua de cañería (microsistema de agua), así como un mejor sistema de saneamiento básico (eliminación de excretas).
- Incrementar el número de familias con comunicación continua vía radio aficionado.
- Aumentar el número de agentes comunitarios de salud y auxiliares de enfermería capacitados en salud materno-infantil, nutrición, higiene y saneamiento, primeros auxilios y accidentes con animales venenosos, así como el de parteras entrenadas y capacitadas en salud materno-infantil, nutrición y embarazo, parto y puerperio, en el marco del respeto frente a los usos y costumbres de las comunidades.
- Consolidar el modelo de salud y el incremento en la calidad de los indicadores.
- Crear y fortalecer las organizaciones comunitarias e instancias representativas de la zona.

e) Ejecución

Con la información recogida, mediante el diagnóstico participativo, el Centro preparó el programa “Acciones de salud comunitaria en la Floresta de Nacional de Tapajós”. Se estructuró sobre la base de una red de áreas geográficas, donde las acciones, en cada uno se ajustan a las dinámicas establecidas por acuerdo y las necesidades resultantes de la intervención permanente en la realidad local.

Para llevar a cabo el trabajo conformaron un equipo de profesionales, algunos concentrados y otros voluntarios de las áreas de salud, educación, comunicación social, organización comunitaria, empleo y generación de ingreso. El equipo trabaja según una programación, para satisfacer las exigencias durante las distintas fases del proceso, atender las necesidades que surgen de la experimentación de los modelos de asistencia, mantener diálogo con el sector público y las comunidades en busca del perfeccionamiento, la apropiación de las comunidades y el involucramiento pleno de las autoridades gubernamentales de salud de la región.

Desde un comienzo centró sus acciones en la atención primaria en salud, adaptadas a la realidad local, uniendo conocimientos técnicos con la sabiduría popular y aprovechando los recursos humanos, materiales y naturales existentes en la zona.

En este sentido, el proyecto es una propuesta para mejorar las condiciones de vida de las personas, trabajando tres estrategias de salud pública: promoción de la salud, prevención de las

enfermedades y atención primaria en salud, las cuales incluyen claros elementos de saneamiento básico y agua potable.

Las actividades que realiza en el campo se pueden catalogar en tres líneas fundamentales:

Acciones de educación, prevención y movilización

Es en esta área en donde el programa tiene su génesis. Estas acciones incluyen:

- La capacitación de voluntarias y voluntarios de la comunidad como monitores de salud para la atención de las enfermedades más comunes. Estas personas realizan acciones de utilidad para las comunidades, en conjunto con el equipo del programa y las autoridades locales, las cuales reconocen su labor y su impacto. De hecho al poco tiempo de iniciar las tareas tiempo fueron incluidas en la nómina de la Secretaria de Salud Municipal y reciben remuneración del Municipio.
- Campañas educativas orientadas a mejorar las condiciones de higiene personal, familiar y colectiva así como la prevención de enfermedades.
- Campañas trimestrales de vacunación, en coordinación con los establecimientos públicos de salud.
- Formación de un grupo de madres y mujeres que trabajan en el área de salud materno-infantil y programas de lucha contra la desnutrición, utilizando plantas nativas de alto valor nutritivo, disponibles en las comunidades.

A estas prácticas claramente comunes en programas de salud pública se suman elementos originales que va desarrollando, gracias a la interacción con las comunidades, que incluyen elementos originales y creativos. Es así como se destaca el Circo Mocorongo⁴⁷, en donde se utiliza la alegría como fuerza motora para tratar los temas de salud y prevención de la enfermedad. Su lema es “Salud, alegría del cuerpo. Alegría, salud del alma”. En el circo actúan personas de la comunidad y también artistas que colaboran con el programa, médicos, agrónomos y periodistas. Un tema central es el rescate y la valoración de las leyendas y los imaginarios de los pueblos riverños. Durante estos eventos, surgen los principales problemas de salud y las alternativas de solución, los que son trabajados entre el equipo y las y los pobladores a través de puestas en escena (teatro), juegos, música, danza y poesías educativas. El ambiente libre, de alegría y esparcimiento estimula la participación de toda la comunidad y el deseo de aprender.

Por otro lado, existe la Red Mocorongo conformada por una radio local, volantes con noticias impresas y programas de televisión. Para atraer a la población más joven que representa más del 40% del total, grupos de jóvenes son capacitados como reporteros rurales y agentes multiplicadores, lo que los constituye en sucursales locales para la producción y difusión de materiales educativos y promotores la comunicación intra e inter-comunitaria. Estos jóvenes —hombres y mujeres— producen programas de radio, videos, periódicos locales y contenidos de Internet. Estas herramientas reducen el aislamiento geopolítico de las comunidades, difunden la cultura de los caboclos⁴⁸ en otras regiones y facilitan la distribución de información sobre diferentes temas entre otros de salud.

Otras actividades de educación, prevención y movilización han incluido concursos deportivos y espectáculos de música, poesía y teatro enfocados en la prevención del VIH/SIDA.

⁴⁷ Nombre que se da a las personas que han nacido o viven en las orillas del Río Tapajos.

⁴⁸ El que viene de la floresta

Acceso a agua de calidad

El Río Tapajós, fuente principal de agua para las comunidades de esta zona, presenta serios problemas de contaminación debido a la carga biológica que proviene de la propia selva. El programa realiza un gran esfuerzo para garantizar a las poblaciones del área acceso a agua de calidad, porque no hay duda de que es uno de los aspectos que más impacta la salud en especial de la infancia.

Las acciones se orientan a brindar apoyo técnico y financiero para la implementación de sistemas simplificados de limpieza del agua que asegure el abastecimiento en las comunidades, siempre contando con la participación y la mano de obra de los propios beneficiarios. El sistema desarrollado y puesto en marcha es simple, económico y de fácil ejecución. Utilizando la luz solar se logra el proceso de electrólisis del agua y la sal de cocina mediante la cual se produce el hipoclorito de sodio que permite la limpieza del agua para el consumo humano. Los comités de la comunidad han asumido la gestión y mantenimiento de la infraestructura necesaria para llevar a cabo este proceso. Por ejemplo, asumen la responsabilidad de implementar y mantener los pozos semiartesanales, las piedras sanitarias, los filtros de agua y los microistemas de abastecimiento de agua potable. Es así como el hipoclorito de sodio es producido y distribuido a la comunidad y a cada hogar por los agentes comunitarios.

Atención en salud

Este es un aspecto central del programa y combina diversas actividades. Por una parte el personal del programa realiza actividades específicas, principalmente cuando hay casos que son referidos por los centros de salud y hospitales de la red pública, bien sea del municipio de Belterra o de la ciudad de Santarém, dependiendo del nivel de complejidad. Por otro lado, desde 2005, personal del programa viaja por el Río Tapajós, con una “ambulancha”⁴⁹, y a partir de 2006 con el Barco Hospital Abaré. En estos viajes brinda atención odontológica y hacen pequeñas intervenciones siempre que los casos identificados no sean graves y que puedan ser solucionados en el momento. En caso contrario, la “ambulancha” traslada a la persona con algún miembro de la familia, a centros asistenciales donde pueden recibir la atención necesaria. Los casos más comunes, atendidos en este transporte fluvial son las picaduras de cobra, parto y accidentes de trabajo. El barco cuenta con una farmacia y el equipamiento y los productos sanitarios necesarios para hacer exámenes e intervenciones dentales, obstétricas y clínicas básicas. A bordo del barco va un equipo de educadores y profesionales de la salud que visitan a las comunidades a través de rondas regulares, en un territorio definido que abarca 73 comunidades de las dos orillas del río Tapajós, donde viven aproximadamente 2.800 familias con cerca de 15.000 personas. El barco es apoyado por la “ambulancha”, que facilita el rescate y transporte de pacientes en casos de emergencia.

El sistema de comunicaciones, vía radioaficionados, entre las comunidades, la sede del Programa y el Hospital municipal, a juicio de los agentes de salud formados por el mismo proyecto, ha facilitado la notificación de situaciones de emergencia. Este sistema ha reducido significativamente la mortalidad acaecida por falta de atención oportuna. Además en 2010, con la participación de la Fundación Telefónica Vivo y Ericsson se instaló en el barco un sistema de conexión de banda ancha que permite al personal médico comunicarse con sus colegas en cualquier lugar del mundo, enviar imágenes y tener conceptos médicos mediante salud electrónica (Ericsson 2013).

f) Logros

El programa ha sido muy exitoso. La estrategia triple de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención primaria de salud se combinan de una manera complementaria para proteger la población de los riesgos, mejorar su salud y sus condiciones de vidas.

Se puede apreciar el impacto del programa en los indicadores de salud. El primer hecho es que personas que antes no tenían acceso a sistemas de salud por la distancia de los centros poblados

⁴⁹ Pequeña embarcación con motor de popa.

hoy reciben atención y cuentan con un sistema de remisión aportado por el Programa. Además, en el Barco Hospital Abaré se realizan un promedio anual de 18.000 procedimientos de salud y solamente 7% de los pacientes han tenido que ser remitidos a los centros urbanos de salud. Igualmente se ha logrado disminuir la desnutrición y la mortalidad materna e infantil. De acuerdo con la información entregada por el Programa se ha reducido en un 50% la mortalidad infantil; el 96.5% de los niños y niñas han sido vacunados y; sólo el 2% de los menores de dos años sufren desnutrición en buena parte gracias a la mejora en la calidad del agua.

Entre 2009 y 2010 el Programa fue evaluado por el Ministerio de Salud Pública de Brasil y en 2010 el modelo de salud básica fluvial fue incluido en la política pública del Ministerio de Salud y se definió como el que debe ser utilizado en toda la amazonia Brasileira (Ministério da Saúde 2011). Por otra parte en ese mismo año el Barco Hospital Abaré fue certificado como la primera Unidad Básica de Salud Fluvial de Brasil siendo integrada al Sistema Único de Salud (SUS), con lo cual los municipios asumieron la gestión plena de las operaciones. A partir de ese momento, el Fondo Municipal de Salud de Santarém aporta cerca de R\$600 mil (más o menos US\$300 mil) para financiar la operación del barco.

g) Elementos innovadores

Este programa es innovador desde varias perspectivas. Se observa la innovación en las estrategias creativas utilizadas para construir el mapa de problemas de salud más apremiantes de la comunidad y para, en conjunto, definir alternativas de solución viables y aceptadas por las comunidades. Igualmente son claros los elementos innovadores que han utilizado para acercar la atención de salud y los servicios de prevención de la enfermedad a zonas apartadas de difícil acceso. De hecho es así como el derecho a la salud es hoy una realidad para estas comunidades.

Salud y Alegría no es solo el nombre del programa. Los conceptos de salud y alegría son fundamentales en el desarrollo de la estrategia. La salud que es el objetivo central de las acciones, se entiende como la búsqueda de relaciones armónicas del ser humano consigo mismo, sus semejantes y el medio ambiente. La alegría se concibe como una herramienta clave para transmitir y generar ambientes en donde se promueve la salud y se previene la enfermedad. La salud y la alegría se convierten así en un desafío colectivo, relacionado con todos los aspectos de la vida comunitaria pero también como una responsabilidad de cada persona. Estos aspectos fortalecen la movilización del capital social gracias a que la comunidad se convierte en actor protagónico del proceso de toma de decisiones y acciones orientadas a mejorar sus condiciones de vida y de salud. El uso de hipoclorito de sodio para la potabilización del agua no es una imposición. Es producto del trabajo conjunto y de la motivación de personas de la comunidad. Los agentes externos son un apoyo y una guía. Además no hay duda de que ha aportado a mejorar la autoestima del conjunto de pobladores que antes se veían a sí mismo como entes pasivos que recibían con resignación su situación de vida y de salud.

No hay duda de que el modelo de “ambulancha” y luego el Barco Hospital son una forma creativa de atender a población apartada que se comunica básicamente por el río.

Como se ha mencionado, ya ha sido definido por el Ministerio de Salud de Brasil como el modelo a ser utilizado en toda la *Amazonía Legal* y lo ideal sería que traspasara la frontera y se convirtiera en el modelo de salud de la cuenca amazónica.

2. Programa de Salud Intercultural - Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé, Chile. Konsejatu Chafun Williche, Chile

a) Contexto

El archipiélago de Chiloé, en la región de Los Lagos en el sur de Chile, está compuesto por la Isla Grande de Chiloé, y cuarenta y dos islas e islotes menores, con una extensión total de 9.181 km². Su capital, Castro, se encuentra a 1.191 km. de la capital del país, siendo necesario atravesar el canal Chacao en bote o en el transbordador. La comunicación entre las islas se realiza por vía marítima. En el Archipiélago habitan grupos pertenecientes al pueblo originario Williche, específicamente en el Territorio Wiliche de Koñimo Lamekura en la Comuna de Quellón. De acuerdo con la información del Censo de Población y Vivienda de Chile 2012, en este habitan cerca de 168 mil personas (Larenas 2013). Se calcula que en la comuna viven alrededor de 8.000 personas pertenecientes al pueblo Williche. Mantienen la organización ancestral y cuentan con un Consejo de Caciques de la Buta Huapi Chilhúe en el cual participan 12 comunidades indígenas. La población Williche, organizada en 30 comunidades conforme la pertenencia a un territorio y un grupo cultural, se distribuye en las comunas de Ancud, Castro, Chonchi, Quellón, Pukeldón y Quellón (Baldivieso 2005).

Se encuentran en un territorio fundamentalmente rural, alejado de los principales centros urbanos y con cierto grado de dificultad para acceder a servicios básicos como el de salud; debido a las distancias, las inclemencias del clima y las limitaciones propias del sistema público de salud. Las familias representan las unidades que facilitan las relaciones comunitarias y la sobrevivencia del grupo, sus principales actividades económicas son la agricultura, la pesca y las faenas de bosque (Baldivieso 2005).

De acuerdo con un estudio realizado por Malva Pedreros, la tasa de mortalidad de la población Williche es el doble que el de la población no indígena y las principales causas de muerte son enfermedades del sistema circulatorio, cáncer, traumatismo, tuberculosis y suicidio (Pedreros 2012).

b) Antecedentes

A las restricciones y problemas que enfrentan los servicios públicos en lugares apartados, en el caso de los pueblos Williche se agregan las múltiples formas de discriminación que enfrentan por su idioma, sus creencias y sus tradiciones. No hay duda de que este tipo de “obstáculos” se profundizan más en temas tales como la salud. De acuerdo con los testimonios de líderes Williches, los servicios públicos de salud llegaban al extremo de negar la existencia del pueblo Williche. Siendo así no es de extrañar que se ignoraran e incluso proscibirán las prácticas y sistemas de salud ancestral.

Frente a esta situación el pueblo Williche decidió actuar. Fue así como en 1996 crearon la Comisión Intercultural de Salud, que se convirtió en una instancia de coordinación y diálogo interinstitucional en materia de salud, entre representantes del sector público de salud (equipo del Hospital de Castro y Consultorios Municipales de Salud) y la Comunidad Williche organizada a través del Consejo General de Caciques de Chiloé. Como resultado de este trabajo se creó el Programa de Salud Intercultural- Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé. La Comisión, sin recursos financieros especiales asignados, trabajó a lo largo de tres años en la coordinación interinstitucional, la evaluación participativa de la gestión de la salud pública y el intercambio de concepciones y recursos medicinales entre el sector estatal y los grupos comunitarios.

Cabe resaltar que como resultado de lo establecido en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994 (Naciones Unidas 1994), el Gobierno de Chile en 1.996 creó, dentro del Ministerio de Salud, el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, para satisfacer las necesidades de salud de los pueblos originarios, aumentando la accesibilidad y mejorando la calidad de atención, considerando las características culturales de todos los pueblos que habitan el territorio.

Para entender el programa es indispensable conocer la concepción del pueblo Williche sobre la salud. La salud representa el estado de equilibrio que está siempre amenazado por la enfermedad. La enfermedad es vista como una condición connatural de la persona y no como un proceso indeseado.

c) Objetivo

Su objetivo es mejorar integralmente la calidad de vida del pueblo Williche, fortaleciendo su identidad y su capacidad de toma de decisiones desde una respuesta participativa frente a sus necesidades de salud. En este marco se debe lograr una verdadera interculturalidad en la salud, definida “como el reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales y la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales, como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano” (OPS 2008)

La clave del programa es un sistema de cogestión que articula la cosmovisión indígena y los conocimientos de medicina ancestral dentro de la oferta de atención médica pública occidental. No hay duda de que este fue un enorme avance para el pueblo Williche.

Es así como trabajan para lograr:

- Fortalecer la identidad cultural del pueblo Williche de Chiloé y su capacidad de toma de decisiones.
- Valorar el modelo médico y otros sistemas de conocimiento Williche.
- Robustecer y actualizar sus recursos culturales.
- Sensibilizar a los equipos de salud local y otros servicios públicos acerca de su cosmovisión.
- Mejorar la cobertura, el modelo de atención primaria de salud pública y la capacidad de resolución de problemas desde la cosmovisión de las comunidades Williche de Chiloé.
- Brindar atención sanitaria para enfermedades crónicas y salud mental.

d) Metas

Las metas que se fijaron son(Lincoman 2005):

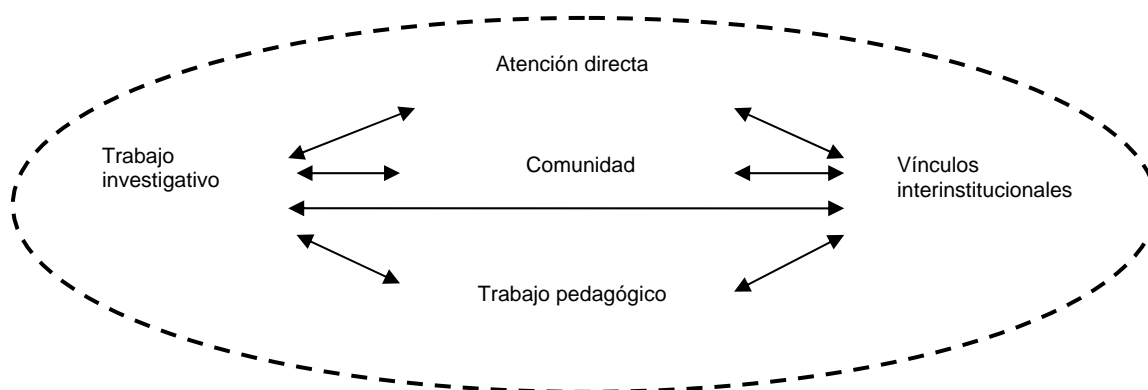
- Implementar espacios de atención de salud en que se articulan distintos sistemas médicos desde una perspectiva intercultural.
- Involucrar directamente a las organizaciones Williches en la toma de decisiones en el espacio de la atención de salud.
- Aumentar la participación de los servicios públicos en sus territorios, articulada con la comunidad, desde el respeto y el diálogo.
- Incrementar los niveles de competencia técnica de dirigentes y líderes Williche para abordar con mayor efectividad los problemas que afectan a las comunidades.
- Desarrollar estudios y sistematización de información que contribuyan a comprender mejor los condicionantes de la salud que afectan su desarrollo.
- Ampliar los espacios de atención terapéutica, tanto para asesores culturales procedentes de las comunidades indígenas como para profesionales del área social y jurídica.
- Poner en evidencia y hacer respetar, frente al Estado y la sociedad occidental, la capacidad del pueblo Williche para definir sus prioridades y trabajar por una mejor calidad de vida.

- Aumentar la participación de las mujeres y los jóvenes indígenas en las actividades y acciones vinculadas con la cultura de su pueblo en todos los niveles.
- Aumentar la capacidad de dirigentes y comunidades Williches en la gestión de los recursos locales.

e) Ejecución

Es un modelo polifacético que utiliza diversas estrategias para responder a las necesidades sanitarias de la comunidad de una manera eficiente, apropiada, respetuosa y acorde con sus tradiciones y cultura. Básicamente el programa desarrolla cuatro líneas de trabajo interrelacionadas que se presentan en el gráfico 1.

GRÁFICO 5
MODELO DE SALUD COMPLEMENTARIO WILLICHE



Fuente: Formulario de Información Adicional, Programa de Salud Intercultural

La atención directa se refiere a las consultas de salud de la población. Incluye la atención en la sede del programa⁵⁰ y los servicios en los sectores rurales apartados, gracias al equipo móvil. En los dos casos, el trabajo refleja la noción de salud que se sustenta en la cosmovisión indígena: La semana de atención comienza con la “ceremonia de rogativa” propia de las reuniones del pueblo Williche, pidiendo por la paz y el equilibrio, a las que asisten libremente trabajadores del programa y pacientes. Los pacientes llegan al lugar de atención y se congregan en la sala de acogida donde descansan, se alimentan, abrigan y realizan actividades recreativas y culturales, mientras esperan la entrevista con los terapeutas. El equipo interdisciplinario de profesionales recibe a los pacientes en el “cubículo de atención sociocultural”, en forma individual o con las familias cuando son acompañados por alguno de sus miembros y, determina el sistema de derivaciones internas de acuerdo a las características de cada caso. Eventualmente, si se estima necesario, se procede a la derivación al Hospital de Castro⁵¹.

El trabajo pedagógico reúne acciones que difunden la cosmovisión y la medicina Williche y se educa en el cuidado y el auto-cuidado de la salud. Constituye el principal espacio de desarrollo de la medicina preventiva y de capacitación en salud intercultural. Comprende actividades abiertas a toda la comunidad, de información y formación de ciudadanos y ciudadanas, mediante programas de radio y la elaboración y difusión de folletos informativos. En este mismo marco se capacitan docentes de preescolares étnicos y profesionales de los centros de salud pública.

⁵⁰ La sede del programa opera en una Ruka tradicional

⁵¹ Capital de la Provincia de Chiloe

En el trabajo investigativo se sistematizan las experiencias y se recoge la información que permite aumentar el conocimiento sobre lo que se hace, cómo se hace, sus resultados y las modificaciones que es necesario introducir tanto en la medicina tradicional como en la occidental. Incluyen actividades tales como evaluaciones periódicas del proceso en función de los objetivos, las demandas y las necesidades; evaluaciones comunitarias, que miden la satisfacción de las y los usuarios y recogen las sugerencias y las necesidades de las familias. Esta información es sistematizada y analizada a fin de obtener datos sobre la situación epidemiológica, la satisfacción, la situación de indicadores básicos, el uso de plantas medicinales, etc.

Relaciones Interinstitucionales, es el espacio en donde se establecen vínculos, mediante acuerdos verbales o escritos, con diferentes organismos, para garantizar el acceso a conocimientos, metodología de trabajo, recursos humanos y materiales, que hacen posible abordar el tema de la salud en su magnitud y complejidad. Comprende relaciones y gestiones para incorporar a los equipos médicos convencionales, conseguir transporte para pacientes, adquirir medicamentos tanto farmacéuticos y como de medicina tradicional, contar con espacios para desarrollar el trabajo pedagógico y, procurar recursos económicos para el sostenimiento del modelo, entre otros.

En el programa intervienen además el Ministerio de Salud que aporta recursos económicos y ofrece el marco legal que avala la iniciativa; la Junta Nacional de Jardines Infantiles que facilita el trabajo pedagógico en jardines étnicos; la Fundación Radio Estrella del Mar⁵² que apoya la realización de un programa radial semanal y; la Universidad Arcis-Patagonia que colabora en la formación de los asesores culturales.

Centro Mapu Ñuke⁵³

Un hito importante en el desarrollo del programa fue la creación del Centro Mapu Ñuke. Tiene como objetivo primordial conservar y desarrollar el patrimonio natural y cultural Williche. Es un lugar en donde se articulan una amplia gama de actividades que incluyen además de la salud, la educación, el fomento productivo y los derechos humanos y territoriales. Además, en el Centro, el personal médico occidental del Hospital de Quellón⁵⁴, realiza pasantías que han permitido mejorar la atención verdaderamente intercultural en este hospital.

f) Logros

Los resultados y logros más relevantes han sido:

En atención sanitaria:

La creación de un sistema de atención sanitaria “más pertinente” a las necesidades del pueblo Williche de Chiloé, que materializa la concepción integral de salud indígena y por consiguiente orienta sus prácticas a alcanzar el equilibrio general y la armonía de las personas y sus familias.

La combinación de distintos esquemas terapéuticos, en el marco de un trabajo colaborativo y de mutuo respecto entre profesionales del sistema de salud pública, representantes de terapias alternativas, terapias Williches y miembros de otras organizaciones que contribuyen a la mejora de la salud de las personas y sus familias.

Ha logrado que aproximadamente el 90% de las consultas vinculadas a problemas de salud primaria se hayan resuelto mediante el sistema de derivación interna.

⁵² La Fundación Estrella del Mar reúne a un conjunto de 8 emisoras, fundada en 1974, propiedad de la diócesis de Chiloé. Cada una lleva por nombre Estrella del Mar. Cinco están en la isla de Chiloé: Ancud (1982), Castro (1992), Quellón (1996), Achao (2000) y Melinka (1997). Las otras tres trabajan desde el continente, frente a la Isla, en la Cordillera de los Andes: Chaitén (1997), Palena (1997) y Futalefú (1997). En el área de cobertura de esa red hay una población de unos 150.000 habitantes.

⁵³ Significa “Madre tierra” en mapudungún, idioma de los Williches y los Mapuches.

⁵⁴ Comuna (municipio) del Distrito de Chiloé.

Se ha incrementado el número de pacientes atendidos, tanto de personas pertenecientes a familias del pueblo Williche, indígenas no organizados u organizados en sistemas no tradicionales, tanto como los habitantes no indígenas de la isla.

La creación y el uso continuo de la farmacia complementaria, Ruka Lawen, que brinda medicamentos farmacéuticos, homeopáticos y tradicionales elaborados con hierbas medicinales reconocidas por las comunidades Williche.

El desarrollo de actividades de salud preventiva en espacios alternativos tales como escuelas, programas radiales, etc.

Se ha logrado atender incluso a poblaciones que habitan en lugares distantes con escaso acceso a la salud como es el caso de las personas que viven en la Isla Apiao, gracias al equipo móvil de atención.

En fortalecimiento de la identidad cultural del pueblo Williche

- Validación y uso del saber y la cosmovisión Williche.
- Incorporación de asesores culturales a los espacios de atención médica, con la función de mediar entre los terapeutas y los pacientes a fin de facilitar la comunicación y los procesos de sanación.
- Recepción y acogida de los pacientes y cuidado de los mismos durante su permanencia en la sede del Programa, conforme a la cultura Williche; es decir, valorando a la persona, la familia, la relación con los mayores y la circularidad en la comunicación.
- Recuperación y uso de alimentos de la dieta Williche tradicional e incorporación en las comidas del día de atención.
- Participación de los pacientes en actividades recreativo-culturales realizadas en la sala de acogida durante la semana de atención (música típica, dibujos infantiles, etc.).
- Acuerdos con el sistema público de salud para las derivaciones necesarias a los hospitales especialmente de Castro.

En la organización comunitaria:

- Auto organización y auto gestión comunitaria tendiente a planificar y desarrollar el modelo de salud Williche complementario y establecer vínculos con entidades que contribuyen a su organización y funcionamiento.
- Activa participación de miembros de la comunidad, voluntarios y personas que consultan, en la realización de labores de mantenimiento del Centro y de las tareas necesarias en los días de atención tales como la calefacción del lugar, la preparación y distribución de alimentos, la coordinación de alguna actividad recreativa cultural, etc.

En vínculos con organismos públicos y privados:

- Establecimiento de acuerdos de colaboración con la Dirección Provincial de Salud y las Corporaciones de Salud Municipales para incorporar médicos del sistema público en el programa durante la semana de atención, la disposición de vehículos para el transporte de los enfermos a la sede del Programa o para realizar salidas conjuntas de atención médica a comunidades Williche aisladas, así como para adquirir medicamentos de atención primaria, entre otros.
- Firma de acuerdos con entidades como la Junta Nacional de Jardines Infantiles para asegurar el trabajo bajo la perspectiva intercultural desde la primera infancia y la Fundación Radio Estrella del Mar, que facilita la difusión del modelo y la realización de actividades de salud preventiva y capacitación.

- Creación de vínculos con organismos tales como la Fundación Bosque Modelo de Chiloé y de Canadá para gestionar y conseguir apoyo logístico, técnico y financiero.

Otros resultados se relacionan con:

- Aumento de la autoestima de las personas pertenecientes al pueblo Williche, gracias a la mayor confianza en su saber y hacer, la conciencia del auto cuidado y la participación en las actividades del modelo.
- A nivel comunitario, entre los grupos directamente implicados, se observa un mayor compromiso con la preservación del modelo y con la lucha por dar mayor valor al patrimonio cultural Williche. Entre los grupos más alejados, se ha visto su deseo de usar los principios del modelo para ser utilizados en sus propias comunidades.
- A nivel institucional, específicamente en la Dirección Provincial de Salud y las Corporaciones Municipales, se ha logrado un claro reconocimiento de la labor del programa y la voluntad de apoyarlo, así como su intención de replicarlo en otras localidades dentro del sistema público de salud.
- Satisfacción de los usuarios con la atención que reciben. Estos expresan que se encuentran cómodos, notan la preocupación no solo por su salud física sino también por su estado de ánimo y la salud emocional, se les brinda más tiempo y confianza que en otros servicios (Barrientos Saldivia VIA and Hauser Muñoz 2007).
- Acogiendo la cultura del pueblo Williche y promoviendo sus tradiciones y conocimientos, el programa ha construido un sistema de salud robusto y eficaz. La implementación de este modelo beneficia no solamente a los Williche, sino a la población general. Alrededor de 60% de las personas que benefician de los servicios del programa no son indígenas. Estas acuden en busca de una medicina alternativa frente a dolencias no necesariamente corporales sino de relaciones o con sentidos culturales que no son atendidas por la medicina occidental (Estrada 2007). Además el programa ha generado en la comunidad un espíritu y una mentalidad más abierta hacia la diversidad cultural. La inserción de la medicina Williche, en la medida que dialoga y se presenta horizontalmente en el espacio de la salud pública, produce un efecto que promueve la superación de la discriminación y la subvaloración.

3. Atención en salud integral a la población indígena altamente móvil, Coto Brus, Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social, Área de Salud de Coto Brus

a) Contexto

Costa Rica es sin lugar a duda uno de los países latinoamericanos con las mejores condiciones de vida, incluso a pesar de que la equidad ha retrocedido⁵⁵. La indigencia, en 2012, afectó al 7.3% de la población, la pobreza al 17.8% y la esperanza de vida es la más alta de América Latina (79.3 años) (INEC 2014). Para 2010, la mortalidad infantil fue 9.46 por 1,000 nacidos vivos y la mortalidad materna 2.54 por 10.000 nacidos vivos (MIDEPLAN, PNUD, and UN-DESA 2010).

En el país la cobertura y acceso a los servicios de salud está garantizada por la Caja Costarricense del Seguro Social, la cual atiende tanto a la población asegurada como a la no asegurada y el Estado asume el pago de la atención que se da en forma gratuita. Esto incluye a las personas extranjeras que se encuentran en el territorio nacional.

⁵⁵ El Gini del país ha aumentado de 0.438 en 1990 a 0.504 en 2012 (CEPAL 2013b).

Continúa siendo un país básicamente agrícola. Un 40% de su territorio se emplea en la agricultura principalmente en café y banano. El café es el cultivo de mayor importancia en cuanto a la superficie utilizada (109.000 hectáreas).

Al igual que el conjunto del país el Cantón de Coto Brus donde nace este programa, tiene vocación básicamente agrícola. Sus principales cultivos son el café, la caña de azúcar, el maíz, el plátano y el frijol, estos tres últimos básicamente para la alimentación local. El 47% de las hectáreas dedicadas a actividades agropecuarias están destinadas al café (INEC 2007). Tiene la productividad por hectárea de café más alta del país. El sector industrial, con excepción de los aserraderos y beneficiaderos de café, son pequeñas unidades que elaboran materias primas para consumo local y pequeñas artesanías. Está ubicado en el sur del país en la frontera con Panamá. En 2012 tenía una población de 34.787 personas, con una reducción constante desde 2000, cuando sus habitantes eran 41.305. Es además uno de los cinco territorios indígenas Ngöbe del país. De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano, en promedio se ubica en el nivel medio bajo (0.737) (PNUD, Universidad de Costa Rica 2011). Tiene altos niveles de seguridad; medios en el nivel educativo, la esperanza de vida y la salud, y de medios a bajos en equidad de género. (UNICEF and AECID 2012). En 2009, Coto Brus fue el único Cantón que se mantuvo en el nivel de mayores privaciones de acuerdo con el IPH⁵⁶.

b) Antecedentes

El sistema de salud costarricense está organizado alrededor de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se financia con el aporte que pagan los patrones, los trabajadores asalariados⁵⁷, los independientes, los pensionados y el Estado que cubre la atención a las personas por debajo de la línea de pobreza. Los servicios de salud de la Caja se organizan en tres grandes redes, con servicios de primer, segundo y tercer nivel, cada una encabezada por uno de los tres hospitales nacionales del cual dependen los hospitales regionales y los periféricos, las Clínicas Mayores, las Áreas de Salud y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud EBAIS (Rodríguez, Bustelo 2008).

En cuanto a la población altamente móvil, la gran mayoría Ngöbe- Buglé vive en Panamá pero ingresa a Costa Rica en la temporada de la recolección de café. Son los principales recolectores, muy apreciados por los caficultores por el alto rendimiento y cuidado de la planta. En general migra temporalmente la familia completa y permanecen en el cantón toda la temporada de recolección que va de septiembre a febrero. De hecho, todos los años, alrededor de 20.000 Ngäbe-Buglé se trasladan a Coto Brus (CEPAL, UNICEF 2010), lo que implica un incremento temporal de la población del cantón de al menos un 25%. Según la información del Área de Salud de la CCSS de Coto Brus en la frontera, la población móvil está compuesta por una proporción de tres hombres por mujer; las mujeres que migran están en edad fértil; las niñas y niños que los acompañan son generalmente los mayores de diez años que trabajan en la recolección del café o menores de dos, aún dependientes de sus madres (Ortíz 2009).

Históricamente esta población ha presentado perfiles epidemiológicos deprimidos, con índices muy por encima del promedio latinoamericano en mortalidad materna e infantil, así como con altos porcentajes de desnutrición en población menor de 10 años y alta incidencia de morbi-mortalidad en patologías inmunoprevenibles, aunado a muy bajos niveles de escolaridad y condiciones socioeconómicas. A modo de ejemplo, se presentaron casos de tuberculosis, sarampión y tétano intrauterino. Es así como se convertían en una seria “amenaza” para los esquemas costarricenses de servicios públicos como educación, seguridad social y salud. Los trabajadores públicos y la población en general tenían una percepción muy negativa de los Ngäbe-Buglé. De acuerdo con las declaraciones de

⁵⁶ El informe de desarrollo humano define este indicador como “un indicador compuesto que mide las privaciones en tres dimensiones básicas del índice de desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimiento, y un estándar decente de vida – además de capturar de la medida de exclusión social ”

⁵⁷ De acuerdo con la información que entrega la CCSS, las cuotas obreras y patronales son la principal fuente de financiamiento de la CCSS, representan cerca del 80% de los ingresos de la Institución.

funcionarios “los saturaban de trabajo y consumían en forma excesiva los recursos”. No hay duda de que los Ngäbe-Buglé percibían este sentimiento y no acudían a los servicios de salud sino en situaciones de emergencia, cuando su integridad física e incluso su vida se veía comprometida. No en pocos casos se presentaron muertes prevenibles, que afectaron los indicadores de salud y los costos de operación del sistema. Los primeros bajaron y los segundos llegaron hacer los más altos del país (Ortíz 2009).

c) **Objetivo**

Ante esta situación la Caja Costarricense del Seguro Social dio la instrucción al Área de Salud de Coto Brus de buscar salidas eficientes y viables para atender a la población Ngäbe-Buglé durante su estancia en el cantón. Nace así el Programa de Atención en salud a indígenas altamente móviles cuyo objetivo es dar atención en salud a la población indígena que ingresa al Cantón desde Panamá, de forma integral y adaptada a sus condiciones de movilidad laboral, pobreza, costumbres, idioma y cosmovisión.

d) **Metas**

Las metas que se propusieron fueron las siguientes:

- Lograr al menos 1 consulta de valoración integral en salud a cada persona indígena que ingresa al Cantón de Coto Brus y remitir al centro de salud de mayor nivel resolutivo, de aquellas personas que así lo requieran.
- Que el 100% de la población indígena altamente móvil que ingresa por el cantón participe en al menos una actividad educativa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Derechos Humanos y legislación nacional que les favorece, al año.
- Que el 100% de los empleadores de la población indígena altamente móvil del cantón tengan conciencia de los derechos de estas personas; cuenten con instalaciones de albergue con criterios de calidad aptos para la habitación y que las condiciones laborales cumplan el principio de igualdad y la legislación vigente.
- Que el 100% de los funcionarios públicos de salud y de otros sectores que tengan contacto y/o brinden servicios a esta población, se les otorgue al menos 1 actividad de sensibilización al año.

Cabe destacar que cada una de estas metas se ha cumplido a cabalidad y se continúan cumpliendo.

e) **Ejecución**

Respondiendo al encargo, el Área de Salud del Cantón ensayó diferentes alternativas. En primer lugar intentó promover que fueran a consulta a los centros y puestos de salud, pero la falta del idioma y el miedo por su situación migratoria hizo que esta alternativa fracasara. Decidieron entonces visitar las fincas en donde se hospedan y trabajan, en los horarios de atención regular del sistema de salud. Eran horas en las que la mayor parte de la población estaba en el cultivo y por lo tanto eran muy pocas las personas que podían atender. Decidieron ir a estos albergues entre semana después de las 6 de la tarde o los sábados en la tarde, cuando ya habían terminado su labor de recolección y estaban en el albergue, utilizando un equipo médico convencional, encabezado por un médico acompañado de enfermeras y Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAP). Esta modalidad permitió atender a la población objetivo pero claramente implicaba altos costos debido al pago de horas extras a personal especializado. Pronto se dieron cuenta de que el tipo de atención que podían prestar en los albergues no ameritaba la presencia de un médico. Era suficiente un equipo liderado por un(a) enfermero(a) acompañado por ATAP, con la capacidad de llevar a cabo las actividades de atención primaria tal como vacunación, desparasitación, busca activa de casos epidemiológicos, distribución de diferentes métodos anticonceptivos con la explicación necesaria, control a mujeres embarazadas y niños y niñas. En estas visitas además se dan charlas de primeros auxilios, violencia intrafamiliar y de género y, en general, abordaje de temáticas referentes a Derechos Humanos. Los casos de riesgo, por patologías

crónicas o agudas, problemas sociales o psicológicos severos son referidos en forma individual e inmediata al personal o entidades especializados para su abordaje integral. También se refieren aquellos casos que requieren valoraciones periódicas de control y prevención de su salud, tales como el examen cervicouterino, mujeres embarazadas, adolescentes, adultos mayores, niños sin control de desarrollo. En este marco de actividades ha creado un carnet de salud en donde se lleva el control de vacunación y salud que ha permitido articular acciones con las autoridades de salud de Panamá y con programas que adelanta el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el territorio panameño con este pueblo indígena.

Además, con la población Ngäbe-Buglé, se ha desarrollado el programa de capacitación de asesoras culturales⁵⁸, que son en general indígenas de la misma etnia establecidas en Costa Rica que hablan español además de su lengua nativa, que apoyan al equipo en la interlocución y trabajan de manera constante con los y las indígenas para asegurar el cuidado de la salud. Tratan temas tales como primeros auxilios, parasitosis, síntomas respiratorios por tuberculosis, diarrea, higiene personal, planificación familiar, nutrición, derechos de los pueblos indígenas, VIH/SIDA, violencia y género. Esta capacitación es liderada por el/la enfermero(a) jefe del programa con el apoyo de asesoras culturales ya formadas. Una función clave de las asesoras culturales es identificar, en su interlocución con los Ngäbe-Buglé, los puntos débiles del programa para llevar a cabo los ajustes necesarios o implementar acciones concretas ante situaciones reportadas por las asesoras. Este modelo ha presentado enormes ventajas. Por una parte no hay duda de que han creado puentes de confianza entre el sistema médico occidental y las costumbres ancestrales facilitando la atención y aportando a una mejora en las condiciones de vida y salud. Pero además han contribuido a mejorar de manera significativa el orgullo indígena y su importancia en el proceso de construcción de una vida mejor para la etnia a la que pertenecen.

Por otra parte, el equipo del programa reconoce y valora la existencia de parteras y médicos tradicionales, respetados por la comunidad. Siendo así, en un ambiente de respeto mutuo, trabaja con ellas y ellos asegurando que cuenten con los elementos necesarios y las herramientas apropiadas para desarrollar sus tareas tradicionales, promoviendo la articulación con la medicina moderna cuando la situación lo amerita. En este marco, se han firmados tres pactos con médicos y parteras tradicionales, que se renuevan cada dos años y en los cuales se incluyen puntos básicos tales como no burlarse de la medicina o tratamientos recomendados o practicados por el otro; respetar la concepción de la medicina del otro; no negarle al paciente la posibilidad de compartir tratamientos y asegurar que ante la imposibilidad de solucionar un problema médico bajo una modalidad es inmediatamente remitido al otro sistema⁵⁹.

Otro elemento clave del programa es el trabajo con los dueños de las fincas cafeteras, en especial sobre las condiciones de los albergues y los servicios sanitarios en la plantación. En general las condiciones de los lugares donde se hospedan las familias son muy precarias, con altos niveles de hacinamiento y pobres condiciones higiénicas para la cocina, el acceso al agua potable y los servicios sanitarios. En este marco se creó el modelo de “Fincas sanas, amigables con los trabajadores” que otorga anualmente un reconocimiento a los finqueros que han mejorado las condiciones de vida y de trabajo de los recolectores. Este modelo recibió un reconocimiento en la Feria del Desarrollo del Banco Mundial.

Se trabaja también con los capataces para que puedan identificar síntomas de enfermedades comunes entre la población indígena y tengan claro el procedimiento que deben seguir: con quién comunicarse, a dónde llevar a los enfermos, cómo tratarlos ante una emergencia, etc.

Además, en el puesto fronterizo, por el cual ingresa la mayor parte de la población Ngäbe-Buglé, se ha ubicado un equipo de salud con asesoras culturales que les hacen ver que no corren peligro acercándose a los servicios de salud y los sensibilizan acerca de la importancia de participar activamente en el programa de atención en salud. Allí, las asesoras dictan charlas sobre promoción de

⁵⁸ Son básicamente mujeres

⁵⁹ Cabe destacar que las remisiones se han presentado tanto desde el sistema tradicional al moderno como al contrario.

la salud y prevención de la enfermedad y el equipo de enfermeras realiza procesos de control de vectores, vacunación y medición de peso y talla para los niños y las niñas. Es la primera ventana que se abre para que confíen en la atención de salud que se va a prestar.

Para brindar una mejor atención a toda la población indígena del catón cuentan con una nueva sede del Equipo básico de atención integral en salud (Ebáis), “La Casona”, con arquitectura tradicional de la etnia, compuesta por módulos en forma de “chocitas”, que respeta la convivencia de las dos culturas. En su diseño se contó con el aporte de médicos tradicionales. En la parte trasera se construyó una huerta con plantas medicinales propias de la cultura Ngäbe-Buglé, que es cuidada por personas de la comunidad y sirve para el abastecimiento de los remedios tradicionales. El compromiso de la comunidad con este modelo se refleja en la donación del terreno en donde se construyó la sede. Además a esta contribuyó la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y la Caja Costarricense del Seguro Social.

f) Logros

El programa ha logrado sus objetivos y ha sido muy exitoso desde varias perspectivas. En términos financieros se han reducido los costos tanto de atención en urgencias como de hospitalización en los que incurría el Área de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social en la medida en que se ha logrado detectar los problemas de salud antes de que sea necesario ser atendidos en el sistema de urgencias. La disminución del gasto en salud para esta población ha sido cercana al 37%. Los gastos vinculados con consultas y hospitalización de la población indígena han caído 55% en nueve años (2.500 atenciones anuales a 1.100 en el año 2010).

Y sin duda también ha tenido un importante impacto en la salud. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido entre 2001 y 2007 pasando de 17.1/1000 – superior al promedio nacional a 10.32(UNICEF and AECID 2012). Han logrado que el 100% de los niños y niñas reciban las vacunas establecidas (Alvarado 2009).

Las condiciones de la vivienda en los campamentos cafetaleros, en promedio, han mejorado significativamente. Se han instalado servicios sanitarios tanto en las viviendas como en el cultivo, se han mejorado las condiciones de las habitaciones en las que duermen así como las de las cocinas, letrinas, duchas y acceso a agua potable. Un ejemplo claro de esto es lo sucedido en una de las fincas cafeteras de la zona: Las casas de madera en donde se albergan los y las indígenas tienen hoy piso de cemento y no de tierra, camas para cada uno de los miembros de la familia, servicios sanitarios completos, fogón para cocinar fuera de la habitación en donde duermen y acceso a agua potable en el hospedaje. Adicionalmente, decenas de asesores culturales han recibido entretenimiento en atención de salud preventiva y facilitan comunicación y cooperación dentro de la comunidad.

Los resultados del modelo llevaron a que, en 2010, la Caja Costarricense del Seguro Social decidiera que debía ser utilizado en todos los cantones del país en donde poblaciones indígenas móviles trabajan en las plantaciones.

g) Elementos innovadores

Para responder eficientemente a las necesidades complejas y particulares de esta población, fue necesario separarse de una serie de paradigmas al interior de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El primero fue acabar con la idea de que los indígenas son migrantes. En realidad la comunidad Ngäbe-Buglé se ha movido siempre entre territorio costarricense y panameño, es una frontera política la que les da en este momento la categoría de migrantes. El Director General del Área de Salud de Coto Brus de la Caja Costarricense de Seguridad Social afirma: “Si asumimos que los indígenas son panameños, no los vamos a atender porque no cotizan en nuestro sistema. Decidimos calificarlos entonces como una población indígena altamente móvil, cuyo territorio es transfronterizo”.

El segundo fue no esperar que los indígenas vengan a los hospitales o a los puestos y centros de salud, sino hacer una búsqueda activa de esta población en sus albergues y a las fincas donde trabajan.

El tercero, adaptarse al horario de los cultivadores, por ejemplo hacer charlas y capacitaciones después de las 6 de la tarde, con el equipo médico necesario acorde con el servicios en este lugar pueden prestar.

Vincular a los finqueros y los capataces de las fincas en la responsabilidad de la salud de sus trabajadores y sus familias.

4. Salud y Educación entre los Hupdäh, Brasil Asociación Salud Sin Límites

a) Contexto

El programa se desarrolla en el municipio de São Gabriel da Cachoeira, Estado de Amazonas, ubicado en la esquina noroccidental de Brasil, en la frontera con Colombia y Venezuela. Hace parte del Distrito Sanitario Especial Indígena do Rio Negro. Un tramo de su territorio hace parte del Parque Nacional del Pico da Neblina. Es un lugar bastante aislado. Se encuentra a 860 km. de Manaus, la capital del Estado, sin vías de comunicación terrestres. Tiene una economía agrícola de subsistencia (mandioca, banana y batata). De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, en el municipio vivían cerca de 38 mil personas, con una densidad de sólo 0,35 habitantes por km². Mas o menos el 85% de su población es indígena y más de la mitad vive en las zonas rurales (IBGE 2010). Es el municipio brasilero con mayor población indígena. Conviven 22 etnias que hablan 19 idiomas, una de las cuales es la de los Hupdäh (Machado 2004). Es tal la importancia de estos grupos étnicos que en 2002 una ley municipal declaró idiomas oficiales con el portugués, el ñeengatú, el tucano y el baniwa. Sus condiciones de vida son muy precarias. El Índice de Desarrollo Humano del municipio en 2010 era 0,609, significativamente inferior al promedio del país (0,730). La esperanza de vida al nacer es 2 años inferior al promedio del país, la tasa de analfabetismo de mayores de 25 años es casi 9 puntos porcentuales superior, la mortalidad infantil 3 puntos porcentuales y, el 50% de las niñas y niños viven en pobreza extrema. Solo el 43,43% de las viviendas tienen conexión de acueducto. (PNUD 2013b).

Los Hupdäh, son en general nómades, recolectores que se mueven en un área de más o menos 3.500 km² entre los ríos de la región y algunas de sus comunidades están a más de una hora caminando del lugar al que los hidroaviones pueden llegar. Es un grupo indígena minoritario que hace parte de la etnia Maku. Se estima que son más o menos 1.500 personas que viven en 40 comunidades en la región interfluvial de los ríos Vaupés y Tiquié. Sus miembros, en general, no hablan portugués y mantienen su lengua, el Hup. Sus principales actividades son la caza, la pesca, la recolección y la siembra de alimentos tales como la mandioca (yuca), la taioba (*Xanthosoma sagittifolium*), bananas y caña de azúcar. Sus relaciones comerciales se llevan a cabo básicamente con otro grupo indígena de la región, los Tukano a quienes les proveen carne de caza, productos forestales y mano de obra y estos les pagan con productos tales como hachas, machetes, ropa y fósforos. Era un pueblo visto como inferior incluso entre los demás indígenas. Llegada a tal nivel que para algunos grupos los Hupdäh no eran “humanos”. No participaban en ninguna instancia de deliberación política, ni siquiera en aquellos foros en los que por ley debían participar: El Consejo Municipal de Salud y Educación, el Consejo Distrital de Salud o el Consejo Local de Salud.

Mantienen prácticas ancestrales que afectan la morbimortalidad materna e infantil. No existen parteras. Las madres van al bosque a tener sus hijos solas. Las primerizas son acompañadas por la madre o la suegra. Tampoco contaban con agentes indígenas de salud. Su perfil epidemiológico presenta parásitos digestivos, anemia, desnutrición, enfermedades respiratorias agudas —especialmente tuberculosis— y problemas oftalmológicos tales como el tracoma que produce ceguera⁶⁰, siempre en proporciones superiores a los demás pueblos indígenas de la zona (De Lima 2005).

⁶⁰ Enfermedad ocular infecciosa que es la principal causa de ceguera infecciosa en el mundo.

b) Antecedentes

La organización no gubernamental Saúde Sem Limites venía trabajando en la zona desde mediados de los noventa, lo que les permitió conocer en detalle las grandes falencias de este grupo indígena así como sus concepciones de la salud y la enfermedad. Para los Hupdäh la vida saludable es el equilibrio entre el Hawang (energía positiva) y el Baktup (energía negativa). Cuando nace el niño, su Hawang es muy pequeño y su Baktup grande. El papel de los padres, con el apoyo del chamán, es ayudar a desarrollar el Hawang. Hay cosas tales como la leche materna y el agua clara, que ayudan a aumentarlo y otras como algunos tipos de carne y el agua no limpia, que aumentan el Baktup. Una vida saludable es aquella en la que su Hawang se desarrolla y crece y una "buena muerte" es cuando, ya ancianos, el chamán "ve" que la persona ya no tiene su Hawang. En esta cultura las dolencias tienen un origen místico (magias, encantamientos, maldiciones, etc.). Solo cuando el "mal" ha sido traído por los "blancos" se justifica recurrir a un "médico blanco". Siendo así la medicina occidental solo tiene sentido para curar. La prevención y promoción de la salud es tarea de los chamanes y los kumus.

Por otro lado la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas aprobada en 1999 estableció "garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral a la salud, acorde con los principios y directrices del Sistema Único, teniendo en cuenta la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política de forma tal que se favorezca la superación de los factores que hacen de esa población la más vulnerable a los problemas de salud de mayor magnitud y trascendencia entre la población brasileña, reconociendo la eficacia de su medicina y el derecho de estos pueblos a su cultura." (Ministerio da Saúde 2002). Con esta Ley, en 2000, se estructuró en la zona el Distrito Sanitario de Río Negro, que ha buscado adecuar el modelo asistencial oficial a la variedad de situaciones socioculturales y epidemiológicas de las comunidades. En esta tarea participó activamente Saúde Sem Limites y dentro de las acciones que inició fue precisamente el trabajo con los Hupdäh en las áreas de salud y educación.

Los aspectos que guiaron el programa fueron la precaria situación de la salud y las dificultades de comunicación del equipo de salud con este grupo indígena, la necesidad de hacer efectivos los derechos de los Hupdäh con relación a la educación y el respeto a sus especificidades culturales, la importancia de promover su participación en los espacios de deliberación de las políticas públicas de salud y educación y la necesidad de articular con los órganos oficiales de salud y educación para optimizar el trabajo y evitar la duplicación de acciones.

c) Objetivo

El objetivo general del programa es mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar de los Hupdäh mediante acciones integradas de salud y de educación.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la atención de salud a la población y el control de las principales enfermedades que afectan a los Hupdäh.
- Colaborar en la reestructuración de su educación escolar, a través de actividades de educación de la salud.
- Iniciar un proceso de formación para la ciudadanía a través de la discusión entre Hupdäh sobre alternativas económicas en pequeña escala y grupo viable.

d) Metas

Las metas que se establecieron son las siguientes:

- Asegurar la atención de salud a las comunidades Hupdäh los 12 meses del año.
- Asegurar el control de las diarreas, las enfermedades respiratorias, la tuberculosis y el tracoma.

- Formar al menos 7 agentes indígenas de salud entre la Comunidad Hupdäh
- Estimular a la participación de los Hupdäh en los Consejos Municipal y Distrital de Salud y en el Consejo Municipal de Educación.
- Publicar y poner a disposición de la comunidad un diccionario Hup – Portugués con un glosario de temas de salud.
- Elaborar materiales educativos en Hup.
- Apoyar a la Secretaría Municipal de Educación de São Gabriel da Cachoeira en el cumplimiento de la legislación referente a la educación escolar indígena y la implementación de las escuelas diferenciadas.
- Promover la autonomía económica, física y cultural de los Hupdäh.

e) Ejecución

A fin de asegurar la adecuada comunicación con la comunidad Hupdäh por una parte se promocionó y apoyó el aprendizaje básico del portugués y por otra las personas del equipo técnico adquirieron bases del Hup. Para esta tarea se llevo a cabo un estudio lingüístico, talleres para la adopción de la grafía y entrenamiento de escritura y se produjo un diccionario Portugués-Hup con alrededor de 2.000 palabras y frases en Hup, traducido al portugués. Con el apoyo del Departamento de Educación de la Universidad de Amazonas, el Departamento de Educación de la Ciudad de São Gabriel da Cachoeira, la *Organização dos Professores Indígenas* do Alto Rio Negro (OPIARN), Cáritas Brasileira, Manos Unidas, entre otros, los médicos occidentales profundizaron sus conocimientos sobre los usos y costumbres de este grupo indígena y las bases de la medicina tradicional. Con este mismo fin se llevaron a cabo talleres participativos con las comunidades en los que se debatieron temas muy diversos tales como los problemas de la piel o las dificultades para comercializar sus productos y lograr mayores márgenes de utilidad.

Una vez se había logrado avanzar en el conocimiento cruzado del Hup y el portugués el equipo de salud del proyecto, conformado por una enfermera, un auxiliar de enfermería y una educadora con el apoyo de un traductor, iniciaron las visitas a las casas de las familias a fin de construir los perfiles médicos de cada uno de sus miembros, atender a las personas con alguna enfermedad, realizar los controles a las madres gestantes y el seguimiento a los niños y niñas entre 0 y 5 años. En las visitas domiciliarias se entrevista a cada uno de los miembros del hogar, se indaga sobre sus dolencias, problemas de salud y otros temas que consideran de interés. Es una entrevista libre que permite además crear vínculos de confianza con las personas. Los niños y niñas son examinados en detalles, pesados y medidos. Se abre un registro médico de cada uno de los miembros del hogar, con información clínica y datos socio demográficos que permite dar seguimiento, medir el impacto del programa y contar con un banco de datos sobre los perfiles epidemiológicos de la comunidad. Igualmente reciben atención médica en el hogar dolencias tales como infecciones digestivas producidas por parásitos, heridas o dolores. Es claro que adaptaron los principios del Programa Salud en Familia creado por el Ministerio de Salud de Brasil en 1994, a las condiciones específicas de esta población.

Dadas las dolencias más importantes que enfrentan, especial atención se da a las condiciones de salud vinculadas con enfermedades respiratorias, tuberculosis y tracoma. Toda la información recogida es sistematizada a fin de poder dar el seguimiento necesario.

A partir de este cuadro de las principales dolencias, el equipo del programa va una vez al mes, por 15 días a las comunidades Hupdäh, viviendo en las mismas condiciones que las comunidades atendidas y lidiando con las precariedades de la zona lo que sin lugar a dudas es un problema para la calidad del servicio.

Las personas que deben ser remitidos al hospital de São Gabriel son acompañadas por personal del equipo que los apoyan y da seguridad gracias a las posibilidades de comunicación en su propia lengua y los lazos de confianza que se van creando.

Por otra parte, al poco tiempo se inició la capacitación de líderes Hupdäh como agentes indígenas de salud. En la primera fase estos acompañan al equipo del programa en las visitas domiciliarias iniciando así la formación en aspectos tales como la elaboración de la historia médica y examen físico básico. Así mismo, y dadas las distancias y condiciones de acceso se enseñó el manejo de la radio comunicación que les permite realizar las consultas que considere necesarias. Una vez culminada esta primera fase se inició el programa de capacitación en Atención Básica en Salud que incluyó la prevención de la enfermedad, en el que se combinan actividades teóricas y prácticas.

Una vez consolidados estos procesos y contando con una población Hupdah que ha logrado una mayor apropiación de su vida y su salud, se promueve su activa participación en los Consejos de Salud y Educación en los cuales deben elevar sus preocupaciones y sus necesidades. Es más, utilizando el conocimiento adquirido por estos líderes, han formulado estrategias concretas para mejorar su salud y su calidad de vida.

En el área de educación, el estudio lingüístico, los talleres para la adopción de la grafía, el entrenamiento de escritura y el diccionario Portugués-Hup fueron claves para enseñar bases de Hup, a los maestros de las escuelas de primaria en las aldeas donde estos viven.

f) Logros

Los aportes de este programa son numerosos e importantes. Han conseguido que servicios de salud de calidad, tanto de prevención como de atención, lleguen a una población tradicionalmente excluida y de alguna manera ignorada incluso por otros pueblos indígenas con los que comparte el territorio. Los líderes capacitados han participado activamente en los diferentes Consejos y han planteado alternativas y estrategias concretas para mejorar sus condiciones de salud y de vida en general.

Si bien no ha sido fácil establecer indicadores cuantitativos del impacto del programa, en la visita en el terreno se pudo comprobar que los agentes de salud indígena reportan que desde el inicio del programa se han reducido de manera significativa los casos de tracoma, parásitos, diarreas y deshidratación en mejores de 2 años(Lustosa 2005).

En cuanto a educación, la Secretaría de Educación Municipal reportó el enorme beneficio que significó el contar con un diccionario Hup – portugués y el haber podido contratar maestros conocedores de la lengua para la educación de este grupo indígena.

El programa además permitió incrementar la confianza en sí mismos de los Hupdäh, y una expresión clara de esto fue la participación en el Consejo y organizaciones de la comunidad de las cuales se sentía excluidos.

Aunque el programa fue diseñado para una población específica (los Hupdäh), las estrategias utilizadas y las lecciones aprendidas pueden ser transferidas fácilmente a otros pueblos y contextos. Es más la Fundación Nacional de Salud, adscrita al Ministerio de Salud de Brasil ha estudiado y evaluado el modelo para ser utilizado con otros pueblos indígenas y en otros lugares del país.

g) Elementos innovadores

Un elemento de enorme importancia y que significa una innovación es la forma como se articula la salud y la educación y en especial el desarrollo de la grafía y diccionario Hup-portugués para hacer posible el trabajo con este pueblo indígena. Las características de exclusión extrema de los Hupdäh hicieron necesario un proceso de construcción de confianzas basada en el respeto a sus usos y costumbres. Este proceso permitió la entrada de la medicina occidental en la atención de enfermedades que no es posible cubrir con el modelo tradicional y por lo tanto mejorar las condiciones de vida de esta población. El reconocimiento de sus capacidades y sus creencias fue la base sobre la cual pudieron crear el modelo de agentes indígenas de salud que crean el puente entre las dos medicinas.

Resumen de los programas innovadores en atención a pueblos indígenas y comunidades multiculturales

Una característica relevante de estos programas es el haber hecho realidad el derecho de los pueblos indígenas y las comunidades multiculturales al acceso a servicios de salud de calidad y que respetan sus usos, costumbres y creencias. Han desarrollado modelos, costo-eficientes, que hacen posible la atención de salud incluso a población muy dispersa de difícil acceso, como es el caso de los Williches y los Hupdäh.

Han logrado construir modelos de atención basado en el respeto mutuo entre la medicina tradicional y la occidental, complementándose y no compitiendo. Además claramente han facilitado y promovido la producción de los ingredientes claves de la medicina indígena, tales como las plantas medicinales.

No solo se vinculan los médicos occidentales directamente involucrados en los programas sino que también han permeado a los equipos de salud de los centros médicos a donde se deben remitir a las personas para recibir atención especializada. De esa forma se amplía el concepto de respeto a las tradiciones y culturas diferentes a la “dominante”.

No hay duda de que han mejorado las condiciones de salud de las poblaciones indígenas involucradas, se ha reducido la mortalidad por enfermedades prevenibles, en todos los grupos etéreos, la mortalidad materna e infantil. Es de enorme importancia el haber logrado aumentar la vacunación entre los niños y niñas de comunidades indígenas, lo cual es claramente producto del trabajo mancomunado que ha involucrado a los médicos y curanderas tradicionales. Y en esta misma línea ha sido clave la formación de agentes de salud indígena que a más de apoyar en la atención a la salud han creado puentes entre las culturas.

De gran relevancia es el Programa de Salud Intercultural - Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé en el cual es el Consejo General de Caciques Williche de Chiloé, el que sorteando dificultades hacen realidad este modelo de atención en salud verdaderamente intercultural.

Al nivel conceptual, se produce una transformación radical en el conocimiento, la percepción y la actitud ante la concepción de salud y enfermedad de los pueblos indígenas, que con toda seguridad se está esparciendo en todo el mundo médico occidental.

En dos de los tres casos analizados el modelo ya ha sido replicado en el país de origen, sin duda gracias a los excelentes resultados que han logrado.

Bibliografía

- Alvarado, Hernán. 2009. Informe de visita de campo.
- Araújo, Valéria. 2013. “Trébol de Cuatro Hojas: Estrategia para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.”
- Asamblea General, ONU. 2006a. "Resolución aprobada por la Asamblea General, Naciones Unidas. Programa de Acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo". http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2006/diapobindigenas/A_res_60_142.pdf.
- . 2006b. “Programa de Acción para el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.” http://servindi.org/pdf/ONU_Programa_II_Decenio.pdf.
- Baldivieso, Silvia. 2005. “Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloe "Kume Mogen Williche Chafun Chikwe.”
- Ban, Ki-moon. 2010. “Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños”. Naciones Unidas. <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>.
- Banco Mundial. 2005. “Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención y, las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios”. <http://siteresources.worldbank.org/INTPARAGUAYINSPANISH/Resources/PrestaciondeServicioSdeSaludenParaguay.pdf>.
- . 2012. “Gasto en Salud, total (% Del; PIB)”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=default>.
- . 2013a. “Tasa de fecundidad total”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN/countries?display=default>.
- . 2013b. “Esperanza de vida al nacer”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>.
- . 2013c. “Tasa de mortalidad materna”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>.
- . 2013d. “Esperanza de vida al nacer, total (años)”. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>.
- Barrientos Saldivia VIA, Andrea J., and Katherine A. Hauser Muñoz. 2007. “Salud intercultural y complementaria: Un camino hacia la equidad en la atención de salud de los Pueblos Originarios de Chile. La Experiencia de la Comunidad Williche Koñimo Lamakura, Ancud–Chiloé”. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmb275s/doc/fmb275s.pdf>.
- Beltrán, Arlette, and Janice Seinfeld. 2009. “Desnutrición crónica infantil en el Perú: Un problema persistente”. Universidad del Pacífico. http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf.
- BID. 2010. “Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna”. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35182776>.
- BID, CEPAL. 2005. “Los Pueblos Indígenas de Bolivia: Diagnóstico sociodemográfico a partir del Censo 2001”.

- CELADE, 2008. “Observatorio Demográfico No. 5”. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/36498/P36498.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>.
- CEPAL, 2006. “Panorama Social 2006”. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/27480/P27480.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt>.
- 2007. “Panorama Social de América Latina. 2007”. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt>.
- 2008. “Pueblos indígenas de América Latina: Políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?” http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/34739/P34739.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl.
- 2010. “Observatorio Demográfico No. 9: Mortalidad”. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/43575/P43575.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>.
- 2011. “Observatorio Demográfico No. 11. Proyecciones de población a largo plazo”. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/46771/OD11_WEB.pdf.
- 2012. “Panorama Social de América Latina 2012”. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012.pdf>.
- 2013a. “Mujeres Indígenas en América Latina: Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los Derechos Humanos”. http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/51148/P51148.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_ind.xslt.
- 2013b. “Panorama Social de América Latina 2013”. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/51769/PanoramaSocial2013.pdf>.
- CEPAL, UNICEF. 2010. “Boletín Desafíos No. 11”. <http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/7/42147/desafios-11-cepal-unicef.pdf>.
- 2012. “Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina”. http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_indice_bienestar_na.pdf.
- CLS Fram. 2014. “Estadísticas del Centro de Salud de Fram: Comparativo de ingresos (2006 - 2007)”. <http://estadisticasdefram.blogspot.com/2008/06/comparativo-de-ingresos-2006-2007.html>.
- Congreso de la Nación Paraguaya. 1996. “Ley No 1032. Que crea el Sistema Nacional de Salud de Paraguay.”
- . 2006. “Ley No 3.007/2006, Paraguay”. http://www.cird.org.py/salud/docs/Ley_3007.pdf.
- Cromberg, Mariana, and Thiago Machado Greco. 2005. “Estratégias de adaptação das comunidades na Floresta Nacional do Tapajós.” http://www.ncsu.edu/project/amazonia/brazil_proj/Result/Cromberg_Tapajos.pdf.
- DANE, Universidad del Valle. 2006. “Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del Censo General 2005.” http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Afro_indicadores_sociodemograficos_censo2005.pdf.
- DGEEC, 2002. “Atlas censal del Paraguay, 2002”. (http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20Censal%20del%20Paraguay/atlas_censal_paraguay.html?PHPSESSID=ee656c8bb4768db72bcc1565d3c7e6).
- . 2014. “Índice indicadores básicos para focalizar el Gasto Social en Paraguay”. <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/IBF/IBF.htm>.
- Dirección Ejecutiva de Red de Salud San Juan de Lurigancho. 2013. “Red de Salud San Juan de Lurigancho inicia discusiones de casos de morbilidad materna extrema”. <http://www.redsasjl.gob.pe/index.php?cont=notas&item=497>.
- DPI, ONU. 2010. “La situación de los Pueblos Indígenas en el mundo”. http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP_fact_sheets_ES.pdf.
- Ericsson. 2013. “Amazon Connection Wins 2013 Global Mobile Award”.
- Estrada, Carla. 2007. Salud Williche. Abriendo espacios de integración. <http://base.d-p-h.info/es/fiches/dph/fiche-dph-7314.html>.
- Gobierno de México. 2007. “Programa de Salud 2007-2012”. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf.
- Hall, Gillette, and Harry Patrinos. 2005. “Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004”. Banco Mundial. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505832~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html>.

- IBGE, 2010, “Censo Demográfico 2010. Brasil.” http://www.ibge.gov.br/espanhol/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm.
- INEC, 2007, “Censo Cafetero. Turrialba y Coto Brus 2003, Valle Central y Valle Central Occidental 2004, y Pérez Zeledón, Tarrazú y Zona Norte 2006.” <http://www.inec.go.cr/A/MS/Censos/Censo%20Cafetalero/Publicaciones/Principales%20Resultados%20Censo%20Cafetalero.pdf>.
- INEC, Costa Rica 2014, Indicadores. Demografía. Población. Esperanza de vida al nacer. <http://www.inec.go.cr/SNISAN/P02/p02.aspx>.
- INEI. 2012, “Perú: Estimaciones y proyecciones de población total, por sexo de las principales ciudades, 2000-2015.” <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1020/Libro.pdf>.
- Jose Rolón, and Tatiana Trociukde Parzajuk, 2005, “El Seguro Comunitario de Fram” presentado en el Encuentro Nacional de Municipios Descentralizados en Salud. http://www.cird.org.py/salud/docs/Seguro_Comunitario_Fram.pdf.
- Lainde, María Isabel, “La autopsia verbal: Reconstruyendo la historia de una muerte materna.” <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/laautopsiaverbal.pdf>.
- Larenas, Carolina. 2013, “Chiloé aumentó su población en más de 13 mil habitantes según datos del Censo”, Soychiloé.cl, February.
- De Lima, Patricia. 2005, Formulario de información adicional. Concurso "Experiencias en Innovación Social 2004-2005".
- Lincoman, Carlos Orlando, 2005, Formulario de Información Adicional. Concurso "Experiencias en Innovación Social 2004-2005".
- Lustosa, Paulo. 2005, “Reporte de visita en el terreno al Programa Salud y Educación entre los Hupdäh, Brasil”.
- Machado, Marina. 2004, “Perfil de morbimortalidade entre os Índios Hupdäh da Região do Alto Rio Negro: Uma proposta de pesquisa”. http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_139.pdf.
- MEF, 2011, Fichas Locales Lima, http://www.mef.gob.pe/contenidos/comunidad_virtual/pdf/indicadores/Dpto_Lima/FichasLocales_Lima.pdf.
- MIDEPLAN, PNUD, and UN-DESA, 2010, “Determinantes socioeconómicos de la educación, la mortalidad y el acceso al agua potable y el saneamiento: Un análisis econométrico.” http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/country_documents/costarica_report.pdf.
- Ministério da Saúde. 2011, “Portuaria No. 180, 29 de abril de 2011”. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0180_29_04_2011.html.
- 2013, “Rede Cegonha.” http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf.
- Ministerio da Saúde, Brasil. 2002, “Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas”. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/politica_nacional_saude_indigena.pdf.
- Ministerio de Salud, Brasil, 2006, “Plan de calificación de atención a la salud del Amazonas Brasileño: Plan Salud Amazonía”.
- 2014, “Caderno de informações de saúde.” <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pa.htm>.
- Naciones Unidas. 1946. “Constitución de la OMS.” <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
- 1994, “Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.” <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.
- 2007, “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”. http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
- 2012, “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012”. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2012/>.
- 2013, “Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2013”. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg-report-2013-spanish.pdf>.
- OIT, 1989, “Convenio 169 OIT”. http://www.oit.org.pe/WDMMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf.
- Omran, Abdel. 2005, The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>.
- ONU, 1993, “Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993. Declaración y Programa de Acción”. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>.
- OPS, 2008, “Una visión de salud intercultural para los Pueblos Indígenas de las Américas.” http://www.paho.org/can/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6569&Itemid=
- 2012, “Salud en las Américas 2012.” http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es.

- 2014, “Salud de los Pueblos Indígenas.” http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=259.
- Ortíz, Pablo, 2009, “Formulario de Información Adicional. Concurso “Experiencias en Innovación Social. 2008-2009”.
- Palma, Gabriel, 2011, “Homogeneous middles Vs. heterogeneous tails, and the end of the ‘Inverted-U’: The Share of the Rich Is What it’s all about”. CWPE. <http://www.econ.cam.ac.uk/dae/repec/cam/pdf/cwpe1111.pdf>.
- Pedrerros, Malva, 2012, “Tasa de mortalidad de Huilliches duplica la de la población no indígena”.
- PNUD. 2013a, Informe sobre Desarrollo Humano 2013. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2013GlobalHDR/Spanish/HDR2013%20Report%20Spanish.pdf>.
- 2013b, “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013”. <http://atlasbrasil.org.br/2013>.
- PNUD, Universidad de Costa Rica. 2012, “Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica - 2012”. <http://www.pnud.or.cr/mapa-cantonal/atlas.pdf>.
- Presidencia de la Republica, Perú, 2010, “Lucha contra la pobreza, módulo Perú.”
- Rehem de Souza, Renilson. 2002. “El sistema público de salud Brasileiro”. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_salud.pdf.
- Rey de Marulanda, Nohra, and Francisco Tancredi, 2010, De la innovación social a las políticas públicas. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/41582/innovacion-social-politica-publica-2010.pdf>.
- Rodríguez, Adolfo, and Celeste Bustelo, 2008, “La compra de servicios de salud en Costa Rica”. CEPAL. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/33378/lcl2904e.pdf>.
- Schramm, Joyce, 2000, “Transición epidemiológica y demográfica y carga de la enfermedad” http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/maestria_2012/Estudios%20de%20Carga%20Global%20de%20Enfermedad.pdf.
- Secretaria de Salud, Fram, 1996, “Censo socio sanitario 1996.”
- Soleman, Nadia, Daniel Chandramohan, Kenji Shibuya, “Autopsias verbales: Práctica y retos.” Boletín de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/3/soleman0306abstract/es/>.
- Stavenhagen, Rodolfo. 2006, “Intervención oral del Sr. Rodolfo Stavenhagen, Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de los indígenas” presented at the Foro permanente para las cuestiones indígenas. Quinta Sesión. <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/9D82A182BE24A265C1257178004373C6?opendocument>.
- Svitone, Ennio Cufino, Richard Garfield, María Inés Vasconcelos, Villane Araujo Craviero, 2000, “Primary health care lessons from the northeast of Brazil: The agentes de saúde program”. Revista Panamericana de la Salud Volumen 7 (n.5) (May). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000500002&lng=em&nrm=iso.%20doi:%2010.1590/S1020-4989200000500002.
- UN, DESA, Population Division, 2012, “Life Expectancy at Birth”. <http://data.un.org/Data.aspx?q=Life+expectancy+at+birth&d=PopDiv&f=variableID%3a68>.
- 2013. “World Population Prospects: The 2012 Revision”. <http://data.un.org/Data.aspx?q=fertility+rate&d=PopDiv&f=variableID%3a54>.
- UNFPA, 2012a, “Promesas por cumplir. Informe Anual 2012.” <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/AR%202012%20ES-Final.pdf>.
- 2012b, “Evaluación del Desarrollo Humano en Paraguay en la década 2001-2011.” <http://www.revistahumanum.org/revista/wp-content/uploads/2013/07/Cuaderno-8-Evaluacion-del-desarrollo-humano-en-Paraguay.pdf>.
- UNFPA, and Ministerio de Salud de Perú, 2013, “La mortalidad materna en el Perú”. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>.
- UNICEF, 2011, “Estado de la Niñez en el Perú.” http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf.
- 2013. “Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay.” <http://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-informosalud.pdf>.
- UNICEF, and AECID, 2012, “Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe Área de Salud de Coto Brus.” http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Sistematizacion_Salud_Ngobe.pdf.

- UNICEF, and CONEVAL, 2011, “Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010.” [http://www.unicef.org/mexico/spanish/UnicefPobreza_web_ene22\(3\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/UnicefPobreza_web_ene22(3).pdf).
- UNICEF, and FUNPROEID, 2011, “Lenguas indígenas en América Latina.” http://www.unicef.org/lac/lenguas_indigenas.pdf.
- UNICEF, WHO, World Bank, and United Nations, 2013, “Levels & Trends in Child Mortality Report 2013.” http://www.unicef.org/media/files/2013_IGME_child_mortality_Report.pdf.
- United Nations, 2014, “The Millennium Development Goals Report 2014.” <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.
- Velíz, María Victoria, Victor Alva, Delia P. Fuertes, Stephany Suclupe, and Nancy G. Aquino, 2013, “Análisis de la situación de salud hospitalaria 2013.” <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2013.pdf>.
- WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank, 2010, Trends in Maternal Mortality. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

Anexos

Anexo 1

Cobertura del Paquete Básico de Salud de Fram

1. Promoción de la salud: Actividades comunitarias, grupales o individuales.
2. Atención a la morbilidad (para hombre y mujeres de todas las edades):
 - Atención en urgencias, cirugías menores y coordinación de derivaciones
 - Odontología
 - Consultas
 - Cirugía de mediana complejidad
 - Internaciones hospitalarias
3. Niñ@ y adolescente
 - Atención al recién nacido/a
 - Consultas pediátricas
 - Vacunación
 - Atención de caries
 - Educación masiva en salud y nutrición infantil
 - Consulta de orientación sexual para jóvenes
 - Administración de micronutrientes y desparasitación
 - Vigilancia y control de crecimiento y desarrollo
 - Educación para el cuidado de la salud individual
 - Inspección del medio ambiente escolar
 - Educación a grupos de padres y madres
4. Gestación, parto y puerperio
 - Control de embarazo
 - Parto institucional
 - Consulta puerperal
 - Educación maternal en grupo
5. Servicio orientado a la familia (Pareja)
 - Educación grupal en prevención del cáncer
 - Consejería en salud sexual y reproductiva
 - Planificación familiar
 - Vacunación contra el tétano (mujeres)
 - Detección de cáncer cervical uterino
 - Atención a casos de violencia familiar

6. Adulto y tercera edad
 - Estudio, control y tratamiento de tuberculosis
 - Diagnóstico precoz del cáncer
 - Consulta de diabetes
 - Consulta de riesgos cardiovasculares
 - Educación masiva en riesgos cardiovasculares, adicciones y enfermedades prevalentes
 - Educación grupal en accidentes y violencia
 - Atención a discapacitados y enfermos mentales
 - Grupos de autoayuda en patologías crónicas
7. Comunidad y medio ambiente
 - Educación ambiental y de consumo alimenticio
 - Educación para el consumo
 - Control de agua potable
 - Vigilancia y control de productos tóxicos
 - Vigilancia y control de vectores, roedores y brotes epidémicos
 - Atención municipal a las denuncias higiénico – sanitarias
8. Medicamentos
 - Medicamentos según protocolo de tratamiento – Farmacia Social
 - Kit de parto – Farmacia Social
9. Servicio de diagnóstico
10. Ambulancia para traslados a servicios de salud dentro del Departamento, por indicación de profesionales de la salud.

Anexo 2

Planes del Paquete Básico Ampliado

PLAN A	PLAN B	PLAN C
Todos los servicios incluidos en el Paquete Básico más:	Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:	Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:
Consultas sin costo en horario hábil	Cobertura del 75% de los costos en consultas por especialistas en UNI: G. 2.500	Cobertura del 90% de los costos en consultas por especialistas en UNI: G. 1.000
Urgencias y emergencias		
Cirugía menor	Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 15.000	Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 10.000
50% del costo en consultas por especialistas en UNI: G. 5.000	Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 50% del costo	Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 75% del costo
Consulta con cargo: G. 10.000	Descuentos en laboratorio 10%	Descuentos en laboratorio 15%
Visitas médicas domiciliarias sin cargo, máximo 3 por mes	Aranceles preferenciales: Estudios especializados (tomografías y otros) G. 180.000 + IVA; EKG G. 15.000.	Aranceles preferenciales: Estudios especializados (tomografías y otros) G. 125.000 + IVA; EKG G. 15.000.
Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 20.000	Cesáreas y partos en Fram G. 100.000; Cirugías G. 125.000	Cesáreas, partos y cirugías en Fram sin costo.
Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica sin cargo en el Centro de Salud de Fram		
Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica con cargo en el Hospital Regional de Encarnación		
Medicamentos a precio de costo		
Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 25% del costo		
Descuentos en laboratorio 5%		
Aranceles preferenciales: laboratorio G. 10.000 para internados. Estudios especializados (tomografías y otros) G. 250.000 + IVA; EKG, 25.000. Cesáreas y partos en Fram G. 150.000; Cirugías G. 250.000		

Fuente: (Jose Rolón and Tatiana Trociukde Parzajuk 2005)

DOCUMENTOS
DE PROYECTO

DOCUMENTOS
DE PROYECTO



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org