



PERÚ

Ministerio de Salud



Aportes metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud de los pueblos Indígenas de la Amazonía peruana.



DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

**APORTES METODOLÓGICOS PARA LA
ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE
SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA**

Diciembre 2012

Aportes metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana

Ministerio de Salud del Perú
Dirección General de Epidemiología
Calle Daniel Olaechea N° 199, Jesús María Lima 11
Teléfono: 631-4500
Website: www.dge.gob.pe
Email: postmaster@dge.gob.pe

Documento elaborado por:

Lic. María Melvy Graciela Ormaeche Macassi
Dr. Pedro Garcia Hierro

Revisado por:

Dr. Luis Alberto Huamani Palomino
Dr. Luis Robles Guerrero

Hecho el Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 201300619

ISBN: 978-9972-820-93-9

ISBN: 978-9972-820-93-9



Tiraje: 500
Primera edición Diciembre 2012
Diseño e Impresión: Mercedes Group S.A.C.
Jr. Ica 431. Lima

Impreso en Perú: Diciembre 2012

**MINISTERIO DE SALUD
ALTA DIRECCIÓN**

Mg. Midori De Habich Rospigliosi
Ministra

Dr. José Carlos del Carmen Sara
Viceministro

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Martín Yagui Moscoso
Director General

DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA SANITARIA

Dr. Luis Alberto Huamani Palomino
Director Ejecutivo

Dr. William Valdez Huarcaya
Director Sectorial



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMEN LONAROBES
Fondadora de la Sede Central - MINSA

Resolución Ministerial

Lima, 30 de NOVIEMBRE del 2012

Visto el Expediente N° 12-089980-001, que contiene la Nota Informativa N° 286-2012-DGE-DIS/MINSA, de la Dirección General de Epidemiología;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al artículo 2° de La Ley N° 27657, el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;



Que, el literal b) del artículo 57° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Epidemiología es el órgano responsable, entre otras funciones generales, de diseñar, normar y conducir el proceso de análisis de situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en salud;



Que, los literales e) y h) del artículo 59° del citado Reglamento, establecen como funciones generales de la Dirección de Inteligencia Sanitaria, el monitoreo y evaluación de los procesos del Análisis de Situación de Salud en el ámbito nacional para su optimización, así como sistematizar, revisar y actualizar de manera permanente el estado de las intervenciones en salud determinadas por las Estrategias Sanitarias para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles;



Que, mediante el documento de Visto, la Dirección General de Epidemiología propone el Proyecto de Documento Técnico denominado: Aportes Metodológicos para la Elaboración del Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana, con la finalidad de dotar a las direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces, de una herramienta metodológica analítica capaz de dar cuenta de las particularidades culturales con las que la población indígena percibe la salud y la enfermedad, sus condicionantes específicos y la respuesta sociocultural que recibe la problemática; así como recoger las propuestas que esta población plantea frente a los problemas identificados y analizados;



Con el visado del Director General de la Dirección General de Epidemiología, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: Aportes Metodológicos para la Elaboración del Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



Artículo 2°.- La Dirección General de Epidemiología se encargará de la difusión, monitoreo y seguimiento del citado Documento Técnico.

Artículo 3°.- Las direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional son los responsables de la difusión e implementación, dentro de sus respectivas jurisdicciones.



Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones dispondrá la publicación de la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portal/06transparencia/normas.asp>, del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
Ministra de Salud



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMEN LANA FLORES
Fiscalía de la Sede Central - MMSA

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

ÍNDICE

I	Introducción			05	
II	Finalidad			07	
III	Objetivos			07	
IV	Ámbito de Aplicación			07	
V	Base Legal			07	
VI	Contenido			08	
	6.1	Base Conceptual y Supuestos de Partida		09	
		6.1.1		Que es el ASIS?	09
		6.1.2		Quiénes son los Pueblos Indígenas?	09
			6.1.2.1	Que son las Organizaciones Indígenas?	10
		6.1.3		Por qué un ASIS PARA Pueblos Indígenas?	11
		6.1.4		Que es la Interculturalidad?	12
			6.1.4.1	Interculturalidad en el sector salud	13
			a.1	Antecedentes	13
			a.2	Interculturalidad y salud	13
			a.3	Hacia una epidemiología intercultural	13
			a.4	La unidad y sujeto de análisis en el ASIS	14
			a.5	Qué es un pueblo indígena?	14
		6.1.5		Que es el Convenio 169 OIT?	15
		6.1.6		Que es una Consulta?	15
			6.1.6.1	La consulta como metodología y como política	16
			6.1.6.2	La consulta como un derecho	17
			6.1.6.3	El derecho a la salud en el convenio 169	17
			6.1.6.4	La secuencia de la consulta	18
			6.1.6.5	¿Quiénes son los que participan en la consulta?	19
		6.1.7		Métodos aplicados en el proceso de consulta para la elaboración del ASIS de pueblos indígenas	19
			6.1.7.1	Componentes del ASIS	19
			a)	El análisis de los factores condicionantes de la salud.	19
			b)	El análisis del proceso salud – enfermedad	20
			c)	El análisis de la respuesta social a los problemas de salud	22
			d)	Conclusiones y propuestas	22
El Taller de Consulta					
	6.2	Organización y Estructura del taller de Consulta		23	
		6.2.1		Etapas Preparatorias para la Consulta	23
			6.2.1.1	Determinación de prioridades	23
			6.2.1.2	Coordinaciones preliminares	24
		6.2.2		Información básica del contexto	26
			6.2.2.1	Revisión de fuentes secundarias	26
			6.2.2.2	Tipo de información a recopilar	26
			6.2.2.3	Recopilación y sistematización de la información	27
			6.2.2.4	Recomendaciones	27
		6.2.3		Perfil provisional del plan ASIS	28
		6.2.4		Diseño de los instrumentos para la recolección de la Información	28
			6.2.4.1	Las encuestas	28
			6.2.4.2	Grupos de trabajo y talleres consultivos	29
		6.2.5		Diseño de la consulta, logística y convocatoria	29
			a)	Preparando la consulta	29
			b)	Logística	29
			c)	Convocatoria	30
			d)	Quiénes son los que participan en la Consulta	30
			e)	Contrapartes	30
				El equipo de la Consulta	30
				Equipo de logística	30
				Facilitadores	31
				Los delegados	31

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

	6.3	El trabajo de Campo: Los Talleres de Consulta				32
	6.3.1				Actividades preliminares	32
		6.3.1.1			Fichas de inscripción	32
		6.3.1.2			Equipo de consulta	32
		6.3.1.3			Equipo de logística	33
	6.3.2				Primer día: identificación y descripción de los problemas.	33
		6.3.2.1			Objetivo	33
		6.3.2.2			Los pasos mas importantes	33
		6.3.2.3			Trabajo de grupos	34
		6.3.2.4			Plenaria	34
		6.3.2.5			Trabajo del equipo de consulta	35
		6.3.2.6			Metodología, herramientas, modelos a ser utilizados en este día	36
	6.3.3				Segundo día: análisis	36
		6.3.3.1			Objetivo	36
		6.3.3.2			Los pasos más importantes	36
		6.3.3.3			Trabajo de grupos	37
		6.3.3.4			Plenaria	37
		6.3.3.5			Trabajo del equipo de consulta	38
	6.3.4				Tercer día: Conclusiones y propuestas	38
		6.3.4.1			Objetivo	38
		6.3.4.2			Los pasos más importantes	38
		6.3.4.3			Trabajo de grupos	39
		6.3.4.4			Plenaria	39
		6.3.4.5			Trabajo del equipo de consulta	39
		6.3.4.6			Clausura	39
	6.3.5				Conformación y métodos del trabajo de grupos	40
	6.3.6				¿Cómo funciona la PLENARIA?	41
		6.3.6.1			Recomendaciones metodológicas generales para la consulta	41
	6.3.7				Diagrama del Proceso del ASIS del Pueblo indígena en la Consulta	43
	6.4	Instrumentos Metodológicos empleados en el Taller de Consulta				44
	6.4.1				Lluvia de ideas	44
	6.4.2				Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	44
	6.4.3				Instrumentos de información geográfica	45
		6.4.3.1			Los croquis	45
		6.4.3.2			Los mapas	46
	6.4.4				Métodos cronológicos	46
		6.4.4.1			Series cronológicas	47
		6.4.4.2			Percepción del “cambio histórico”	47
		6.4.4.3			Calendarios	48
		6.4.4.4			Memoria viva: la consulta a los mayores	48
		6.4.4.5			Rutinas	49
		6.5.4.6			Censos comparativos	49
	6.4.5				Relaciones causa – efecto	49
		6.4.5.1			Matriz Causa efecto simple	50
		6.4.5.2			Árbol de los problemas	50
		6.4.5.3			Diagramas de flujo causa – efecto	52
	6.4.6				Recapitulación	53
	6.5	Cartilla para Elaborar el ASIS de los Pueblos Indígenas en el Marco de la Consulta				54
	6.5.1				Introducción	54
	6.5.2				Análisis de los Factores Determinantes	54
		6.5.2.1			Grupo 1: Problemas del territorio, los recursos y el medio ambiente	55
			a)		Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	55
				a.1	Territorio tradicional / territorio legal	55
				a.2	Autonomía y protección	56
				a.3	Amenazas	56
				a.4	Los recursos naturales	57
				a.5	Conocimientos sobre los recursos	58
				a.6	Medio ambiente	58
			b)		Medio ambiente doméstico	59
			c)		FODA Territorial completo	59
			d)		Recomendaciones	60

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

			6.5.2.2	a)		Grupo 2: Alimentación, Nutrición, Producción y Acceso a los Recursos Alimenticios	61
					a.1	Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	61
					a.2	Qué hacemos para alimentarnos?	61
					a.3	Alimentación y cultura	64
						El cambio más significativo	65
			6.5.2.3	b)		FODA de nuestro estado de nutrición	65
				c)		Recomendaciones	66
						Grupo 3: Economía integrada al mercado Oportunidades, pobreza y calidad de vida.	66
				a)		Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	66
					a.1	Producción y mercado	67
					a.2	Trabajo asalariado	69
					a.3	Oportunidades económicas	69
					a.4	Gastos familiares	69
					a.5	Percepciones evaluativas sobre la integración al mercado	70
					a.6	Pobreza y calidad de vida	71
					a.7	Economía de mercado y plan de vida	71
			6.5.2.4	b)		Recomendaciones	71
				a)		Grupo 4: Sociedad y cultura: cambios y permanencias	72
						Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	72
					a.1	Cambios en la familia	73
					a.2	La vivienda	73
					a.3	Vida comunal	74
					a.4	Educación	74
					a.5	Impactos (agencia externa)	75
					a.6	Impactos (agencia interna)	75
				b)		Recomendaciones	76
		6.5.3				Proceso Salud - Enfermedad	77
			6.5.3.1	a)		Grupo 5: Salud y enfermedad: mirada interna	77
						Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	77
					a.1	Salud	78
					a.2	Enfermedad	79
					a.3	Impacto social, familiar y comunal	80
					a.4	Enfermedades, daños y otras dolencias con connotaciones culturales	80
					a.5	Percepción evaluativa	81
			6.5.3.2	b)		Recomendaciones	81
				a)		Grupo 6: Enfermedades más frecuentes	82
						Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	82
					a.1	Morbilidad	83
					a.2	Morbilidad específica	83
					a.3	Epidemias	84
					a.4	Mortalidad	85
					a.5	Percepción evaluativa	86
			6.5.3.3	b)		Recomendaciones	86
				a)		Grupo 7: Enfermedades que afectan a las mujeres	87
						Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	87
					a.1	Mujer sana / mujer enferma	88
					a.2	Quehacer familiar	88
					a.3	Mujer y sociedad	90
					a.4	Ciclo de vida	90
					a.5	Matrimonio y ambiente familiar	91
					a.6	Problemas	92
					a.7	Maternidad	93
					a.8	Niños	94
					a.9	La mujer y los servicios de salud	94
					a.10	Posibilidad de temáticas especiales	95
				b)		Recomendaciones	95
		6.5.4				Respuesta Social	96
			6.5.4.1	a)		Grupo 8: Evaluación de los servicios y la atención del MINSA	96
						Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	96

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

				a.1	Evaluación de los servicios y la atención del MINSA	97
				a.2	Atención al usuario indígena	98
				a.3	Otros aportes externos a la salud	98
				a.4	Recursos comunales y organizativos	98
				a.5	Educación, capacitación e información sobre salud	99
				a.6	Evaluación de los técnicos sanitarios indígenas	100
				a.7	Repaso a indicadores de cumplimiento del convenio 169 OIT	100
		6.5.4.2	b)		Recomendaciones	100
					Grupo 9: Evaluación de la situación y vigencia del sistema de salud propio del pueblo consultado	102
			a)		Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	102
				a.1	Recursos curativos	103
				a.2	Otros recursos curativos	104
				a.3	Agentes de salud del sistema	104
				a.4	Tratamientos espirituales	104
				a.5	Evaluación	105
		6.5.4.3	b)		Recomendaciones	105
					Grupo10: Problemas Principales del Personal de Salud que Presta Servicios al Pueblo Indígena Consultado	107
			a)		Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática	107
				a.1	Problemas del personal de salud	107
				a.2	Relación con usuarios indígenas	107
				a.3	Servicios de salud en comunidades indígenas	108
				a.4	Diagnóstico rápido de la situación de salud	109
				a.5	Perspectivas	109
				a.6	Propuestas	109
			b)		Recomendaciones	109
VII	Anexos					110
					Anexos 1: Encuesta para Autoridades Comunales	111
					Anexos 2: Metodología para el análisis de la Información de Morbimortalidad procedente de los establecimientos de salud que atienden Población Indígena.	116
					Anexos 3: Presentación de los Resultados	
					Estructura de un documento de ASIS	118
VIII	Bibliografía					125

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE
SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA
PERUANA”**

I. INTRODUCCIÓN

La implementación, a nivel nacional, del Análisis de Situación de Salud (ASIS) como metodología estandarizada para el conocimiento del estado de salud de la población constituye un avance decisivo en la tarea de racionalizar el proceso de priorización de los problemas, permitiendo al sector optimizar el beneficio social de su oferta de servicios. Sin embargo, esta metodología resulta insuficiente para analizar el estado de salud de los diferentes pueblos indígenas que conforman el Perú como país pluricultural y pluriétnico.

En estos casos se hace necesario considerar con mayor profundidad las variables culturales pero, sobre todo, es necesario impulsar la participación de los mismos pueblos interesados en la determinación de sus problemas y necesidades de salud y en la expresión de su percepción acerca de la oferta de servicios a los que tienen acceso.

La Dirección General de Epidemiología (DGE) y la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) han establecido un Convenio cuyo objetivo es cooperar en ese proceso de enriquecimiento del ASIS con el desarrollo de una herramienta analítica adicional capaz de dar cuenta de las particularidades culturales con las que se percibe la salud y la enfermedad, sus condicionantes específicos y la respuesta sociocultural que recibe la problemática.

Se presenta aquí, la propuesta de una guía específica de consulta a los pueblos indígenas amazónicos dirigida a conocer la situación de salud tal como es percibida hoy por sus propios miembros.

La propuesta es el resultado de la experiencia obtenida en quince talleres consultivos a un total de cinco pueblos indígenas de la Amazonía peruana.

La consulta se limita mayormente a reflejar una percepción interna que debe ser contrastada con toda la información complementaria. Lamentablemente no contamos hoy en día con indicadores accesibles y culturalmente apropiados a la realidad pluricultural del Perú y esa ausencia de información diferenciada respecto de la población indígena en las estadísticas del sector obliga todavía a utilizar datos sobre la base de inferencias establecidas a partir de la información disponible. La consulta pretende complementar y no sustituir la metodología establecida por la Dirección General de Epidemiología (DGE) para el ASIS con el fin de lograr un mejor acercamiento a la situación de salud, culturalmente diversificada, que presentan los diferentes pueblos indígenas amazónicos.

El producto final del proceso de consulta es el ASIS del pueblo indígena consultado. Su utilidad es múltiple. Obviamente presenta una situación definida por quienes la conocen en el día a día: el punto de vista de los usuarios es en este caso especialmente valioso por la peculiaridad de cada perspectiva cultural. Pero es un instrumento que intenta cubrir otros objetivos: el de diagnóstico y predicción, que es común al ASIS y que lo convierte en la herramienta imprescindible para la organización del servicio público de salud. También presenta una introducción al mundo concreto de la salud de un determinado pueblo junto con el cual los funcionarios del sector deben construir un entorno saludable y ofrecer un servicio eficiente y apropiado culturalmente. De esta manera debe ser de gran utilidad para el personal de salud que ingresa a trabajar en regiones donde los pueblos originarios del Perú tienen su hábitat.

A las Organizaciones Indígenas les permite contar con una herramienta para la planificación, para argumentar sus solicitudes de apoyo externo o justificar sus petitorios ante las diversas dependencias del Estado. Para todos es un excelente material para la capacitación.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Sin embargo, la mayor utilidad del ASIS de un pueblo indígena es la de aportar una línea de base a partir de la cual iniciar un proceso coordinado, basado en la interculturalidad y mutuamente responsable, entre las organizaciones representativas de ese pueblo y las redes del sector salud que operan en su región para mejorar el estado de salud física y mental de la población.

Esperamos que este Documento Técnico pueda facilitar el trabajo de consulta de las Diresas y las redes de salud locales y que sirva para iniciar una nueva política de salud intercultural que, partiendo del pluralismo existente en la sociedad peruana tienda a desarrollar una cultura de cooperación entre sociedades no jerarquizadas étnica o culturalmente.

*

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

II. FINALIDAD

Dotar de una herramienta metodológica analítica capaz de dar cuenta de las particularidades culturales con las que la población indígena percibe la salud y la enfermedad, sus condicionantes específicos y la respuesta sociocultural que recibe la problemática; así como recoger las propuestas que esta población plantea frente a los problemas identificados y analizados.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar a los equipos técnicos de las direcciones regionales de salud y otras instituciones interesadas, una herramienta metodológica a ser utilizada en la elaboración del análisis de la situación de salud del pueblo indígena a través de un proceso participativo con los mismos interesados.

Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar el estado de situación del pueblo indígena desde su mirada interna e impulsar sus propuestas de solución frente a las necesidades y problemas identificados. Esto permitirá contar con un valioso insumo para la construcción de un servicio eficiente y apropiado culturalmente.
- ✓ Aportar una línea de base a partir de la cual iniciar un proceso coordinado - basado en la interculturalidad y mutuamente responsable-, entre las organizaciones representativas de ese pueblo y las redes del sector salud que operan en su región para mejorar el estado de salud física y mental de la población.
- ✓ Dotar de una herramienta para la planificación de planes de trabajo, proyectos, útil para las organizaciones indígenas para argumentar sus solicitudes de apoyo externo o justificar sus peticiones ante las diversas dependencias del Estado.
- ✓ Servir de material de información y capacitación para el personal de salud que ingresa a trabajar en regiones donde los pueblos originarios del Perú tienen su hábitat; para los centros educativos y todo aquel que tenga interés de conocer sobre la realidad de los pueblos originarios.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico está dirigido a los equipos técnicos de salud de las direcciones regionales de salud en todo el país y a las instituciones interesadas en documentar la situación de salud de los pueblos indígenas.

La metodología propuesta busca aportar en la construcción de un proceso participativo de generación de evidencias a partir de la cual iniciar una acción coordinada, basada en la interculturalidad y mutuamente responsable, entre las organizaciones representativas de ese pueblo y los gobernantes, sociedad organizada, políticos y proveedores de salud.

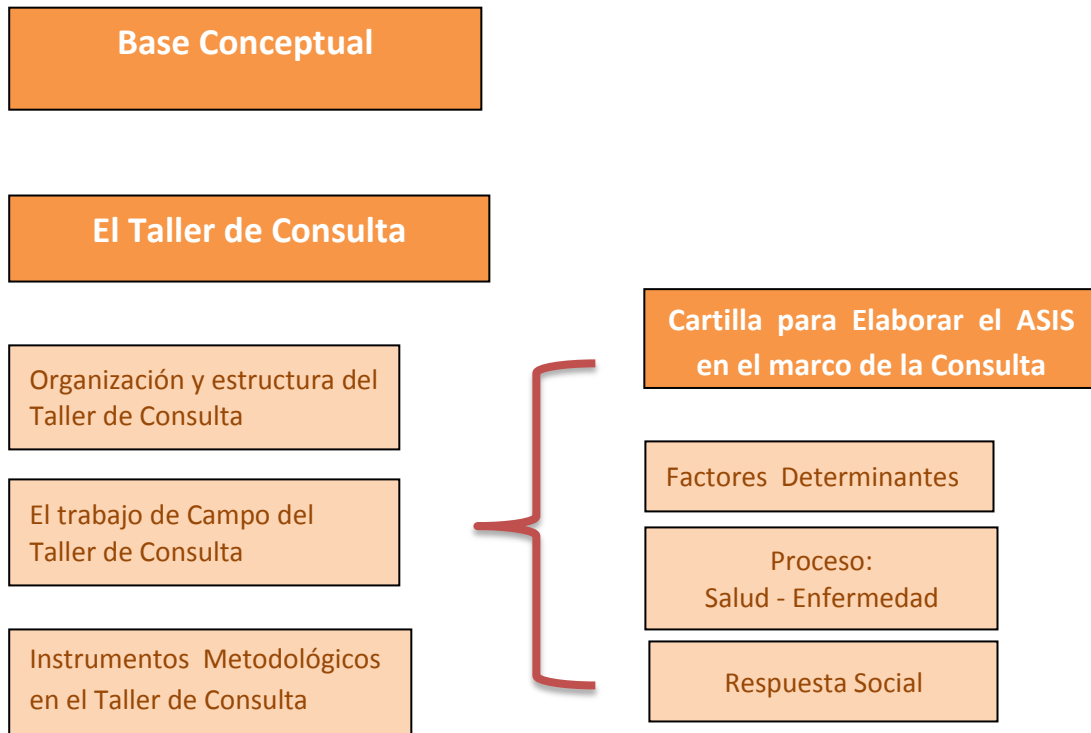
V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902.
- Ley N°29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Reglamento Sanitario Internacional, 2005.
- Resolución Ministerial N° 663-2008/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.

VI. CONTENIDOS



6.1. BASE CONCEPTUAL Y SUPUESTOS DE PARTIDA

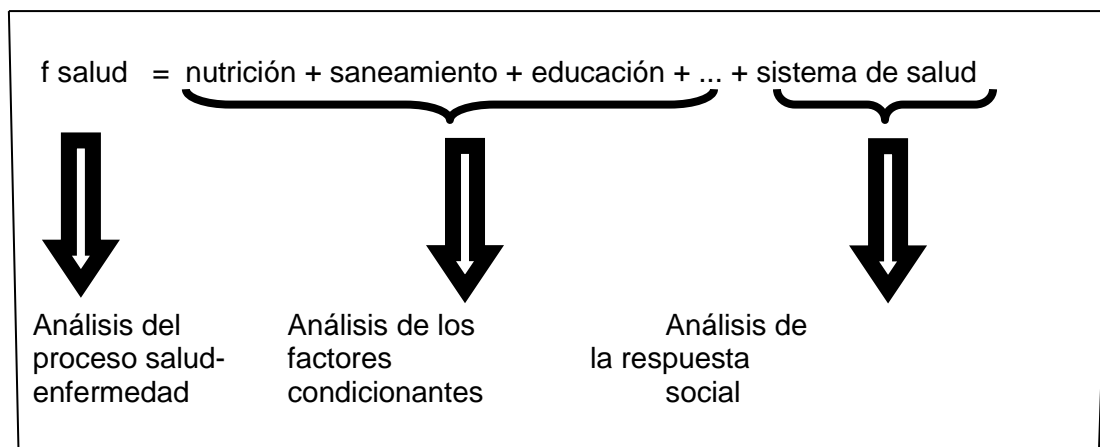
6.1.1 ¿Qué es el ASIS?

El Análisis de la Situación de Salud es un proceso desarrollado en el ámbito nacional para lograr el conocimiento de los problemas de salud orientado a su priorización, con el fin de mejorar la gestión sanitaria.

Se fundamenta en el supuesto de que la salud sea la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan estos factores, determina finalmente el estado de salud de una determinada población.

El ASIS se estructura a partir de tres componentes: el análisis de los factores condicionantes de la salud, el proceso salud-enfermedad y la respuesta social que recibe la problemática a partir del sistema de salud. El análisis de estos tres componentes permite identificar las brechas existentes entre la demanda y la oferta, hacer comparaciones que permitan establecer prioridades y tomar decisiones que optimicen el beneficio social de los servicios de salud y, por ende, un mejor estado de la salud de la comunidad.

Diagrama 1: Análisis ASIS



Fuente: Análisis de la Situación de Salud: GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD (DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS). MINSA-OGE. Perú, 2002.

6.1.2 ¿Quiénes son los PUEBLOS INDÍGENAS en el país?

Son los pueblos originarios¹ y formativos del Perú que han mantenido su continuidad histórica desde épocas anteriores a la invasión y colonización americana y que están decididos a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica, como base de su existencia continuada como pueblos, de conformidad con sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas jurídicos.²

Muchos de estos pueblos se encuentran parcial o totalmente organizados en comunidades, por lo que en ocasiones suele confundirse la comunidad, que es una forma de organización local establecida en los últimos años para acceder a determinados reconocimientos y servicios estatales, con el pueblo, que es la entidad nacional identificada con una historia, un territorio, unas costumbres, un idioma e instituciones y valores propios.

¹ La palabra *indígena* quiere decir exactamente eso: población originaria, autóctona de un país. García Hierro P. Derechos indígenas. Lima: Racimos de Ungurahui, CEA. 1999

Es la auto-denominación que actualmente defienden los propios pueblos indígenas para identificarse como conjunto de sociedades con una problemática y unos objetivos afines".

² Siguiendo la definición que aporta el relator especial de Naciones Unidas, Martínez Cobo, 1987.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Cada pueblo indígena posee un perfil cultural distinto como resultado de una historia particular. No se puede homogenizar a la población indígena, pues los diferentes pueblos tienen condiciones externas distintas y formas organizativas y culturales propias; habitan en medios ecológicos diferentes con mayor o menor nivel de degradación o conservación; han sido afectados de diversa manera por los procesos de desarrollo en lo demográfico, cultural y material; han desarrollado diferentes estrategias de sobrevivencia, resistencia o adaptación; han experimentado procesos distintos de vinculación al desarrollo mercantil y capitalista; han asumido de manera diferente los procesos de aculturación y/o reconstitución, y proyectan, cada uno a su manera, sus propios Planes de Vida y sus relaciones con la sociedad nacional y con el Estado.

La Constitución reconoce que el Perú es un país multicultural y pluriétnico y protege la identidad étnica como la vía para el goce efectivo de los demás derechos ciudadanos.

En el Perú existen no menos de 42 pueblos indígenas pertenecientes a 14 familias lingüísticas.

6.1.2.1 ¿Qué son las Organizaciones Indígenas?

Las organizaciones indígenas son instituciones con representatividad orientadas a desarrollar objetivos comunes en diversos ámbitos de acuerdo a su nivel organizativo.

Los pueblos indígenas están organizados a diferentes niveles.

- a) La familia nuclear: Los que viven en la casa, padres, hijos, a veces los abuelos o algunos parientes.
- b) La familia extensa: En cada pueblo las familias nucleares forman parte de un grupo familiar mayor, compuesto por tíos, tías, primos u otros según cada costumbre. Este conjunto de parientes también se organiza para pescar, cazar, cultivar o defenderse en casos de conflicto.
- c) Comunidad: A veces, varios grupos de parientes se relacionan entre sí, a través de casamientos o a través de alianzas o para compartir algunas áreas territoriales o algunos recursos. Así, algunos conjuntos de familias pueden vivir, de manera más o menos estable, y más o menos concentrada, en un mismo lugar, formando una comunidad que también debe estar organizada para poder vivir tranquilos y disfrutar equitativamente de los recursos. La Comunidad es una institución jurídica cuando tiene personería jurídica por lo tanto tiene el reconocimiento oficial y existe legalmente.
- d) Pueblo Indígena: Todas las comunidades identificadas sea por un mismo territorio, un mismo idioma o una misma cultura constituyen un Pueblo que es único y distinguible de los demás. Este Pueblo tiene pautas muy complejas de organización que responden a la historia y a los cambios de la historia. Se trata de una organización para la vida y recientemente muchos pueblos están trabajando para hacer explícita esta organización “hacia dentro”.
- e) Federación local: A veces un pueblo organiza una o varias federaciones (también llamadas organizaciones o consejos), para la defensa de sus derechos. La Federación viene a ser entonces una nueva institución jurídica moderna de segundo nivel, conformada por comunidades, cuyos objetivos son la defensa y la representación de los intereses de un pueblo indígena en el contexto político de los modernos países americanos. En el Perú existen no menos de 50 Organizaciones Representativas de este nivel.
- f) Confederaciones u organizaciones regionales: Diferentes federaciones locales pueden unirse -a nivel regional- para formar una institución jurídica de tercer o cuarto nivel, formada por federaciones o por confederaciones regionales. AIDSESP, la organización nacional de mayor representatividad para los pueblos indígenas de la Amazonía, cuenta con organizaciones regionales en:

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

- ORPIAN-P: Zona Norte (Cajamarca-Amazonas-San Martín)
 - CORPI: Región Nororiental de Alto Amazonas (San Lorenzo)
 - ORAU: Ucayali
 - FENAMAD: Madre de Dios
 - ARPI: Selva Central (Junín- Ayacucho-Cuzco-Huánuco-Pasco) y
 - ORAI: Loreto
- g) Organización Nacional: Es el conjunto de todas las federaciones indígenas locales y regionales: La AIDSESP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) agrupa 42 federaciones locales y seis regionales. Tiene ya más de 20 años de fundación. Ha firmado un Convenio con el MINSA para la conducción conjunta de los ASIS – PIA. Existe además la CONAP (Confederación de Nacionalidades de la Amazonía Peruana), con un número menor de afiliados.
- h) Alianzas Internacionales: Las confederaciones nacionales de diversos países pueden también establecer alianzas y conformar instituciones jurídicas de quinto o sexto nivel (por ejemplo, la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA) en América o la Alianza Mundial de Pueblos de los Bosques Tropicales).
- i) Otras Alianzas: las organizaciones indígenas mantienen alianzas con un conjunto de organizaciones de los pueblos andinos y poblaciones afroperuanas a través de la COPPIP (Conferencia Permanente de los Pueblos Indígenas del Perú); así mismo son miembros de diferentes redes y alianzas especializadas y cuentan con un Foro para Asuntos Indígenas en el seno de Naciones Unidas.

Cuando el Art. 6º del Convenio OIT 169 dispone que la consulta se haga preferentemente a través de las organizaciones representativas, se refiere principalmente a las organizaciones establecidas con fines políticos, esto es las federaciones locales, regionales y nacionales, y para asuntos internacionales, las organizaciones o alianzas internacionales que tengan constituidas.

6.1.3 ¿Por qué un ASIS para Pueblos Indígenas?

El Perú es un país pluriétnico y pluricultural, conformado mayoritariamente por población mestiza y por diversos pueblos indígenas y comunidades originarias de la región andina y amazónica. Estos pueblos originarios han basado sus sistemas de salud en cosmovisiones propias, en prácticas e innovaciones culturales específicas, en la cuidadosa transmisión de un patrimonio cultural altamente especializado y en una adecuada provisión de recursos, fruto de una respetuosa, eficiente y, a veces, austera relación con su entorno natural.

En el caso del análisis del estado de salud de los pueblos indígenas no existen antecedentes sistemáticos y/o confiables que permitan establecer comparaciones, ni en el tiempo ni en el espacio. Pero tampoco existe la seguridad de que los indicadores, sobre cuyas magnitudes se establecen las comparaciones, revelen información comparable cuando se aplican a estos pueblos.

El problema se agrava por las dificultades de comunicación, no sólo lingüísticas sino principalmente culturales, y por los paradigmas que dan mayor valor a una cultura nacional dominante y que conllevan una pesada carga histórica de prejuicios y desencuentros entre el personal de salud estatal y los usuarios indígenas. A esta dificultad se añaden, de manera creciente, las propias dificultades de muchos pueblos indígenas para identificar con nitidez la propia demanda de salud, lo que resulta del hecho de que han estado expuestos a un único tipo de oferta de salud, que asumen como única posibilidad, y de cuyos paradigmas resultan "contagiados".

Por esto cualquier trabajo que pretenda dar cuenta del estado de salud de un pueblo indígena, debe, modestamente, intentar construir una primera línea de base sobre la que

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

establecer futuras comparaciones importantes y monitorear los progresos de las condiciones de salud.

La heterogeneidad cultural y demográfica de los pueblos originarios hace difícil – si no imposible – la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, más crítica por cuanto se refiere a un aspecto tan sensible culturalmente como lo es el de la salud, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular.

Un conocimiento previo de los sistemas médicos tradicionales, de las formas en que se asumen y se expresan las enfermedades, de las relaciones entre el enfermo y su entorno y de la integración de los factores que influyen en la salud o la enfermedad individual o colectiva puede contribuir de manera significativa a la elaboración de programas sanitarios dirigidos a sociedades culturalmente diversas.

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas responde a la necesidad de comprender, desde diversas perspectivas, la complejidad del problema salud – enfermedad en un país pluriétnico y multicultural.

6.1.4 ¿Qué es la interculturalidad?³

Se trata de un modelo de organización de la vida social en contextos multiculturales que introduce una visión dinámica de la cultura (y de las culturas) centrada en el contacto y la interacción creativa.

Va más allá de la multiculturalidad, que celebra y pretende proteger la diversidad cultural sobre la base de la tolerancia y el respeto mutuo, y se desarrolla en oposición al sincretismo cultural que se traduce en una unión (confusión) de modelos culturales con pérdida de la propia identidad.

De acuerdo con el Proyecto Q’anil B, Guatemala, consiste en la promoción sistemática y gradual desde el Estado y desde la sociedad civil, de espacios y procesos de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación pacífica de los posibles conflictos, cooperación y convivencia.

Implica al menos:

- ✓ El convencimiento de que hay vínculos, valores y otros puntos en común entre las culturas.
- ✓ La concepción de que las culturas no se desarrollan aisladamente sino en interacción y en constante cambio e interdependencia entre ellas, no siendo suficientes en sí mismas sino necesitadas unas de otras.
- ✓ La conciencia de que es preciso aprender a convivir entre culturas diferentes.
- ✓ La necesidad de potenciar el interés de las personas por las culturas ajenas o por determinados aspectos de ellas.
- ✓ Un cierto grado mínimo de distanciamiento crítico de las personas respecto a la propia cultura, sin que ello signifique merma en la identificación étnica o cultural de la persona o en su sentido de pertenencia.
- ✓ La búsqueda y aprovechamiento de las convergencias e intereses comunes.
- ✓ Una voluntad y disposición clara de aprender del otro y de su cultura.
- ✓ El esfuerzo por prevenir los conflictos y para resolverlos pacíficamente.

³ El inciso 6.1.4. ha sido tomado del documento “Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Shipibo – Konibo 2002”.
PER/MINSA/OGE - 03/005 & Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- ✓ La superación no sólo del etnocentrismo (la actitud de considerar al otro desde los códigos o parámetros culturales propios) sino también del extremo relativismo cultural, entendido éste como el convencimiento de la inconmensurabilidad de las culturas; se trata de no confundir el respeto por otra cultura con la indiferencia o la evitación del necesario debate.
- ✓ La tolerancia hacia los demás siempre y cuando sean respetuosos de los derechos humanos.

6.1.4.1. Interculturalidad en el sector salud

a.1 Antecedentes

A partir del I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas de Winnipeg, Canadá, en 1993 la Organización Panamericana de la Salud adoptó la Resolución V por la que se instaba a los Estados a encontrar la forma de adaptar los servicios de salud a los valores y prácticas de los pueblos indígenas, mientras se “recupera y difunde el conocimiento indígena sobre prevención y curación de enfermedades y promoción de la salud”.

Muchos gobiernos en América han ido acompañando esta iniciativa de salud de los pueblos indígenas, comenzando por reformar los sistemas de investigación y análisis de la problemática.

a.2 Interculturalidad y salud

Las experiencias de las organizaciones indígenas, la antropología médica y los servicios médicos de la administración pública que han desarrollado experiencias con pueblos indígenas, coinciden en afirmar que los programas estatales de atención a la salud de estas colectividades sólo pueden tener éxito en la medida en que se establezcan nexos eficientes de comunicación recíproca y que las iniciativas estatales sean compatibles con las prácticas médicas y las creencias que sustentan los conceptos de enfermedad y salud de los pueblos en cuestión.⁴

De ahí que, un conocimiento previo de las formas en que se expresan las enfermedades, de las relaciones entre el enfermo y su entorno, de la integración de los factores que influyen en la salud o la enfermedad individual o colectiva así como de la evolución de los sistemas médicos tradicionales y su reflejo en la demanda de servicios estatales, puede contribuir de manera significativa a la elaboración de programas sanitarios dirigidos a sociedades culturalmente diversas.

Siendo esto así, se precisa introducir actitudes y métodos de investigación e intervención acordes con un propósito intercultural.

a.3 Hacia una epidemiología intercultural

¿Para qué una epidemiología intercultural?

Si la epidemiología es el estudio de la magnitud, la distribución y las relaciones de riesgo y causales de las enfermedades en la comunidad, habrá de desarrollarse una epidemiología intercultural capaz de dar cuenta de “la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, incorporando

⁴ Raffa y Warren, 1985.

las propias categorías y etiología de las enfermedades desde el punto de vista de un contexto y/o una cultura particular".⁵

En efecto, los pueblos indígenas no sólo difieren en la cosmovisión que fundamenta sus conocimientos, prácticas e innovaciones médicas, así como sus percepciones y conceptualización de la salud y la enfermedad. También utilizan generalmente diferentes indicadores para medir su bienestar. El respeto intergeneracional, la seguridad territorial, el disfrute del tiempo o la autonomía colectiva pueden ofrecer mejor información acerca de los estados de salud colectivos que muchas de las tasas utilizadas habitualmente por la epidemiología. Pueblos con percepciones diferentes y hasta contrapuestas de lo que son los procesos de salud y enfermedad, exigen la particularización de la información si se quiere tener éxito a la hora de planificar, conducir y evaluar estrategias de prevención y control de las enfermedades.

a.4 La unidad y sujeto de análisis en el ASIS

Una primera opción orienta todo el análisis: el sujeto de análisis (la población diana) es el pueblo indígena independientemente de la adscripción de sus asentamientos comunales o grupales a diferentes reparticiones administrativas. El reconocimiento como pueblos, con derechos colectivos específicos, constituye la primera y principal reivindicación de las organizaciones indígenas en los foros internacionales, junto con el respeto por la relación -material, simbólica y emocional- que les une con su territorio.

El derecho a la salud se inscribe en ese contexto pues refiere no sólo al derecho que alcanza a todo ciudadano, sino al derecho colectivo en tanto a pueblos. La especificidad y la diferencia que justifica un estudio particularizado del estado de salud se reflejan en la elección del sujeto con las particularidades culturales, históricas, sociales, lingüísticas y geográficas que identifican a un pueblo. Si bien otras unidades de análisis, como la comunidad o asentamiento u otras que surgen con criterios geográficos (como la cuenca o los diferentes tramos fluviales), o administrativos (el distrito, la provincia, la región) pueden ser de utilidad a efectos prácticos, el pueblo, cada pueblo concreto y determinado, es la unidad que mejor encarna la homogeneidad interna a juicio de los propios interesados.

Cabe señalar que el Perú fue un país pionero en la ratificación del Convenio OIT169 y, con ello, en la consiguiente incorporación del reconocimiento del concepto de pueblos indígenas.

a.5 ¿Qué es un pueblo indígena?

La definición mayormente aceptada de lo que es un pueblo indígena es la del relator especial de Naciones Unidas, José Martínez Cobo:

"Las comunidades, poblaciones y naciones indígenas son aquellas que, contando con una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y a la colonización que se desarrollaron en sus territorios, se consideran a sí mismas distintas de otros sectores de la sociedad y están decididas a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica, como base de su existencia continuada como pueblos, de conformidad con sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas jurídicos".⁶

⁵ Ibacache, Neira y Oyarce, 1996, citado por Ibacache, 1998.

⁶ Naciones Unidas, 1987.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

Bajo una perspectiva ideal:

- Un pueblo está construido sobre una cultura, está determinado por una cultura (que implica un idioma, unas relaciones sociales, una historia, unas instituciones, un patrimonio cultural, etc.).
- Un pueblo tiene una relación de identificación con un territorio. Esta relación puede ser directa (es decir, un territorio actualmente ocupado) o indirecta (un territorio que ya no se ocupa pero que se reconoce como propio).
- Las personas pertenecientes a un pueblo se identifican y se reconocen como miembros de ese pueblo y comparten la determinación de preservar y legar a sus descendientes sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblos.⁷

En el caso de los pueblos indígenas americanos, todos comparten su continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y a la colonización que se desarrollaron en sus territorios y una situación donde su autodeterminación económica, cultural o política es condicionada por una jerarquización étnico - racial heredada de la conquista.

6.1.5 ¿Qué es el CONVENIO OIT 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes?

El Convenio 169 de la OIT, ratificado por el Perú mediante Resolución Legislativa N° 26253, es una norma de carácter obligatorio para las autoridades peruanas que ha desarrollado un conjunto de derechos de los pueblos indígenas. Se trata de derechos propios de la agrupación de personas que conforman un pueblo, como puede ser el idioma, el derecho a conservar y desarrollar sus prácticas curativas y su propio sistema de salud o el derecho a la integridad del territorio que constituye su hábitat tradicional.

El Convenio parte de la comprobación del hecho de que los indígenas han recibido históricamente un trato denigrante, incomprensivo de sus características e injustamente desigual, lo que ha dado lugar a que, en los últimos años, se hayan visto frustrados en su desarrollo y colocados en situaciones que comprometen, en muchos casos, su futuro como Pueblos.

El Convenio reclama que, para superar y compensar esta injusticia histórica, los gobiernos deberán tomar medidas que:

- aseguren a los pueblos indígenas la *igualdad* de derechos con el resto de los miembros de la población de cada país.
- promuevan el respeto por su identidad y sus características culturales especiales que los *diferencia* de otros miembros de la población.
- permitan *eliminar las desventajas* socioeconómicas ocasionadas por el trato recibido a través de la historia del Perú.

No se trata de que los pueblos indígenas deban recibir un trato más favorable que el de otros sectores de la sociedad, sino de reconocer sus diferencias culturales y socioeconómicas que reclaman, por un lado el respeto de las diferencias y por otro la activación de urgentes medidas compensatorias de la marginación que les ha colocado en una posición desventajosa frente a otros miembros de la sociedad.

Este texto normativo dispone que la *consulta es obligatoria* previa a cualquier acto del Estado que pueda afectar a un pueblo indígena (artículo 6º), principalmente a través de sus organizaciones representativas.

⁷ García, 2002c

6.1.6. ¿Qué es una Consulta?

Es una estrategia y una metodología de diálogo intercultural que permite el acercamiento entre el MINSA y los pueblos indígenas para conocer la percepción que ellos tienen de su realidad, su situación de salud, los factores que las determinan y sus propuestas para el cambio, con fines de concertación de actividades encaminadas a mejorar la situación de salud.

Parte de afirmar que el conocimiento relativo a un determinado pueblo, proviene esencialmente de sus propios miembros, depositarios del conocimiento de sus antepasados y directos conocedores de su realidad cotidiana.

La Iniciativa para la Salud de la OPS estimula la participación de los pueblos indígenas en la determinación y en la ejecución de las actividades y programas de salud como vía hacia el desarrollo de aptitudes y conocimientos necesarios para tomar las decisiones fundamentales en lo referente a la salud y el bienestar. En ese sentido, la metodología de consulta es una de la más habitualmente utilizada cuando se quiere involucrar una población en la gestión de sus propios problemas.

Pero, en el Perú, además es un derecho legalmente reconocido a los pueblos indígenas. La consulta, es en efecto un mecanismo previsto como exigible por el Convenio OIT 169, que la convierte en el eje de la nueva relación entre el Estado y los Pueblos Indígenas para impulsar la participación de dichos pueblos en la definición de las políticas, las instituciones y los programas que tienen que ver con su vida como pueblos legitimando así las decisiones del Estado multicultural y pluriétnico.

La nueva relación entre el Estado y los pueblos indígenas parte del reconocimiento de la igualdad entre los diferentes pueblos y culturas del Perú: si todos los pueblos del Perú son iguales, según nuestra Constitución, ninguno tiene el derecho de hablar por el otro o imponerle sus criterios; de acuerdo con esto, los pueblos deben tener oportunidad de dialogar en forma paritaria, tanto entre sí como con el gobierno que a todos ellos representa.

6.1.6.1 La consulta como metodología y como política

La metodología de consulta es una de las más utilizadas cuando se quiere involucrar una población en la gestión de sus propios problemas. Es una metodología muy apropiada para impulsar el cambio hacia actitudes proactivas, vale decir, aquellas en que la población asume la responsabilidad de su propio desarrollo.

En el caso de los pueblos indígenas la consulta reúne ventajas considerables:

- Responde a un derecho promovido por las organizaciones representativas de los pueblos indígenas a nivel mundial y reconocido en tratados internacionales vinculantes.
- Ha sido definido por las organizaciones representativas de los pueblos indígenas como la base que pone en marcha procesos de concertación, control, coordinación y/o cogestión sobre las bases establecidas en dichos tratados.
- Constituye una nueva manera de promover las relaciones Estado – pueblos indígenas a partir del reconocimiento de la igualdad entre los diferentes pueblos y culturas del Perú: si todos los pueblos del Perú son iguales, según nuestra Constitución, ninguno tiene el derecho de hablar por el otro o imponerle sus criterios; de acuerdo con esto, los pueblos deben tener oportunidad de dialogar en forma paritaria, tanto entre sí como con el gobierno que a todos ellos representa.
- Para los pueblos indígenas la consulta aporta la obligada cuota de respeto necesaria para impulsar procesos y metodologías interculturales.
- La consulta a un pueblo indígena, como unidad de análisis, implica su reconocimiento oficial pero, sobre todo, impulsa la recuperación de un auto-reconocimiento que en los últimos tiempos puede haber estado oculto por diversas razones (comunalización de los asentamientos y de los espacios vitales territoriales, fragmentación en reparticiones político – administrativas distantes y desconectadas, etc.). Esta oportunidad de

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

compartir experiencias, conocimientos e información con un propósito común es muy fructífera, incluso en términos de identidad y afloramiento de sentimientos positivos de pertenencia.

- A un nivel más práctico, la consulta permite concentrar delegaciones de comunidades provenientes de diferentes enclaves o cuencas fluviales durante el periodo en que los participantes se concentran en el tema y profundizan la reflexión de aspectos que, constituyendo lo habitual, no han tenido la oportunidad de recibir la mirada distante y diversificada capaz de revelar matices o significados enriquecedores para el análisis o la propuesta.

6.1.6.2 La consulta como un derecho.

El Convenio OIT 169 es vinculante para el gobierno peruano de acuerdo a la Resolución N° 26253 y los avances en su cumplimiento forman parte del informe anual evaluativo de la actuación del Estado peruano con respecto a los tratados relativos a los derechos humanos, muy especialmente los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).

Este texto normativo dispone algunos aspectos que interesa conocer:

- a) La *consulta es obligatoria* previamente a cualquier acto del Estado que pueda afectar a un pueblo indígena (artículo 6°), principalmente a través de sus organizaciones representativas.
- b) Los pueblos indígenas tienen derecho a *determinar las propias prioridades* de desarrollo en todo lo que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual (Artículo 7°).
- c) Tienen *derecho a controlar* dicho desarrollo; el Estado debe facilitar este control a través de medidas concretas (normativas, institucionales, programáticas, etc.) (Artículo 7°).
- d) Tienen derecho a *participar en la formulación*, aplicación y evaluación de los planes y programas susceptibles de afectarles directamente (Artículo 7°).
- e) Los gobiernos deben organizar *estudios en cooperación* con los pueblos indígenas a fin de evaluar la incidencia social y cultural de las actividades que se prevea desarrollar y los resultados de esos estudios compartidos deberán ser considerados como fundamentales para la ejecución de las actividades (Artículo 7°).

6.1.6.3 El derecho a la salud en el convenio OIT 169

Como complemento, y a fin de informar a los equipos del MINSA que acuden a facilitar los talleres de consulta, el Convenio OIT 169 desarrolla una serie de derechos de los pueblos indígenas referentes a los servicios de salud. Esencialmente:

- El mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de los pueblos indígenas, *con su participación y cooperación*, debe ser prioritario en los planes de desarrollo.
- Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente entre los pueblos indígenas y aplicarse sin discriminación.
- El Convenio señala que los pueblos indígenas deberán gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (no es el derecho como individuos, consagrado en otros tratados, sino el derecho en cuanto pueblos).
- Acceso efectivo, preferencial y gratuito al sistema nacional de salud.
- Derecho a servicios de salud adecuados a sus condiciones económicas, sociales, geográficas y culturales.
- *Autonomía y participación efectiva*; los servicios se deberán planear y administrar en *cooperación* con los propios pueblos indígenas.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Derecho preferente a la formación y al empleo de personal sanitario del propio pueblo indígena y de la comunidad local.
- Reconocimiento legal de los sistemas de salud indígenas, como sistema aparte pero integrado interculturalmente al sistema nacional, incluye el reconocimiento de los métodos preventivos, los medicamentos y las prácticas curativas tradicionales.

Por último es importante señalar que el Convenio no trata el problema de salud como algo aislado. Por el contrario reclama que cualquier medida social, económica o cultural que se implante en el país, y sobre todo en los niveles regionales o locales donde se asienta la población indígena, coopere al objetivo del máximo nivel posible de salud o que, al menos, no se oponga u obstaculice ese objetivo.

Actualmente se están construyendo indicadores⁸ para medir el cumplimiento de estos compromisos a nivel nacional, regional y local y formarán parte de la metodología del ASIS en lo que se refiere a respuesta social (oferta estatal).

6.1.6.4 La secuencia de la consulta

La metodología para el taller de Consulta tiene una lógica secuencial de tal manera que después de su implementación las partes involucradas: pueblo indígena, organizaciones representativas, MINSA; habrán experimentado conjuntamente un proceso creativo orientado al reordenamiento de la visión de una problemática concreta de salud.

Bajo esta perspectiva, los beneficios que se pueden obtener con el proceso de consulta no se limitan a la construcción final del ASIS como una herramienta de trabajo que hace explícitos y ordena con fines operativos los conocimientos, visiones, opiniones, percepciones, sentimientos, datos e informaciones disponibles.

Se trata de un operativo en el que no sólo importa el resultado sino que también el propio proceso constituye una experiencia singular para las partes involucradas. En muy pocas ocasiones antes de la ejecución de los ASIS-PIA el Estado se había acercado a los pueblos indígenas de esta manera dialogante y sistemática a construir políticas y redefinir objetivos bajo una perspectiva de respeto y de igualdad. En igual sentido, pocas veces los pueblos indígenas han contado con la oportunidad de hacer un análisis en profundidad de una problemática desde la perspectiva de una consulta oficial en su calidad de pueblo.

El proceso de consulta se constituye por sí mismo en el centro de la nueva relación entre el Estado y los pueblos indígenas, “un punto de partida básico para la participación (de dichos pueblos) en la definición de las políticas, las instituciones y los programas que tienen que ver con su vida como pueblos, reconociendo a éstos como actores fundamentales de la transformación de la institucionalidad del Estado actual volviendo legítimas las decisiones del Estado multicultural y pluriétnico

El carácter secuencial del proceso de consulta del ASIS-PIA está presente en la propia concepción metodológica de la consulta. En los días que se viene aplicando a cada taller⁹

⁸ El BID ya ha publicado algunos para sus propios fines institucionales.

⁹ Tres días es lo habitual (y también estimamos que es lo recomendable en la generalidad de los casos); en ocasiones se han utilizado uno o dos días más cuando así lo han programado las organizaciones locales. Con un número reducido de delegaciones es posible concentrar los pasos del proceso, al no ser necesarias la plenarias, pero no siempre es recomendable acelerar la secuencia programada que tiene una lógica y un ritmo determinado. El número de talleres depende del tamaño y la dispersión del pueblo consultado.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

se estructura una secuencia que parte de una primera identificación de las necesidades y problemas de salud hasta la llegar al nivel de las propuestas concretas.

Teniendo en cuenta la obligada flexibilidad de la metodología propuesta, la pauta habitual de esta secuencia es la siguiente:

- Primer día: Identificación y descripción de los problemas
- Segundo día: Análisis de los problemas priorizados
- Tercer día : Conclusiones y propuestas en torno a los problemas analizados

6.1.6.5 ¿Quienes son los que participan en la Consulta?

Siguiendo al Convenio OIT 169, los participantes a los talleres de consulta son los representantes del pueblo indígena: autoridades locales de cada comunidad y los dirigentes de las federaciones a los que estuvieran afiliados.

La convocatoria se realiza según los niveles de organización, desde el nivel nacional, regional hasta la comunidad, así para la elaboración de los ASIS de pueblos indígenas la Dirección General de Epidemiología tiene un Convenio de Cooperación Interinstitucional con AIDSESP.

Cuando se va a iniciar un ASIS, en coordinación con las organizaciones regionales se convoca a los representantes de las Federaciones del pueblo a ser consultado, con ellos se planifica el trabajo, se convoca y realiza los talleres de consulta.

La convocatoria está dirigida a todas y cada una de las comunidades del pueblo que va a ser consultado.

Cada comunidad debe estar representada por:

- El jefe de la comunidad.
- Representante de la mujer.
- Promotor de salud.
- Sanador tradicional (si lo tuviera).

Si estas comunidades están afiliadas a una o más federaciones se trabaja con los representantes de todas ellas.

6.1.7 Métodos aplicados en el proceso de consulta para la elaboración del ASIS de pueblos indígenas

La metodología que se aplica en la consulta para la elaboración del ASIS de pueblos indígenas toma en cuenta cada componente del ASIS para aplicar una metodología apropiada en cada caso:

6.1.7.1 Componentes del ASIS

a) El análisis de los factores condicionantes de la salud

Es un componente cuya información se basa primordialmente en la consulta directa y masiva a los representantes indígenas. Obviamente la información se complementa con información adicional de las redes y microrredes del MINSA, de otros sectores gubernamentales presentes en la región y de las instituciones privadas que desarrollan

Por último es importante hacer presente que el proceso de consulta por medio de talleres no es siempre viable y habrá ocasiones en que el ASIS deberá innovar metodológicamente para poder cumplir con sus objetivos. Es el caso del ASIS efectuado con el pueblo Nanti del Urubamba, un pueblo monolingüe en contacto inicial.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

servicios o cuentan con experiencias en áreas determinadas. En algunos casos se ha buscado la colaboración especializada de conocedores.

Habitualmente es un componente que exige una amplia labor de revisión de informes y diagnósticos públicos. Sin embargo, para este componente, la información proveniente de la consulta conduce a las fuentes complementarias y no al revés. El propio diagnóstico prevalece a la hora de orientar la información final.

Algunas recomendaciones que surgen de las aplicaciones del ASIS:

- Se debe poner especial atención en la incidencia de aquellos aspectos que las propias organizaciones indígenas han señalado como determinantes de su salud y bienestar: sus relaciones con su territorio, el estado de sus recursos naturales, la vigencia de sus recursos culturales y la relación entre unos y otros de cara a la subsistencia y al logro de un adecuado nivel de vida. En especial se deben proyectar las consecuencias de las principales amenazas que afrontan estos recursos en la medida que suponen riesgos para la salud colectiva.
- Igualmente deben considerarse con especial atención los cambios sociales ocurridos en los últimos cincuenta años por cuanto han originado alteraciones significativas en el estado de salud de los pueblos indígenas, de acuerdo a la propia percepción de los interesados. En especial son cambios con trascendencia para la salud la conformación de las parejas, la producción para la subsistencia, los patrones de asentamiento y la transmisión intergeneracional del conocimiento para la vida.
- Los pueblos indígenas por lo general afrontan, afrontaron o están por afrontar una relación traumática con la sociedad nacional a través de procesos que difieren por su agresividad, su ritmo, sus características, su previsibilidad o la gravedad de sus impactos pero, sobre todo, cuando se producen de manera súbita e intensa, tienen un efecto devastador para la salud mental de las familias y consecuencias fatales para su sobrevivencia física. Esos procesos requieren un análisis cuidadoso de parte del sector ya que suelen representar un factor determinante en la morbi-mortalidad local.
- Las sociedades indígenas han sido y siguen siendo alteradas en sus fundamentos y en los diversos roles familiares (padre, anciano, mujer, niña, etc.) de diferente manera. Las expectativas frente a los cambios no siempre tienen el mismo sentido para cada miembro de la familia y esa frustración de las mutuas expectativas tradicionales produce confusión en los discursos y en la interpretación de las informaciones de consenso. Es importante que la consulta considere la participación y la libre expresión de todos esos actores de manera que la información final pueda discriminar en lo posible las diferentes situaciones (de género, grupos etarios, etc.).

b) El análisis del proceso salud - enfermedad

Para este componente se contrastan las informaciones oficiales disponibles y las propias percepciones de la población. Es importante entonces contar con una información paralela de lo que las redes y microrredes locales estiman como causas principales de morbilidad y mortalidad y su etiología.

La consulta continúa siendo la base de la información pero en este caso importa también describir los contrastes y las coincidencias entre las informaciones del sector y la de los usuarios.

A través de la consulta se accede a la percepción colectiva acerca de la concepción de la salud y de las que se consideran las principales enfermedades, su etiología y efectos. Es importante atender algunas particularidades:

- ✓ Se presta especial atención a los problemas que más preocupan a la población, las enfermedades más temidas, aquellas respecto a las que la población se siente más vulnerable o amenazada, las que causan mayores conflictos sociales o generan las consecuencias más graves para el afectado, su familia, su grupo social o su comunidad.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- ✓ Es importante tratar de profundizar la información acerca de la morbi- mortalidad de reciente aparición y las hipótesis locales acerca de su etiología. Por lo general la reacción colectiva respecto a las enfermedades “nuevas” hace explícitas concepciones culturales sobre el proceso salud – enfermedad.
- ✓ La comparación entre la situación de salud anterior y la actual (principalmente en aquellos casos donde se han producido procesos virulentos de cambio o integración) permite conocer la valoración de las dos situaciones sociales desde el punto de vista de la salud y muestra el estado psicológico con que se afrontan colectivamente los cambios.
- ✓ En los casos de que existan situaciones novedosas que generan por lo habitual altos riesgos para la salud física y mental de los pobladores, es importante contar con información previa comparativa para poner atención a determinadas informaciones que puedan surgir en las consultas (por ejemplo, si existen cultivos ilegales de coca posiblemente haya ciertos contaminantes en el agua y pueden existir síntomas relacionados con los efectos de esos contaminantes; la llegada de un contingente poco controlado de personal foráneo, acostumbra estar relacionado con brotes epidémicos diversos, etc.).
- ✓ Es importante poder discernir la morbilidad por sexo y edad, y adecuar el tratamiento metodológico de la consulta a cada caso específico. Los temas relacionados con las enfermedades propias de las mujeres son muy delicados y requieren de un espacio íntimo para su tratamiento consultivo.
- ✓ Un núcleo informativo de la mayor importancia son las nociones indígenas de la salud y enfermedad y las descripciones de los estados relacionados culturalmente con el bienestar. Así mismo, es importante conocer las descripciones etiológicas y gnoseológicas, las patologías construidas culturalmente así como la reinterpretación cultural de síndromes y enfermedades nominadas por la ciencia médica moderna.

Por lo general todos estos aspectos relacionados con la concepción interna de la salud y la enfermedad, su nosología y su etiología cultural son aspectos que difícilmente pueden profundizarse durante las consultas masivas y requieren de información complementaria con informantes individuales o en colectivos reducidos.

Los técnicos sanitarios bilingües pueden ser imprescindibles a la hora de acceder a este tipo de información.

Obviamente no es posible lograr un conocimiento profundo de estos temas en el corto espacio de un proceso de consulta. Las metas al respecto deben ser modestas y orientadas hacia los objetivos que persigue el ASIS. Es decir no se trata de hacer etnografía sino de orientar un trabajo intercultural en beneficio de la salud del pueblo indígena. Es posible que exista bibliografía especializada que puede ser de mucha utilidad, pero la información final debe estar siempre respaldada por los interesados.

Como se dijo, junto con la percepción interna del proceso salud – enfermedad que aporta la consulta es necesario colocar la información estadística del sector respecto a morbi- mortalidad y las características de su evolución. Las epidemias y su desarrollo, así como la respuesta social frente a ellas, las reacciones de la población y las consecuencias en la mortalidad debieran constituir un punto de especial atención siempre que se cuente con información apropiada.

Las dificultades de registro y los problemas del sub registro suelen ser importantes en lo que respecta a pueblos indígenas de la amazonia. No es adecuado considerar siempre de mayor valor científico la información estadística del sector, respecto a comunidades indígenas, que las propias apreciaciones de los usuarios, mayormente en lo que respecta a mortalidad.

c) El análisis de la respuesta social a los problemas de salud.

Este componente analiza, tanto la respuesta oficial del sector salud a la problemática del pueblo en consulta como su evaluación desde las perspectivas del sujeto poblacional.

También se intenta presentar lo que puede conceptuarse como sistema de salud del pueblo en cuestión, sus recursos humanos y terapéuticos y una evaluación de su estado actual y de sus posibilidades de reconstitución, desarrollo, aplicación o difusión.

Por último interesa conocer y evaluar las relaciones actuales entre ambos sistemas de salud y los principales obstáculos para la concertación, bajo el enfoque intercultural, de las actividades y programas del sector.

Respecto a la oferta estatal se busca una descripción de los servicios del Estado de parte de las Diresas, redes y microrredes y de las dificultades institucionales para su mejoramiento. La evaluación de esta oferta es una importante fase de la consulta masiva que requiere de mucha comprensión y tolerancia tanto de los consultados (no es una denuncia, es un diagnóstico orientado constructivamente) como de los servidores públicos.

El personal técnico indígena así como los promotores y otros agentes comunales vinculados al Minsa pueden aportar información muy valiosa pero es necesario evaluar el nivel de independencia (jerárquica y de criterio), con la que se presenta la información.

Por su parte, la descripción del sistema de salud propio del pueblo consultado sólo es posible obtenerla si existe la voluntad de compartir esa información y esa disposición es la que marca los límites hasta donde puede acceder el conocimiento sobre este tema. Si hay aceptación, los informantes principales son los propios agentes de ese sistema pero es importante contar con nociones previas adquiridas a partir de una revisión bibliográfica específica.

Sin embargo, la evaluación del estado actual y de las perspectivas de estos sistemas de salud forma parte de la consulta masiva, tal como en el caso de la oferta estatal.

Las actitudes y percepciones del personal local de salud respecto a las personas, las costumbres, la salud y la situación de los pueblos indígenas es un conocimiento necesario para predecir y explicar en muchos casos la calidad de los servicios de salud accesibles a los comuneros. Es importante buscar un espacio de consulta donde puedan, en primer lugar, aflorar sentimientos, actitudes e incluso prejuicios, si los hubiere, para después analizarlos a la luz de perspectivas interculturales.

La Consulta no es un escenario para fortalecer las contradicciones ni para ocultarlas. Es un espacio que busca impulsar un proceso de relaciones interculturales que comienza con la sinceridad, la libertad de expresión, continúa con la apertura a la tolerancia y la mutua comprensión necesarias para lograr pasos posteriores de mayor creatividad

d) Conclusiones y propuestas

En este punto se han seguido las recomendaciones de las organizaciones indígenas nacionales en el sentido de que un diagnóstico sin propuestas (e incluso sin un inicio de compromisos de acción) está destinado al cuestionamiento y a la frustración. Los pueblos indígenas entienden la consulta como un impulso a la acción, al cambio e incluso a la reforma institucional que pueda llevarlo a cabo.

Esta parte final identifica un conjunto de propuestas surgidas en los talleres de consulta con la expectativa de orientar la respuesta social ante el estado de salud, en beneficio del pueblo consultado.

Metodológicamente, esta parte del proceso se circunscribe a la transcripción y sistematización de los consensos obtenidos en la plenaria final. No obstante, y siempre que la procedencia se manifieste con claridad, se pueden añadir algunas de las recomendaciones complementarias que hayan podido manifestar el personal del Minsa así como el propio equipo de facilitadores.

6.2. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL TALLER DE CONSULTA

6.2.1. Etapa preparatoria de la consulta

Llamamos etapa preparatoria al conjunto de actividades que deben realizarse antes del trabajo de campo, cuyo componente principal es el taller de consulta. La cuidadosa y flexible planificación de estas actividades puede determinar el éxito del operativo. De acuerdo con las experiencias de anteriores consultas podemos adelantar algunas precauciones y aspectos a considerar en esta etapa.

6.2.2.1 Determinación de prioridades

El Ministerio de Salud, la DGE, la DIRESA o las redes de salud y microrredes pueden tener un interés especial en priorizar el ASIS de pueblos específicos por razones epidemiológicas, técnicas o coyunturales.

Así mismo, las organizaciones indígenas pueden estar interesadas en determinado plan de prioridades por sus propios motivos.

Concertar con las organizaciones indígenas el plan operativo de corto y mediano plazo es una primera tarea del proceso de consulta.

En cualquier caso las prioridades pueden estar orientadas por algunos de estos criterios:

- ✓ El estado actual de vulnerabilidad de cada pueblo indígena.
- ✓ Las facilidades logísticas, la accesibilidad, los recursos disponibles, el nivel organizativo, la actitud de colaboración e interés de las diferentes DIRESAs.
- ✓ El tamaño relativo de cada pueblo indígena.
- ✓ Las prioridades epidemiológicas.
- ✓ Necesidades especiales.

Siempre interesa que haya una iniciativa de la propia organización representativa del pueblo a consultar; de esta manera, la conformidad con el proceso está, al menos, garantizada.

Si bien el ASIS para pueblos indígenas pretende dar cuenta del estado y evolución de la salud integral de los diferentes pueblos que conforman el Perú, con carácter general, también puede ser utilizado con propósitos especiales. Así, podría pensarse en ASIS temáticos como:

- Pueblos indígenas afectados por la minería (como los del valle de Madre de Dios).
- Pueblos indígenas frente a una iniciativa de previsible impacto sobre la salud colectiva (por ejemplo, megaproyectos en el valle de Urubamba).
- Pueblos indígenas e impactos de actividades petroleras (caso de los valles del Pastaza y Corrientes).
- Pueblos indígenas y presión cocalera (valles del Ene y Apurímac)

De otro lado, pueden establecerse algunos ASIS especiales cuya metodología requiere reajustes respecto de la que aquí se presenta. Algunas de estas iniciativas han sido ya propuestas por diferentes organizaciones. Por ejemplo:

- Pueblos Indígenas en aislamiento (donde el proceso de consulta debiera adecuarse a la especial circunstancia de estos pueblos).
- Pueblos binacionales o plurinacionales (donde sería necesario coordinar criterios, metodologías y operativos con contrapartes oficiales de los países involucrados).

Los criterios de priorización en las experiencias de ASIS que han tenido lugar hasta la fecha son de diversa índole:

- En el caso del ASIS Shipibo - Conibo primó la iniciativa del propio pueblo que, a través de sus organizaciones, solicitó a la DGE la realización del análisis.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- En el caso Kandozi y Shapra se adoptaron criterios epidemiológicos en virtud de la grave emergencia que originó la alarmante prevalencia de Hepatitis B, C y Delta entre su población.
- Con respecto al pueblo Aguaruna el criterio es el del tamaño ya que se trata de uno de los pueblos indígenas de mayor población en el Perú.
- En cuanto al pueblo Matsigenka fue la necesidad de establecer una línea de base comparativa al inicio de las actividades de la explotación del gas en Camisea que permita hacer mediciones diacrónicas y prever las consecuencias de posibles cambios.
- El ASIS del pueblo Nanti fue priorizado por muy diversas razones al tratarse de un pueblo en contacto inicial afectado por las circunstancias globales que acompañan a todo megaproyecto y que presentaba una historia reciente de alarmantes brotes epidémicos, los cuales suponen una amenaza a la pervivencia de un grupo humano reducido y altamente vulnerable.

6.2.1.2 Coordinaciones preliminares

a) Convenios interinstitucionales

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y con lo determinado por el convenio 169, la participación de los pueblos indígenas se canaliza, preferentemente, a través de sus organizaciones representativas por lo que resulta recomendable identificar las redes asociativas de ese sector poblacional y promover la participación en el proceso de sus organismos de representación en el nivel más apropiado.

Resulta recomendable, siempre que la situación lo permita, garantizar con Convenios formales no sólo la actividad global (que puede tener como contraparte una organización nacional o regional) sino también los operativos concretos evitando generar conflictos respecto al nivel organizativo seleccionado para esa formalidad. En este sentido, ignorar el nivel organizativo nacional o regional puede ser tan conflictivo como limitarse a coordinar con esas organizaciones de tercer nivel sin tomar en cuenta la autonomía de las organizaciones locales¹⁰. Una previa indagación del estado de la situación organizativa puede ayudar a evitar contratiempos¹¹.

b) Reunión informativa con la DIRESA(s) y las redes de salud involucradas.

Tiene por finalidad presentar al personal de salud el objetivo perseguido con el ASIS de pueblos indígenas, la justificación de su realización, la metodología y los fundamentos de esa metodología y la filosofía sobre la que se construye. Es un momento importante para motivar actitudes y sugerir comportamientos de respeto, remover barreras y prejuicios, promover la interculturalidad, advertir de los riesgos de un análisis democrático, abierto, y superar posiciones autodefensivas.

Es la oportunidad, asimismo, de evaluar el personal del equipo técnico de la(s) DIRESA(s) que resulte más propicio integrar el equipo de consulta que se encargará de asumir responsabilidades y facilitar operativos.

¹⁰ El movimiento organizativo de los pueblos indígenas que representa AIDSESEP cuenta con una organización de nivel nacional, seis organizaciones regionales y cerca de 50 organizaciones locales.

¹¹ Si bien el movimiento organizativo que representa AIDSESEP es ampliamente mayoritario, en algunas regiones existen federaciones afiliadas a otra central nacional, la CONAP. Es muy importante, en estos casos, asegurar que ninguna organización de la población consultada queda al margen de la consulta. No obstante hay que considerar la posibilidad de que organizaciones pertenecientes a diferente matriz organizativa hacen la posibilidad de una convocatoria conjunta en cuyo caso, y en virtud de las limitaciones presupuestarias, puede hacerse necesario optar por las organizaciones de mayor representación.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

En los casos en que el hábitat del pueblo indígena corresponda a más de una región es necesario optar entre varias reuniones de información o establecer una sola convocatoria para todas las Diresas involucradas.

c) Reunión técnica de coordinación con todos los participantes

Se trata de una reunión previa de gran importancia dado que es aquí donde se toman muchas de las decisiones prácticas que van a ejercer *influencia decisiva en los resultados del ASIS*.

En esta reunión se presenta la iniciativa y la metodología, se elabora el plan de acción (tal como se verá al hablar del diseño del proceso), se acuerda la ubicación, locales, fechas, duración y logística de los talleres consultivos, los criterios de exclusión o inclusión de los participantes, su número aproximado, los mecanismos de conducción y coordinación así como las responsabilidades mutuas de cada actor y cada institución involucrada.

En esta oportunidad se constituye oficialmente el equipo de consulta, un equipo de carácter mixto integrado por personal seleccionado de parte del Minsa y de las organizaciones representativas.

La reunión ofrece también la oportunidad de proponer, revisar, ajustar y validar algunos de los instrumentos que se van a utilizar, principalmente las encuestas¹² y las motivaciones iniciales, a fin de verificar su adecuación cultural.

Los acuerdos levantados en un acta suelen tener un efecto más comprometedor. Es importante tomar atención al detalle de las formalidades que pueden más tarde evitar muchos de los problemas habituales en la organización de estos eventos en zonas donde las condiciones logísticas, geográficas y climáticas pueden generar contrariedades imprevistas.

Es el inicio de la construcción de una nueva relación Estado – pueblo indígena que se supone va a orientar procesos de largo plazo y reorientar políticas públicas. Este carácter obliga a las partes a poner mucha atención para lograr un equilibrio real y cómodo entre las partes y a propiciar una actitud de diálogo y de apertura al entendimiento y aprovechamiento de la diversidad cultural.

c.1 ¿Quiénes participan en la reunión técnica?:

Interesa que la nómina de participantes y la convocatoria se establezcan de manera compartida entre el Minsa, a través de la DGE, y la(s) organización(es) indígena(s) promotora(s). Entre los participantes que no deben faltar:

- ✓ Por las Organizaciones Indígenas: la organización promotora, todas las organizaciones con representación en el área, la organización regional, en su caso, la organización nacional y, si existiesen, las organizaciones especializadas en el área de la salud.
- ✓ Por el Sector Salud: la Diresa(s), redes, microrredes y la DGE del Ministerio de Salud.

Es posible, de acuerdo con cada situación, la conveniencia de otros actores, muy especialmente gobiernos locales u ONGs con trayectoria en trabajos afines a la temática de salud y cuya participación las organizaciones indígenas consideren recomendable.

¹² Con este fin, y a vía de ejemplo, en el caso del ASIS Shipibo – Conibo se formaron tres grupos entre los participantes, dos integrados por representantes indígenas y uno por profesionales de salud de las redes de la DISA Ucayali para después, en sesión posterior conjunta, ajustar el cuestionario de la encuesta y entregársela a la DISA para su impresión.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Fuera de las partes principales (el sector salud y las organizaciones indígenas) la lista del resto de los invitados, si es el caso, debe de responder a criterios previamente establecidos de acuerdo a propósitos específicos, asegurando a la vez que se incluya a todos los protagonistas esenciales y que se excluya a quienes no aportan beneficios adicionales o a quienes pueden deformar el resultado del proceso¹³.

6.2.2 Información básica del contexto

Las reuniones anteriores van a proporcionarnos información muy valiosa para tomar contacto con el contexto general en el que se va a desarrollar la consulta.

Para identificar con mayor claridad el perfil general de ese contexto se requiere información adicional.

Recopilación de información documental complementaria y evaluación de fuentes disponibles.

Habitualmente, el tiempo con que se cuenta para el trabajo de campo del ASIS de pueblos indígenas es muy limitado. De otro lado, se intenta obtener una información seria respecto a una realidad compleja y muchas veces novedosa en términos culturales.

6.2.2.1 Revisión de fuentes secundarias

La revisión de fuentes secundarias (documentación escrita, electrónica, fotográfica o de otro tipo, registros e informes oficiales, tesis, informes de proyectos de ONGs con actividad local actual o remota) es un camino apropiado para ubicar temas de interés, conocer la evolución histórica de determinadas instituciones, el desempeño de proyectos ejecutados en la región, obtener datos generales, conocer las actividades actuales e identificar los cambios y sus posibles explicaciones.

Es posible que la información accesible sea voluminosa. Es necesario entonces, una vez que se tiene claro lo que se busca, identificar conocedores que ayuden a discriminar y evaluar la información disponible.

6.2.2.2 Tipo de información a recopilar:

Por lo general interesa, al menos, contar con información relativa a los siguientes aspectos:

- Información de carácter socio antropológico del pueblo en consulta.
- Información histórica.
- De contexto (regional y local).
- De coyuntura.
- Información etnológica relativa o relacionada con la salud.
- Vocabulario o diccionario.
- Informes de proyectos y talleres relacionados con la salud, realizados por instituciones privadas presentes en el pasado o en la actualidad.
- Intervenciones históricas en el área de salud, si existen experiencias de intervenciones externas.
- Epidemiología histórica si es que se dispone de datos.

¹³ Hay que recordar que los interlocutores son el MINSA y el Pueblo Indígena, quienes deben tener la posibilidad de dialogar a su gusto y con independencia de cualquier interés de terceros por el resultado del ASIS.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Perfil de morbimortalidad de los distritos y provincias donde estén ubicadas las comunidades.
- Es importante identificar contradicciones, vacíos, aspectos que pueden parecer dudosos o cualquiera de interés que se debe confirmar o aclarar posteriormente a través de otros medios (entrevistas, consulta, grupos focales, etc.).

6.2.2.3 Recopilación y sistematización de la información proveniente de las DIRESA y otras instancias del sistema público de salud

A partir del momento en que se decide ejecutar el ASIS de determinado pueblo indígena se traslada el encargo a las DIRESAS e instancias del MINSA en la(s) región(es) de asentamiento para que se vaya recopilando información relativa a la mortalidad y morbilidad y servicios de salud en los distritos de mayor presencia del pueblo en consulta.

6.2.2.4 Recomendaciones

Existen algunas recomendaciones que viene elaborando el personal técnico de la DGE¹⁴ para mejorar el análisis de la información estadística (por lo general poco diferenciada) y acercarla cuanto sea posible a la situación concreta del pueblo en consulta.

Este esfuerzo por diferenciar la información es trascendental para poder comparar la situación general de la población a cargo de la(s) DIRESA(s) y la situación específica del pueblo en consulta.

Para tomar en cuenta:

- La información estadística, supuestamente objetiva, no es la información más determinante ni tampoco la más relevante. Importa más su contrastación con la forma como el pueblo consultado se percibe a si mismo y el análisis en profundidad de las diferencias.
- Mientras no se cuente con indicadores específicos (sobre los que ya se viene trabajando), la información estadística y los propios sistemas de registro y análisis de la información que se utilizan en la actualidad, si bien tienen un valor en cuanto datos, son también aspectos a investigar para evaluar su confiabilidad y adecuación situación de salud que se analiza. Por lo general los descubrimientos de esa evaluación son muy fructíferos por cuanto las distorsiones de la información oficial muchas veces revelan la existencia de barreras y prejuicios culturales que pueden llegar a ser determinantes a la hora de enfocar la orientación de los servicios de salud.
- A través de las reuniones de coordinación o del contacto con especialistas se podrán identificar informaciones adicionales que pueden ser relevantes en el caso concreto. Por ejemplo:
 - a) Identificación y ubicación de informantes claves para determinados temas.
 - b) Características diferenciales de la época del año en que se realizará la consulta (lluvias, tiempo seco, fiestas, cosechas especiales¹⁵, etc.).
 - c) Calendarios culturales, cuando existen, para superar problemas de ubicación de información relacionada con la temporalidad

¹⁴ Una resumida exposición metodológica se presenta en el ANEXO II.

¹⁵ Como ejemplo: la llegada del equipo ASIS en tiempos de la cosecha de las hormigas “curvinche”, un apetitoso manjar de aparición anual, supuso el retraso de los operativos en una de las consultas por haber acudido todos los consultados a aprovechar ese evento anual.

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- d) Lugares especiales (comunidades más tradicionales o más afectadas por determinada problemática).
- e) Precauciones culturales específicas.

6.2.3 Perfil provisional del plan del ASIS final

Considerando que el tiempo y los recursos a utilizar en la formulación del ASIS de cada pueblo indígena son escasos o limitados, es necesario entonces identificar adecuadamente qué información es importante obtener y/o construir conjuntamente con los consultados y precisar el valor y utilidad en el proceso consultivo.

Desde el principio se precisa conocer cuáles serían los puntos específicos que, sobre la base de lo documentado o recopilado, pueden influir de manera determinante en la situación de salud. Con esta información se puede concebir el guión provisional del ASIS del pueblo en consulta que va a servir como bitácora para el resto del proceso.

En base a las experiencias anteriores existe un plan básico de ASIS - PAI¹⁶ donde vaciar la información que habitualmente se requiere para caracterizar la situación y las tendencias de la salud de los pueblos indígenas. Ese plan básico nos puede ayudar a orientar el proceso concreto y a chequear nuestra información de acuerdo a un patrón general.

Sin embargo, es importante identificar las peculiaridades de la situación del pueblo consultado para relevar informaciones específicas: sea que el problema mayor por vecindad a una zona de colonización, un gran proyecto de hidrocarburos, una región cocalera o la intromisión de pescadores ilegales, sea que se perciben problemas específicos como un alto índice de suicidio o de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes.

Prever los temas de análisis nos puede ayudar a diseñar con mayor efectividad el trabajo de campo y la consulta. Además una eficaz concepción del guión provisional del ASIS, como resultado final, va a proporcionar una idea precisa de cuáles sean los mejores instrumentos metodológicos para la recolección de cada tipo de información.

6.2.4 Diseño de los instrumentos para la recolección de la información

Tomando como referencia, por un lado los contenidos del plan básico provisional del ASIS y por otro el perfil del pueblo en consulta se pueden ya tomar decisiones respecto a los instrumentos que se van a utilizar para recoger la información.

6.2.4.1 Las encuestas

Hay mucha información que puede recopilarse a través de encuestas o cuestionarios formales, principalmente lo referido a lo no opinable tal como datos de morbilidad y mortalidad, datos demográficos, de infraestructura y otros similares. Las encuestas deben adecuarse a las características de cada pueblo y a la manera en que se vayan a aplicar (siendo una variable principal en el primer caso, los niveles de comprensión del castellano y en el segundo el hecho de si se van a aplicar de manera directa, traducida y asistida o si se va a enviar la encuesta por anticipado a fin de que pueda contestarse colectivamente¹⁷).

¹⁶ Se trata de un guión provisional de temas a tratar. En el ANEXO III se presenta este modelo general.

¹⁷ Ha sido la metodología usual. Es cierto que lo ideal sería que la comunidad pueda dedicar un espacio colectivo para responder el cuestionario y así orientar la posterior presentación de su delegado o representante en la consulta. Pero lo cierto es que no siempre la encuesta es contestada o, cuando lo ha sido, no siempre las respuestas muestran una efectiva comprensión de la pregunta y muy pocas veces las respuestas surgen de un escenario colectivo. Con mayor realismo, y aun manteniendo el sistema de envío previo, las encuestas se replican durante el transcurso del trabajo de campo, con traducción y asistencia.

6.2.4.2 Grupos de trabajo y talleres consultivos

Gran parte de la información más importante proviene de los grupos de trabajo y de las sesiones plenarias de los talleres consultivos. En este caso la flexibilidad y la capacidad de adaptación e improvisación son de tanta o mayor importancia que la previsión de un modelo de herramienta determinado. No obstante es muy conveniente planificar un esquema de desarrollo de cada uno de los días del taller con una serie de alternativas de puntos focales y de charlas motivadoras preparadas.

Si se ha detectado problemas específicos que requieren de fuentes de información primaria, ya sea de informantes colectivos (jóvenes en edad adolescente, madres en abandono, comunidades afectadas por determinado problema específico, profesores, promotores de salud, etc.) o individuales (shamanes, personas mayores, especialistas, u otros actores de interés) es importante formular también el guión principal de lo que se busca a través de los grupos focales o de las entrevistas.

De la misma manera, y de acuerdo con el Plan Básico del ASIS, existirán algunos temas que precisen de atención pero que no es previsible saber cómo o cuándo podrá surgir la oportunidad de levantar la información. Hasta el momento el equipo de la DGE y sus consultores han utilizado la observación directa como fuente principal de información para algunos de esos temas. No obstante es importante que todo el equipo esté en conocimiento de cuáles son esos focos de atención para aprovechar las oportunidades que puedan presentarse, prestar atención a sucesos, impulsar debates o recibir declaraciones.

6.2.5 Diseño de la consulta, logística y convocatoria

6.2.5.1 Preparando la consulta

A partir de este momento se trata de planificar detalladamente el trabajo de campo, muy especialmente los talleres de consulta. En especial:

- Agenda (diaria).
- Objetivos y secuencia de las actividades (motivaciones, dinámicas, trabajos de grupos, plenarias, etc.).
- Duración de cada secuencia y definición de los roles para su ejecución (conformación de grupos, mesa directiva, presentación, etc.).
- Conocer el número de participantes, su distribución por sexos y edades, nivel de alfabetización, etc.
- Determinación del personal auxiliar necesario de acuerdo con número de participantes previstos y sus características (facilitadores, traductores, presentadores, etc.)
- Identificación de los materiales necesarios para el desarrollo y registro de cada secuencia diseñada (plumones, mapas, papelotes, papel periódico, cuadernos, carteles de color, presentaciones multimedia, máquina fotográfica y película, etc.).
- Distribución previa de encuestas u otros materiales necesarios.

6.2.5.2 Logística

Es importante dedicar un tiempo a los aspectos de logística y cuya cuidadosa y flexible planificación pueden determinar el éxito del operativo, en esta fase se precisa, al menos considerar los siguientes aspectos:

- a) Transporte de los comuneros considerando la distribución y acceso del combustible, la disposición y estado de los medios de transporte, el personal a cargo, las coordinaciones, etc. En la Amazonía este aspecto es uno de los más complicados y costosos y hay que programarlo meticulosamente, cuidando que todas las comunidades puedan participar.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- b) El local donde se va a celebrar el evento, capacidad la posibilidad de separar ambientes para el trabajo de grupo, su iluminación, ventilación, condiciones de sonido, muebles, disposición de instalaciones básicas (electricidad, por ejemplo), su adecuación al contingente de participantes.
- c) Otras instalaciones (dormitorios, baños, etc.)
- d) Comida necesaria (tomando en cuenta las costumbres locales) y las responsabilidades de cada parte (quien, qué, y como trae).
- e) Los arreglos de cocina y servicio en su caso.
- f) Una mínima implementación sanitaria (botiquín básico)

La logística y la administración deben ser compartidas y, en lo posible, asumidas en buena parte por las organizaciones representativas que son las que conocen las peculiaridades de la población y el entorno y pueden garantizar un mayor nivel de aciertos en las opciones posibles. La seriedad al respecto de todas estas coordinaciones suele ser muy estimada por las organizaciones y se favorece con acuerdos escritos y precisos.

No es el caso de entrar a detallar los aspectos relativos al financiamiento pero es un tema que no debe presentar inconvenientes. Muchas veces las organizaciones deben encargarse de adelantar algunos recursos (suyos, comprados o fiados) y las demoras en la devolución pueden afectar el posterior funcionamiento institucional y, con ello, las futuras relaciones con el MINSA.

6.2.5.3 Convocatoria

La convocatoria es un acto solemne y de importancia. Es una invitación conjunta de las organizaciones representativas y el MINSA y debe ser muy precisa respecto al número y características de los participantes de cada comunidad o institución.

Si es que se cuenta con los recursos económicos necesarios, puede ser muy positivo convocar con uno o dos días de anticipación al equipo de consulta en el lugar en que se celebrará el acto. Se pueden salvar así muchos problemas, resolver interrogantes, probar metodologías o afinarlas, ensayar dinámicas o motivaciones, etc. En otro caso la reunión constitutiva de este equipo deberá hacerse con algunas horas de anticipación al acto inaugural.

6.2.5.4 ¿Quién es quién en la consulta?

a) Contrapartes

Son el Estado Peruano que consulta y el Pueblo Indígena que es consultado.

El Estado, para esta ocasión es representado por el MINSA y sus órganos descentralizados y el Pueblo Indígena es representado para esta ocasión por las organizaciones representativas de nivel nacional, regional y local.

b) El equipo de consulta

El Equipo de Consulta es un grupo mixto, conformado por el personal del ASIS de la DGE, las personas seleccionadas de la DIRESA y las redes y microrredes locales, los miembros designados por la(s) organización(es) representativa(s) del pueblo consultado, los técnicos sanitarios indígenas cuando los hay, traductores y facilitadores. Este equipo va a ser el encargado de conducir el proceso en sus aspectos técnicos.

c) Equipo de logística

Se encarga de gestionar lo necesario para que funcionen adecuadamente aspectos como el aprovisionamiento, la preparación y la distribución de las comidas; el abastecimiento de agua, luz, sonido y similares, la movilidad, el combustible, las coordinaciones para los viajes, la atención médica, la limpieza y adecuación de los locales, etc. El equipo de

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

logística debe conocer el entorno local por lo que preferiblemente esta labor debiera encargarse a personal local que sea asignado por la Organización Representativa.

d) Facilitadores

Forman parte del equipo de consulta. Su papel es central, pues son los responsables de impulsar y facilitar el debate buscando que los participantes en los grupos y en las plenarios expresen los diferentes puntos de vista en su idioma, creando un clima de cordialidad, de confianza y respeto, y rigiéndose por el principio de que **TODA OPINION ES VALIOSA** y no sólo las que son afines o coinciden con conocimiento técnico.

La situación ideal es que para cada grupo se pueda contar con:

- Un facilitador bilingüe (técnico sanitario, dirigente, profesor),
- Un facilitador traductor que trabajará en estrecha coordinación con el facilitador, alentando que los participantes se expresen en su lengua autóctona y que la traducción sea fidedigna aunque le parezca que lo que expresa no es muy correcto o pertinente.
- Un facilitador auxiliar miembro del personal del MINSA del equipo de consulta para dar asistencia técnica (información) si es que se le solicita y para ayudar al facilitador indígena en casos especiales (el grupo se entrapa, se monopoliza, se relaja, se desvía, se torna excluyente con algunos, se indisciplina o se enfrenta). La función principal de este personal es dar seguimiento al debate y tomar nota de aquellos aspectos que el grupo ha planteado sin profundizar o que han surgido lateralmente durante la discusión y que, a su juicio, son importantes. Muchas veces la mirada propia no es capaz de percibir lo singular en lo cotidiano y es posible que otra mirada pueda establecer relaciones de importancia entre aspectos de la realidad que, por ser tan manifiestos, no son visibles para los que la viven a diario.

e) Los delegados comunales representantes del pueblo consultado:

Los representantes del pueblo indígena consultado son las autoridades locales de cada una de sus comunidades y los dirigentes de las federaciones a los que están afiliados. Si son una o más federaciones se trabaja con los representantes de todas ellas.

Cada comunidad debe estar representada por los siguientes delegados:

- El jefe de la comunidad,
- Representante de la mujer,
- Promotor de salud,
- Sanador tradicional (si lo tuviera).

6.3 EL TRABAJO DE CAMPO: LOS TALLERES DE CONSULTA

El trabajo de campo es la fase intensiva de recolección de la información base del ASIS – PIA que se concreta en el traslado del equipo de consulta del MINSA a las localidades seleccionadas en coordinación con las organizaciones representativas del pueblo consultado.

La construcción responsable y participativa del ASIS descansa principalmente en la información recolectada durante el (o los) taller(es) de consulta. Pero también es importante precisar que la consulta masiva tiene muchas limitaciones que es necesario superar a través de la aplicación de otros métodos de investigación empleados en las ciencias sociales, entre otros, las encuestas, grupos focales, historias de vida y análisis estadísticos procedentes del sector.

6.3.1 Actividades preliminares

Antes de iniciar el trabajo propiamente dicho, es preciso realizar algunas actividades preliminares:

6.3.1.1 Fichas de inscripción

Es importante rellenar *las fichas de inscripción* de los participantes (ver modelo en Anexo IV) puesto que aportan datos que van a permitir realizar algunos ajustes en la logística (número de comensales, mobiliario, materiales, etc.) y en la metodología (porcentaje de bilingües, de alfabetos, de varones y mujeres, etc.).

6.3.1.2 Equipo de consulta

Entretanto es importante constituir *el equipo de consulta*¹⁸ que es un grupo mixto, conformado por el personal del ASIS de la DGE, las personas de la DIRESA, los miembros designados por la(s) organización(es) representativa(s) del pueblo consultado, los técnicos sanitarios indígenas cuando los hay, traductores y facilitadores.

Este equipo va a ser el encargado de conducir el proceso en sus aspectos técnicos (no en los aspectos políticos que quedan a cargo de los representantes máximos de la propia organización y del representante de mayor jerarquía del MINSA).

Entre sus funciones están:

- a) Concertar y establecer las reglas y rutinas básicas de la participación.
- b) Recibir recomendaciones generales acerca de aspectos culturalmente sensibles o reglas de conducta básicas, de carácter general o específico.
- c) Encargarse de la instrucción de los facilitadores y traductores que haya(n) puesto a su disposición la organización(es) indígenas local(es) o las redes locales del MINSA (técnicos de enfermería o sanitarios).
- d) Comprobar la adecuación de los métodos disponibles a la idiosincrasia local, ajustar y afinar en su caso esa metodología o innovar metodología cuando lo exijan las circunstancias.
- e) Asistir técnicamente a los grupos de trabajo y tomar notas complementarias a las registradas en los papelotes.
- f) Aportar información adicional a las sesiones plenarias.
- g) Ayudar en la redacción del acta de las plenarias.
- h) Evaluar los trabajos de grupo y las plenarias de cada día e introducir los cambios que puedan considerarse necesarios.

¹⁸ El equipo de consulta, en una situación ideal debiera constituirse con uno o días de antelación al taller y en el mismo lugar donde se va a efectuar el acto.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- i) Recopilar y sistematizar provisionalmente los papelotes y otros instrumentos donde se recopila la información (incluyendo las propias notas de los miembros del equipo).
- j) Llevar una estrecha relación con el equipo de logística para hacer recomendaciones conducentes a mejorar las condiciones en que se desarrolla el taller.
- k) Documentar por todos los medios posibles las eventualidades del taller (video, grabaciones, fotos u otros medios siempre que haya sido aceptado su uso por la organización indígena local).
- l) Transferir por Acta los materiales y resultados del taller de consulta al personal responsable del ASIS – PIA (DGE/Lima).

6.3.1.3 Equipo de logística

También interesa constituir un *equipo de logística* que se encarga de gestionar lo necesario para que funcionen adecuadamente aspectos como el abastecimiento, la preparación y la distribución de las comidas, el suministro de agua, luz, sonido y similares, la movilidad, el combustible, las coordinaciones para los viajes, la atención médica, la limpieza y adecuación de los locales, etc. El equipo de logística debe conocer el entorno local por lo que preferiblemente esta responsabilidad debiera encargarse a personal local que asigne la organización representativa.

6.3.2 Primer día: identificación y descripción de los problemas

6.3.2.1 Objetivo

Identificar la problemática general del pueblo consultado, ubicarla en el territorio, clasificarla de acuerdo a sus características y seleccionar los problemas más graves por su impacto en la situación de salud precisando si se trata de un problema relacionado con los factores determinantes de la salud (por ejemplo disminución de alimentos o un impacto petrolero), si es expresivo de alteraciones experimentadas en el proceso salud – enfermedad (por ejemplo, enfermedades de la mujer o daños por brujería) o son originados en el mal funcionamiento de la respuesta social (por ejemplo: atención discriminatoria del personal de salud o falta de vocaciones para sanadores tradicionales).

6.3.2.2. Los pasos más importantes son:

- Ceremonia de inauguración.¹⁹
- Reconocimiento de los participantes.
- Presentación de los objetivos y características de la consulta.
- Exposición de la secuencia que va seguir el trabajo y concertación de las reglas generales.
- Motivación: dirigida a reorientar la visión de la salud desde perspectivas integrales especialmente aquellas que vinculan la salud y la enfermedad con los factores condicionantes del entorno.
- Conformación de los grupos de trabajo: en este día es importante utilizar como criterio la distribución zonal a fin de que esté representada toda la problemática general y específica del pueblo consultado.

¹⁹ El acto inaugural es un acto solemne y merece la pena dedicar atención a su correcta organización respetando el debido protagonismo de los representantes oficiales de las organizaciones del Pueblo Indígena consultado y dando a conocer la oficialidad del acto formalizando la participación de los representantes del MINSA.

6.3.2.3 Trabajo de Grupos:

- Auto-presentación de los integrantes del grupo (comunidad, dedicación, cargo, estatus familiar, relación - si la tiene o ha tenido con la salud, alguna experiencia especial²⁰)
- Elección de un moderador y un secretario
- El secretario transcribirá en papelotes los aportes del grupo, para ser presentados en la plenaria.
- Ubicación en el mapa de las comunidades representadas²¹.
- Identificación de necesidades y problemas generales que se presentan en la vida diaria de los individuos, las familias y las comunidades o que afectan el bienestar del propio pueblo como conjunto. En lo posible ubicar en el mapa la información que tenga una distribución espacial.
- Selección, por el grupo consultado, de los diez problemas o necesidades sin satisfacer que causan mayor preocupación o cuyos impactos colaterales sean más relevantes o amenazantes.
- Ordenamiento temático de los problemas seleccionados (educación, tierras y recursos, salud, cultura y educación, etc.).
- Análisis de la secuencia “causa-efecto-impactos colaterales” de los diez problemas identificados.
- Discusión en profundidad y selección de los cinco problemas, temas, o aspectos que, de acuerdo al análisis, son más importantes, influyen de manera más determinante en la salud colectiva o son más expresivos del estado de salud actual.
- Intento de clasificar estos problemas en algunos de los componentes de la estructura del ASIS (factores determinantes, proceso salud – enfermedad, respuesta social).

6.3.2.4 Plenaria:

Con la participación de todos los delegados comunales y los dirigentes se procederá a elegir al moderador y secretario de la plenaria.

La plenaria dentro del proceso de consulta está concebida como una asamblea con capacidad para tomar decisiones respecto a la problemática de la salud y sus propuestas de solución; es importante contar con la conformidad de parte de las organizaciones representativas y del MINSA acerca del carácter “oficial” de la consulta.

Los representantes de cada uno de los grupos de trabajo procederán a realizar la:

- Exposición de la problemática general identificada por su grupo de trabajo ordenada de acuerdo a su temática.
- Exposición de los cinco problemas identificados como de mayor impacto o más expresivos de la situación de salud con una explicación de los motivos de la selección (análisis causa-efecto-impacto colateral).
- Una vez concluida la presentación del grupo los demás integrantes del mismo, si lo consideran conveniente deberán precisar, aclarar o complementar la exposición.

²⁰ Por ejemplo: fue jefe, trabaja o trabajó con madereros o petroleras, participó en actividades de interés, etc.

²¹ Existe la posibilidad de elaborar mapas *ad hoc* que pongan de relieve las quebradas y ríos y algunos otros datos de interés (por ejemplo, centros y servicios de salud, etc.). En algunos casos es posible que determinados problemas puedan ubicarse espacial o geográficamente en el mapa.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Terminada la presentación de todos los grupos se apertura el debate para la inclusión final de los problemas señalados por el equipo de consulta u otros presentados por los participantes a la plenaria o que se hayan puesto de manifiesto durante la sesión.
- El equipo de consulta ayudará a la sistematización final de las presentaciones y del debate, que deberá incluir en lo posible: el consolidado de los mapas, el consolidado de la problemática general ordenada por temas (educación, economía, territorio, servicios de salud, etc.) y el consolidado de la problemática seleccionada como más determinante del estado de salud ordenada de acuerdo a la estructura de los componentes del ASIS (factores determinantes, proceso salud – enfermedad, respuesta social).
- El Secretario deberá transcribir en el libro de actas²², todo lo presentado y debatido en las plenarios de cada día. Al finalizar se procederá con la firma de acta de la sesión plenaria por los delegados comunales, dirigentes y los responsables de la DIRESA, redes y el responsable de la consulta de parte de la DGE- MINSA.
- Motivación de cierre: es tal vez la motivación más importante de todas porque los participantes deben constatar que han sido capaces de dar una mirada diferente y consistente a su problemática de salud, aumentando el interés en el desarrollo y los resultados de otros dos o tres días de consulta; la motivación debe mostrar cómo los grupos han llegado a comprobar que la salud tiene una influencia integral en la vida cotidiana, que depende de muchos factores determinantes y que es importante intervenir activa y responsablemente para solucionar los problemas y mejorar el bienestar propio, el de los familiares y comuneros y el del propio pueblo con el que se identifican.

6.3.2.5 Trabajo de equipo de consulta²³:

Una vez finalizada la plenaria el equipo de consulta se reunirá para:

- Evaluación del desarrollo de la sesión y del cumplimiento de los diferentes roles; disposición de medidas correctivas en su caso.
- Recoger los papelotes presentados por cada grupo y adjuntar notas, grabaciones, mapas o cualquier otro documento que haya surgido durante la sesión o que pueda ayudar a entender mejor sus productos.
- Reordenamiento de los problemas seleccionados de acuerdo a la estructura de los componentes del ASIS, esto es: 1º) factores determinantes; 2º) proceso salud – enfermedad (morbilidad y mortalidad) y 3º) respuesta social (oferta de salud de parte del Estado y rol de los sistemas de salud tradicional).
- Ajuste, o complementación en su caso, de la “Cartilla Básica²⁴” para la conducción de los trabajos de los grupos durante el segundo día a la luz de los resultados obtenidos en la primera plenaria.

²² Estas actas vienen a constituir la fuente de información y verificación de todos los participantes en el proceso de la Consulta.

²³ Es necesariamente un grupo mixto (MINSA-Organizaciones Representativas) que debiera constituirse oficialmente y recibir entrenamiento especial antes del inicio del taller. Todavía ha sido utilizado como un grupo informal de evaluación, pero interesa darle un rol oficial y no limitarlo al personal consultivo del MINSA sino concebirlo como un grupo mixto.

²⁴ En el inciso 6.5 se presenta una “Cartilla Básica” donde se sugieren temas y posibles entradas para que los delegados comunales realicen el análisis de los problemas identificados por ellos en el trabajo del primer día.

6.3.2.6 Metodología, herramientas, modelos a ser utilizados en este día:

Es útil entrar al tema con una “lluvia de ideas” para luego utilizar métodos de ordenamiento simple (por votos, puntos, montones de piedritas, pesos en la balanza, o cualquiera que se considere apropiado) y una matriz simple de causa – efecto. (Ver Metodología en el numeral 6.4.)

6.3.3 Segundo día: análisis

6.3.3.1 Objetivo:

Profundizar el análisis de los problemas priorizados por los delegados comunales el primer día identificando y desarrollando la relación de Causa – Efecto.

6.3.3.2 Los pasos más importantes son:

- Motivación: se trata del día “fuerte” de la consulta; la idea es que los participantes sepan que están representando a su pueblo para dar inicio a un nuevo tipo de relación con el Estado y que sus aportes van a trascender en las iniciativas que puedan concertarse a corto, mediano y largo plazo.
- Presentación de los temas y subtemas a tratar: se trata de presentar los temas en relación a la selección de los problemas realizada en el día anterior tratando de hacer coincidir en lo posible la estructura sugerida del contenido del ASIS y la problemática específica bajo análisis. Es el momento de ejemplificar la mayor cantidad de subtemas y de temas en relación, evitando imponer o inducir el enfoque del tratamiento temático. Respecto al análisis del proceso salud – enfermedad interesa dejar muy claro que hay un reconocimiento, explícito y normado, de los sistemas de salud propios de cada pueblo, y un respeto por sus prácticas curativas y las concepciones espirituales en que se apoyan; con respecto a la evaluación de la oferta estatal es importante aclarar que no se va a restringir o censurar la información pero también que la salud no es sólo responsabilidad del Estado sino de todos y que se trata no tanto (o no sólo) de juzgar personas sino de evaluar sistemas, actitudes o procedimientos.
- Conformación de los grupos de trabajo de acuerdo a los criterios que se establezcan. Los criterios para la conformación de los grupos pueden basarse en la libre elección (el criterio de afinidades personales a la temática es muy poco recomendable por el desequilibrio que se puede generar entre temas diferentes), o fundamentarse en características personales (sexo, edad, cargo, conocimientos específicos, etc.) o de acuerdo a las peculiaridades de la problemática.

Existen algunos temas que realmente son especializados. Los problemas y necesidades de las mujeres suelen necesitar un ambiente de mayor intimidad para su tratamiento y hasta para su expresión. En todas las experiencias ha resultado positivo formar grupos con mujeres. Y mejor aún si existe la posibilidad de confrontar la visión de mujeres jóvenes y mujeres adultas en grupos diferentes.

En otros casos conviene no incluir opiniones de parte (por ejemplo, la inclusión de promotores o técnicos en temas como la evaluación de la oferta estatal o la percepción cultural interna del proceso salud - enfermedad suele crear distorsiones).

Por lo general, entre iguales (grupos de jóvenes, de adultos mayores, de promotores o técnicos de salud, de sanadores tradicionales, de profesores, etc.) hay mejores canales de comunicación y las aportaciones suelen ser fluidas y muy productivas. No obstante, hay menos oportunidad para el contraste con las “otras miradas”.

Una u otras opciones tienen que enfatizarse y equilibrarse metodológicamente. La conformación muy diversificada de los grupos ahorrará tiempo en el debate posterior en la plenaria; por el contrario, una distribución de los participantes en grupos muy homogéneos va a exigir mayor espacio para el contraste y la discusión entre las diferentes perspectivas en la sesión plenaria.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

6.3.3.3 Trabajo de grupos²⁵:

- Aplicación del análisis temático en profundidad utilizando metodologías apropiadas (ver abajo algunos ejemplos de la metodología utilizada hasta ahora).
- Verificar los contenidos desarrollados en la cartilla Básica para cada tipo de temática²⁶ para comprobar si existen temas o aspectos importantes de la temática que no se han tratado debidamente o se han olvidado.
- Las diferentes entradas al tema pueden hacer aflorar nuevas perspectivas o insinuar nuevos subtemas o informaciones insospechadas; el facilitador en estos casos debe estar preparado para ayudar a canalizar el debate desde lo oculto hasta lo explícito y sugerir las relaciones posibles entre diferentes aspectos de la realidad que puedan ayudar al grupo a mirar lo cotidiano con una mirada nueva.
- Al final del trabajo, y en base a la información que han vertido en los papelotes, el grupo tratará de hacer un resumen explicativo que sintetice en pocas líneas (no más de diez frases) la situación problemática que le ha tocado desarrollar, a ser posible con un esquema similar o compatible con el del FODA.
- Terminado el debate, y antes de presentarse a la plenaria, el grupo debe probarse estar en condiciones de desarrollar una explicación consistente del tema que le ha tocado analizar, las causas de la actual situación problemática y sus efectos sobre el bienestar colectivo e individual.

6.3.3.4 Plenaria:

Al igual que el primer día los representantes de cada grupo de trabajo procederán a:

- Exposición del tema desarrollado por cada grupo sobre la base de los papelotes elaborados y el resumen explicativo²⁷.
- Debate general tema a tema, precisión, aclaración y complementación de las diversas entradas temáticas.
- Participación del personal del equipo de consulta para aportar información complementaria que pudiera aclarar los aspectos considerados en el debate.
- Inclusión (o exclusión) final de los nuevos aportes adicionales surgidos en la plenaria.
- Sistematización final que incluye la lectura de los resúmenes explicativos de cada grupo y su aprobación oficial por consenso de la asamblea constituida para la consulta.
- Firma de acta de la sesión plenaria.

²⁵ En las consultas se ha incluido, para este segundo día, un grupo de trabajo especial integrado por el personal de salud local o de las microrredes y redes presentes. Este grupo puede o no presentar sus resultados a la plenaria o presentarlos tan sólo de manera parcial. Se trata de un grupo que aborda la problemática propia de los funcionarios del sector salud en la región y sus dificultades y experiencias con los miembros del pueblo indígena. En los primeros talleres se impulsó el afloramiento de actitudes a través de diversas técnicas de dinámica grupal a partir de un observador externo. No ha sido posible repetir el experimento por diversas razones y el “grupo de salud” se ha ido conformando autónomamente, limitándose con ello en alguna medida el valor de sus resultados de cara a los objetivos que se persiguen. Poner atención al bienestar del personal de salud en zonas de asentamiento de los pueblos indígenas no debe ser descuidado por las organizaciones representativas de estos pueblos ya que la calidad del servicio estatal de salud, mientras no sea conducido por los propios miembros del mismo pueblo, depende en buena medida de las condiciones logísticas y la situación personal de los servidores públicos.

²⁶ La Cartilla Básica, que se presenta en el inciso 6.5, deberá ir incorporando nuevos temas a medida que se sigan realizando aplicaciones del ASIS a nuevos Pueblos Indígenas Amazónicos. Es tan solo una guía para facilitadores, de ninguna manera un cuestionario. Orienta sobre los diferentes temas y subtemas y sugiere algunas prácticas para abordarlos con cierto éxito en el operativo rápido de una consulta.

²⁷ Cuantos más miembros del grupo se involucren en la presentación (sea cuál fuere su quehacer) mayor espíritu de equipo se va a generar, algo que es muy importante para los objetivos del tercer día donde se reta a cada grupo a proponer soluciones a la problemática a su cargo.

Motivación de cierre:

Se supone que la experiencia ha sido agotadora; interesa entonces reconfortar, felicitar, recordar que se ha avanzado ya en lo más difícil y que resta culminar con un último esfuerzo antes de regresar a los hogares.

6.3.3.5 Trabajo del equipo de consulta:

- Evaluación del desarrollo de la sesión y del cumplimiento de los diferentes roles; disposición de medidas correctivas en su caso.
- Recuperación y ordenamiento de los papelotes elaborados por cada grupo.
- Relectura colectiva de los papelotes y verificar su comprensión o solicitar el apoyo del grupo de trabajo responsable.
- Adjuntar notas, grabaciones, mapas o cualquier otro documento que haya surgido durante la sesión o que pueda ayudar a entender mejor sus productos.
- Preparar la estrategia del tercer día.

6.3.4 Tercer día: Conclusiones y propuestas

6.3.4.1 Objetivo

En torno al análisis del segundo día cada grupo debe plantear las propuestas integrales de solución incorporando las que se deben realizar desde la comunidad, organizaciones, gobierno regional y nivel central propiciar la co-gestión de los programas, proyectos y operativos de salud.

6.3.4.2 Los pasos más importantes son:

- **Motivación:** es el último día de consulta y se está a punto de coronar un trabajo que tiene mucho de histórico; se recuerda a los participantes el contenido del Convenio 169 que exige del Estado no sólo la consulta a los pueblos indígenas, sino su efectiva participación y cooperación en la formulación, conducción y control de los programas del Estado dirigidos a estos pueblos y el derecho a establecer sus propias prioridades; entonces se les reta a definir estas líneas del trabajo futuro; interesa recordar la nueva mirada de la salud cómo el resultado de un conjunto de factores por lo que la mirada es integral, que no se trata (o no sólo) de jeringas, hospitales, o medicamentos sino de bienestar físico y mental, individual y colectivo y que los responsables de la propia salud son ellos mismos con sus derechos (a exigir el mejor nivel posible de salud de parte de los servicios estatales) y obligaciones (a esforzarse en procurar para sí, para su familia, para su comunidad, para su pueblo y para la sociedad en su conjunto, una vida sana).
- **Mecánica de trabajo:** se trata de buscar soluciones, lo más elaboradas posibles, a cada uno de los problemas identificados así como propuestas para abordar cada una de las temáticas analizadas durante la consulta. Coherentemente con lo dicho en el punto anterior, se pide a los grupos que en cada tipo de iniciativa se especifiquen roles y responsabilidades al MINSA, a otros sectores públicos o instituciones privadas, a las organizaciones representativas, a las comunidades y, por supuesto, a las familias y los individuos.
- **Conformación de los grupos:** es la misma de la del segundo día.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

6.3.4.3 Trabajo de grupos:

- Cada grupo analiza el resumen explicativo de la problemática discutida durante el segundo día y debatir las posibles soluciones.
- Al final del debate de cada problema se describe en el papelote el problema concreto, y la iniciativa o iniciativas propuesta(s) como solución, y a ser posible, sus objetivos, actividades, resultados, plazo, lugar, quehaceres complementarios y responsables.
- Es importante que el grupo haga un análisis final de la coherencia de sus propuestas a fin de prever las interrogantes que puedan surgir durante el debate.

6.3.4.4 Plenaria:

- Descripción de las propuestas de cada grupo en base a los papelotes elaborados.
- Debate general, tema a tema, hasta llegar a consensos.
- Participación del personal del equipo de consulta para aportar información complementaria que pudiera aclarar los aspectos considerados en el debate.
- Inclusión (o exclusión) final de los nuevos aportes adicionales surgidos en la plenaria.
- Sistematización final que incluye un resumen de las principales propuestas.
- Firma de acta de la sesión plenaria por un representante del pueblo consultado autorizado por la Asamblea y por el responsable oficial de la consulta de parte del MINSA.

Motivación de cierre:

Es preferible que esta motivación se haga en el acto de clausura; las prisas de última hora pueden presionar para terminar la consulta a como dé lugar; sin embargo ese desconcierto final no le hace bien a la consulta que busca un nuevo tipo de relación oficial entre el Estado y los pueblos indígenas y que merece, por tanto, cierto nivel de formalidad; para evitar el apremio conviene organizar la salida al día siguiente de la consulta y procurar que haya una pausa entre el final del espacio dedicado a la consulta y el espacio dedicado a la clausura que permita, por un lado, que el equipo de consulta termine su tarea en calma y que los participantes regresen frescos al acto de clausura.

6.3.4.5 Trabajo del equipo de consulta:

- Recuperación y ordenamiento de los papelotes elaborados por cada grupo.
- Relectura colectiva de los papelotes y verificar su comprensión o solicitar el apoyo del grupo de trabajo responsable.
- Adjuntar notas, grabaciones, mapas o cualquier otro documento que haya surgido durante la sesión o que pueda ayudar a entender mejor sus productos.
- Asegurar que todos los productos están debidamente recolectados y en orden.
- Asegurar la organización de la clausura.
- Evaluación del desarrollo de la consulta y recomendaciones metodológicas.
- Preparación de los materiales y redacción de acta de entrega de los productos al personal responsable del MINSA.

6.3.4.6 Clausura:

En este acto se entrega al representante del MINSA un Memorial dirigido al Ministro del sector firmado por los representantes legitimados del pueblo consultado en el que se da cuenta de la realización del ASIS, la entrega de los resultados y una propuesta para la

coordinación posterior de los programas y actividades de salud que involucren o afecten al pueblo consultado²⁸.

6.3.5 Conformación y métodos del trabajo de grupos

El proceso participativo se estructura en base al trabajo de grupos y su posterior presentación en sesiones plenarias.

A diferencia de la plenaria, escenario más formal de consulta oficial de un Estado, los grupos de trabajo son un espacio de debate, de análisis, pero también de integración y de espontaneidad. Los grupos van a aportar los insumos que, tras pasar el filtro del consenso oficial de la plenaria y las necesarias correcciones de estilo, constituirán la base del ASIS de su pueblo.

Conformación. La conformación de los grupos difiere de acuerdo con los objetivos y en el punto anterior se han presentado algunos criterios para su conformación que no vamos a repetir. Pero como se dijo, el grupo puede ser homogéneo o heterogéneo.

Tamaño: un grupo de diez personas resulta más productivo que uno mayor y menos intimidatorio que uno menor.

Duración: Unas dos horas deben ser suficientes al menos para la fase de debate (la duración debe pactarse y, en lo posible, exigir el cumplimiento del pacto).

Responsabilidades: los grupos, en las ocasiones experimentadas, han contado con:

- Un facilitador bilingüe (técnico sanitario, dirigente, profesor),
- Un traductor (puede ser el mismo facilitador), ambos entrenados antes del taller,
- Un secretario y un moderador electos por el propio grupo.
- Presentador o presentadores: el grupo debe preparar su exposición en la plenaria y para ello es preferible contar con los aportes de varios miembros del grupo en distintos encargos ya que mejora la presentación y resulta positivo para la integración del grupo.

En cada grupo se integra también como facilitador un miembro del equipo de consulta para dar asistencia técnica (información) si es que se le solicita y para ayudar al facilitador indígena en casos especiales (si es que el grupo se entrapa, monopoliza, se relaja, se desvía, se torna excluyente con algunos, se disciplina o entra en conflicto). Sin embargo la función principal de este personal es dar seguimiento al debate y tomar nota de aquellos aspectos que el grupo ha planteado sin profundizar o que han surgido lateralmente durante la discusión y que, a su juicio, son importantes.

Estas notas pueden orientar la participación del equipo de consulta durante la plenaria de manera que se puedan confirmar intuiciones o aclarar algunas dudas; de esta manera las notas del equipo de consulta pueden incorporarse como información adicional para uso del equipo de análisis y redacción del ASIS.

Este rol de asistencia es muy delicado y lo ideal sería que fuera desempeñado por personal estable, experimentado o debidamente preparado al efecto. Si la apertura del interés hacia un saber ajeno es fingida, lo que ocurre a menudo pues no es fácil superar prejuicios culturales, las tentaciones del profesional de salud a monopolizar la discusión y conducirla por los senderos de su propia racionalidad pueden perjudicar los objetivos de la consulta hasta deformarlos por completo. El equipo de consulta debe contar con algunos miembros capaces de monitorear estas situaciones a fin de controlar excesos.

²⁸ En algunas ocasiones además del Memorial oficial, los participantes han creído conveniente adjuntar otros memoriales dando cuenta de alguna situación problemática con incidencia sobre la salud a fin de hacer valer los buenos oficios del Ministro del sector para impulsar iniciativas en otros sectores del gobierno central, regional o local.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Los facilitadores y el resto del personal del equipo de consulta dispondrán de un entrenamiento previo para manejar algunos métodos simples que, por lo general, son los que se utilizan en la cartilla anexa para el tratamiento de los diversos temas.

6.3.6 ¿Cómo funciona la PLENARIA?

La plenaria es el escenario de los consensos, un escenario más formal que el de los grupos por cuanto se trata de una asamblea que afronta una consulta oficial.

La plenaria es un espacio abierto pero orientado bajo pautas acordadas previamente. Permite que todos los participantes conozcan las diferentes situaciones que vive su pueblo, se enteren de las diferentes opiniones, intercambien puntos de vista y los comparen, aclaren interrogantes y lleguen a construir un nuevo conocimiento colectivo relativo a su situación de salud. La plenaria promueve la aprobación colectiva de los aportes grupales de manera que los resultados se complementen y se integren en un documento único.

El aval de la asamblea plenaria da carácter oficial a los resultados de la consulta y muy especialmente a las propuestas que después se elevarán ante los organismos competentes del Estado.

Conformación. La plenaria integra a todos los participantes de la consulta.

Duración: De acuerdo con la cantidad de grupos que expondrán se deberá regular el tiempo de las exposiciones, el debate, las réplicas y los consensos a fin de que no supere una duración máxima de tres horas.

Responsabilidades: La plenaria cuenta con una mesa directiva con un presidente – moderador, secretario y el personal de apoyo a que acostumbren las organizaciones (disciplina, vocales, etc.).

El secretario de actas deberá contar con el auxilio necesario para poder realizar su trabajo durante la reunión. Si los participantes lo autorizan, el uso de una grabadora de audio o de audio y video pueden ser de gran ayuda.

Los facilitadores (del MINSA y de las organizaciones) y los traductores conservan en la plenaria las funciones de impulsar y facilitar las condiciones para un debate serio, productivo y democrático.

Puede ayudar la colaboración de presentador(es) – dinamizadores capaces de aliviar el cansancio y levantar el ánimo a los participantes.

El equipo de consulta deberá designar cada día a alguno(s) de sus miembro(s) para realizar y presentar públicamente la síntesis final de la plenaria.

6.3.6.1 Recomendaciones metodológicas generales para la consulta

Añadimos algunas recomendaciones de carácter general:

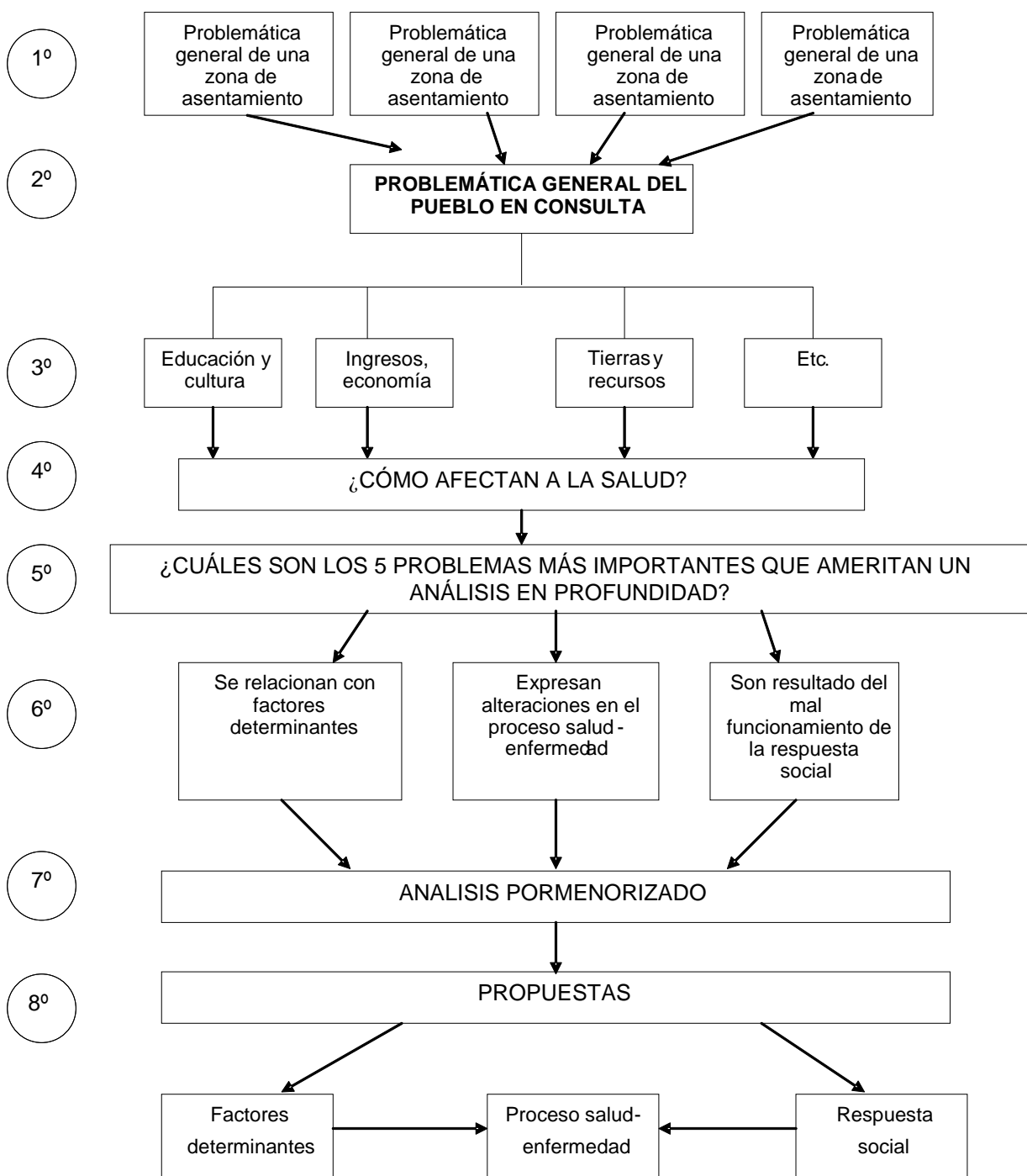
- a) La base metodológica del taller es la interculturalidad que, como es lógico, obliga a que su idioma oficial sea el propio idioma del pueblo consultado (en todas sus etapas) y que la traducción se convierta en un elemento esencial de la comunicación. No es necesario poner de relieve la importancia de la selección y preparación de los traductores.
- b) Es muy importante que las organizaciones tengan claro que la consulta no es un espacio reivindicativo sino un espacio para la construcción y para la concertación, es más una oportunidad de análisis que una oportunidad de denuncia.
- c) Del mismo modo es importante que los profesionales del sector entiendan que no se trata de un curso sino de una consulta donde ellos no son los consultados ni los protagonistas, que nadie les llamó a la consulta para enseñar sino para escuchar y participar en un proceso que puede ser de gran utilidad para mejorar su trabajo como servidor público y donde los que conocen son los propios consultados. La actitud debe

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

ser de atención y no una actitud correctiva que de mayor valor a las opiniones técnicas, o supuestamente científicas.

- d) Las actitudes defensivas son parte del proceso cuando el contraste de opiniones se produce como una innovación en un escenario donde no existe la costumbre previa de dialogar; el personal de salud debe tratar de entender posibles críticas como un reto profesional y como una invitación a un futuro dialogo sistemático.
- e) El principio básico es: toda opinión es valiosa incluso (y en ocasiones, sobre todo) si no expresa coincidencia como una opinión técnica. Al respecto conviene resaltar los “NUNCA” de los procesos participativos tal y como son enunciados por Quintana y Herrera (IES, Lima 2003):
 - Nunca censurar a los participantes
 - Nunca dar sermones a raíz de una pregunta, por más que parezca equivocada
 - Nunca interrumpir a la persona con preguntas cuando empieza a expresarse
 - Nunca poner como ejemplo de algo incorrecto una opinión o una respuesta de un participante.

6.3.7 Diagrama del Proceso del ASIS del Pueblo indígena en la Consulta



Fuente: Análisis de situación y tendencias de salud del pueblo Matsigenka. MINSA -: Dirección General de Epidemiología. Perú, 2006.

6.4 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN EL TALLER DE CONSULTA

6.4.1 Lluvia de ideas:

Es un método muy práctico para generar la participación. Su utilidad principal es en el trabajo de grupo del primer día que busca identificar problemas. También puede servir como impulso inicial de cualquiera de los debates del resto del programa del trabajo grupal.

Tiene como propósito hacer surgir un buen número de ideas con gran rapidez y espontaneidad y sin mucha preocupación por el detalle.

La "lluvia" se provoca a partir de una pregunta general muy clara. A continuación se piden aportes por un tiempo limitado (quince minutos es bastante). Las ideas son espontáneas pero deben, eso sí, ser explicadas por quien hace el aporte.

Si la población consultada posee facilidades para leer y escribir (o si en su caso existe un buen facilitador - traductor capaz de expresar por escrito las ideas ajenas) se pueden usar tarjetas que luego pueden ser muy útiles a la hora de clasificar las ideas. En otro caso, un listado puede servir.

Cuando las ideas están a la vista del grupo se puede trabajar con ellas, seleccionando, realzando, analizando, etc.

Cuando se pretende ordenar los problemas que surgieron espontáneamente, el mejor sistema complementario a partir de la presentación de las ideas generadas por la "lluvia" es el de puntuación (por ejemplo, de uno a cinco, siendo la más alta el cinco) para identificar el problema más grave. La suma de las opciones individuales identifica el ordenamiento o jerarquización colectiva. Si todos pueden leer y escribir, las puntuaciones pueden hacerse en secreto tras un periodo de reflexión individual y en tarjetas. Aunque el consenso suele ser una práctica más frecuente que la votación entre comuneros indígenas, es importante provocar a que todos se involucren y no dejarse llevar por el facilismo de la unanimidad.

6.4.2 Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

El análisis FODA es un método clásico de análisis situacional cuya mayor utilidad es la proveer un marco bastante completo de una coyuntura o un problema determinado que puede ser comparado en el tiempo y también con otros escenarios que comparten algunas características comunes y difieren en alguna variable cuya incidencia interesa evaluar (por ejemplo: grupos de mestizos de una misma región de asentamiento que el pueblo indígena consultado, dos colectivos del mismo pueblo en diferentes regiones de asentamiento, dos comunidades con un entorno diferente o afectados por variables distintas).

El análisis FODA puede ser utilizado en muchos momentos del taller de consulta. Es muy flexible y facilita la participación de muchas personas concentradas en una acción conjunta de análisis de un contexto que todos conocen bien. Al jugar con aspectos positivos y negativos del análisis FODA se superan dificultades de otros métodos de diagnóstico, principalmente aquellos concentrados en la problemática.

El limitarse a identificar problemas puede ser deprimente y ofender la autoestima, conduciendo el resto de la consulta hacia la auto compasión. El FODA evita ese riesgo al proponer una entrada múltiple a la problemática:

- Fortalezas: aquello que funciona bien, lo que produce orgullo o satisfacción y que es propio de cada pueblo.
- Debilidades: lo que no funciona, lo que sale mal, lo que no sabemos, lo que nos mortifica, lo que nos enferma y que es propio de cada pueblo.
- Oportunidades: las ventajas del entorno, las ideas que se manejan para salvar las debilidades o aprovechar las ventajas, lo favorable del entorno.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Amenazas: son situaciones negativas que vienen de fuera y que limitan el cambio de la situación problemática.

El FODA se ha utilizado en los talleres de consulta en muchos momentos y resulta aprovechable de muchas maneras, como las siguientes:

- ✓ Para caracterizar una situación problemática sobre la base de variantes socio-espaciales en cuyo caso las comparaciones de los diferentes FODAS pueden revelar importantes características de los distintos estados de la situación de salud. Por ejemplo, en la identificación de problemas del primer día de trabajo de grupo la búsqueda de problemas puede organizarse de acuerdo a criterios socio-espaciales como: poblaciones del río alto, medio o bajo, comunidades ribereñas o interfluviales, cercanas a megaproyectos o carreteras y aisladas, etc. El FODA de cada situación socio-espacial permite expresar claramente diferencias, tanto en los datos objetivos como en las actitudes.
- ✓ El FODA se puede usar (también en el trabajo del primer día) previamente a la identificación de los principales problemas: el FODA del pueblo consultado de acuerdo a la visión del grupo puede ser un valioso marco general de análisis para ubicar luego una problemática determinada.
- ✓ Sin embargo, el uso que más se recomienda es en los análisis en profundidad del segundo día del trabajo de grupos. Algunas temáticas pueden servirse con mucho provecho del FODA (o de sus principios lógicos) para ordenar su exploración. Temas como el análisis de la oferta de salud estatal o la evaluación de la situación del propio sistema de salud indígena, así como todos los aspectos referidos a factores determinantes de la salud (territorio y recursos, economía, cambios, familia, educación y cultura, etc.) son temas a cuyo análisis el FODA se amolda a la perfección.
- ✓ Por último, el día de las propuestas (tercer día del trabajo de grupos) el grupo puede impulsar su exploración a partir del FODA del problema o la temática sobre la que van a recaer sus propuestas.

6.4.3 Instrumentos de información geográfica?

Los croquis y mapas resultan de mucha utilidad para el análisis. Además, se ajusta a la concepción territorial de la vida cotidiana de los pueblos indígenas; por otro lado, es sorprendente la capacidad de ubicación y percepción geográfica que han demostrado los participantes a los talleres de consulta.

Las representaciones geográficas son utilizables siempre que se trate de analizar información distribuida espacialmente, temas de análisis que tengan una dimensión geográfica donde ubicar hechos, procesos, indicadores, etc.

6.4.3.1 Los croquis Son representaciones visuales del entorno geográfico de acuerdo a la perspectiva de los mismos participantes. Son menos exactos que los mapas y su escala y orientación pueden ser confusas. Pero suelen revelar los aspectos geográficos que son importantes para los participantes e informan acerca de muchas de las pautas de organización del espacio.

El croquis puede ser utilizado tanto para graficar un espacio global (por ejemplo, el territorio del pueblo completo y sus diversos asentamientos) o un microespacio (la distribución de una chacra o la estructura geográfica de los asentamientos en una comunidad). Puede ubicar datos (zonas de caza, amenazas territoriales) o explicar dinámicas (por ejemplo, movilidad grupal, historia de la actual distribución espacial, cambios temporales en indicadores determinados).

Dado que los croquis van a ser un aporte para el análisis posterior, lo preferible es trabajar sobre papelote a lápiz carbón primero y luego, cuando exista consenso, a plumón o con plumones de colores. Si se aplican otras modalidades (trabajar sobre el suelo, por ejemplo) es importante poder luego trasladar a papelote el resultado.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Pueda ser que necesitemos el croquis en diversas ocasiones o que debamos mantenerlo permanentemente a la vista como referencia o para ir incluyendo información de interés que pueda surgir durante los tres días de trabajo. En ese caso hay que cuidar que el croquis no se sobrecargue de información y resulte confuso. Para evitarlo se pueden utilizar micas transparentes que se superponen al croquis básico y pueden aplicarse para la representación de la distribución geográfica de una nueva dimensión del análisis, mediante plumón de agua o perenne (de acuerdo al uso requerido, provisional o definitivo).

6.4.3.2 Los Mapas: También es posible utilizar para estos fines algún tipo de mapa básico. **Los mapas** son representaciones gráficas a escala y con la precisión necesaria para poder ubicar luego en mesa los diversos indicadores, procesos, hechos, etc. Las modernas técnicas cartográficas (SIG) permiten obtener mapas adecuados a las necesidades concretas y con la precisión y detalle que se desee. Si bien es recomendable contar con un mapa detallado del ámbito territorial del asentamiento del pueblo consultado para que pueda ser usado como referente permanente en cada grupo, lo ideal es conseguir algunos mapas con la estructura informativa básica (sistema hidrográfico sin nominar, cabezas de municipio o grandes centros poblados, etc.) manteniendo el resto en blanco. Con este mapa base y el sistema de micas superpuesta se pueden lograr muchos niveles de información con la ventaja de que, más tarde, podrían vaciarse al sistema SIG.

Se trata de un método que suscita mucho interés y participación entre comuneros indígenas. Durante las consultas se ha utilizado mayormente en:

- ✓ La ubicación general de las comunidades y su problemática en el primer día de trabajo.
- ✓ El análisis del territorio y de sus amenazas actuales.
- ✓ La explicación geográfica de determinada problemática (como el impacto petrolero).
- ✓ El análisis de la organización de los servicios estatales y las propuestas de reorganización.
- ✓ El estudio de los movimientos poblacionales: las rutas de las expediciones anuales en busca de recursos, los procesos migratorios estacionales o periódicos, los procesos migratorios históricos, etc.

Es importante contar, en cualquier caso, con un buen mapa como material auxiliar en todo el proceso de consulta.

Los papelotes, mapas, micas o tarjetas en las que se haya graficado la distribución geográfica de diferentes indicadores deben recopilarse cuidadosamente para que el equipo de análisis pueda integrar toda esa información y utilizarla, si conviene, en el ASIS final.

6.4.4 Métodos cronológicos

Tal vez los métodos más recurrentes en la consulta son aquellos que están basados en el transcurrir del tiempo como factor de cambio. El hecho de que los pueblos indígenas (con ciclos históricos relativamente estables y con dinámicas temporales bajo control) estén actualmente afectados de manera importante por una dinámica de cambios dramáticos incontrolables, muchos de ellos visibles en una generación, convierten el transcurrir del tiempo en un método muy valioso de análisis para muy diferentes usos.

Aunque se ha utilizado el “antes – ahora” casi en cada una de las entradas del análisis, también se han aplicado algunos otros métodos cronológicos para determinados análisis a los que se acomodan de manera apropiada estas metodologías de la temporalidad.

Al respecto; del “antes – ahora” es muy importante precisar si el antes es un tiempo conocido directamente, distinguido por versiones directas, por versiones indirectas ubicables, o bien ubicadas en los tiempos históricos de un pasado remoto o en los tiempos míticos. Muchas

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

veces va a interesar precisar exactamente la ubicación cronológica del “ayer” (por ejemplo, el proceso de colonización, los impactos de una actividad extractiva, la pérdida de la pesca, la aparición de ciertas enfermedades, etc.); en otras (cuando se trate de evaluar anhelos, aflorar valores colectivos, etc.) lo interesante puede ser liberar de precisiones al tiempo para que afloren los sentimientos comparativos, la autoestima e identificación colectiva con lo propio, la evaluación cultural de los cambios y su peso real sobre la salud física y mental, etc.

Algunos usos de métodos cronológicos durante las consultas son los siguientes:

6.4.4.1 Series cronológicas:

Se han utilizado para describir la evolución de una determinada problemática (por ejemplo, el abastecimiento de alimentos, los cambios en el estado de los recursos naturales, la progresión de las invasiones territoriales, historia de la nuclearización de los asentamientos, etc.).

Por lo general se analiza en base a columnas que precisan tiempos históricos reconocibles para los participantes. Pueden ser periodos gruesos o más finos, de acuerdo a la dinámica de los cambios (hace 5 años, 10, 30, etc.). Es importante situar una columna para el hoy y si se quiere tener una idea de las expectativas de un determinado asunto (esperanzadoras o amenazantes), se recomienda dejar también una columna para el futuro que se vislumbra. Cuando esta última técnica se utiliza para fines analíticos se suele denominar estudio de tendencias. También se puede usar la columna del futuro con fines proyectivos para visualizar los anhelos de los participantes.

A veces la magnitud de los cambios pueden expresarse visualmente a través de piedras o semillas que muestran percepciones comparativas de la incidencia de determinados cambios (evolución de la provisión de animales de caza en diferentes épocas, por ejemplo). Aunque son métodos que no sirven para verificar datos exactos, sirven para expresar percepciones comparativas de consenso. Ha resultado un método positivo y motivador en las ocasiones en que las características de la variable que se mide fueron bien definidas.

Las series cronológicas comparadas en paralelo (es decir desarrolladas sobre variables diferentes entre las que se sospecha una correlación) pueden ser excelentes medios de análisis (por ejemplo: evolución temporal de los brotes de enfermedades transmisibles en relación con afluencia de colonos o aparición de megaproyectos como vías o carreteras).

6.4.4.2. Percepción del “cambio histórico”:

En este caso se trata de aplicar la metodología temporal sin precisiones de fechas. Es un simple análisis comparativo entre una situación bajo control cultural (antes de producirse los procesos de integración, invasión, aculturación, etc.) y la actual situación. Se ha empleado para comparar actitudes (por ejemplo, qué cualidades del hombre gustaban a las mujeres de “antes” y cuáles a las de “ahora”); para estimar percepciones referidas a las pérdidas o ganancias culturales tras determinados cambios (antes de la escuela y después, costumbres higiénicas de los mayores y las actuales, o la chacra de la abuela versus nuestra chacra); para identificar cambios de importancia explicativa por su incidencia en la salud (cambios en el modelo de familia, o de vivienda o de tipo de asentamiento); para analizar la evolución de las instituciones (por ejemplo, los sistemas de salud tradicionales, sus recursos, sus terapias, sus agentes, etc.).

Además de expresar el cambio, estos métodos expresan las actitudes frente a los cambios o el nivel de identificación con el patrimonio cultural y la autoestima colectiva. No obstante, existe el riesgo de que se desarrolle una mirada hacia la nostalgia que puede ser engañosa y deprimente.

Los facilitadores deben estar atentos a que el debate camine por sendas constructivas, provocando paralelamente una revisión de los cambios en positivo para evaluar con objetividad pérdidas y ganancias. Si se profundiza el debate sobre las causas y efectos de

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

los cambios este método permite al grupo valorar lo propio, ubicar los errores históricos, identificar las nuevas oportunidades y construir una nueva mirada crítica e intercultural de su realidad actual.

Una variante de este método consiste en concentrar la mirada del grupo en *el cambio más significativo* en cualquiera de los temas estudiados. Este cambio puede referirse a una variable determinada y también a un período específico (por ejemplo: el cambio más significativo respecto a la alimentación o el cambio más significativo que introdujo la escuela). La discusión acerca de cuál sea el más significativo entre los diversos posibles cambios que proponen los miembros del grupo y el debate de su jerarquización pueden aportar mucha información adicional.

6.4.4.3 Calendarios:

Los calendarios son muy útiles para el análisis de determinados temas como el estudio de la nutrición o del quehacer familiar, el desarrollo estacional de las siembras, la disposición o escasez estacional de determinados alimentos y las migraciones o la distribución espacio-temporal adaptativa.

También se pueden usar para ubicar sucesos de morbilidad estacional, brotes epidémicos y otros acontecimientos cuya temporalidad sea determinante.

La secuencia mensual suele ser la más práctica. El calendario puede ser circular u horizontal. Puede responder a criterios temporales propios de pueblo en consulta (sus estaciones) con su correspondencia con el calendario universal.

Los objetivos del uso de calendarios es variado: ya sea el análisis del comportamiento anual de alguna variable con propósitos descriptivos o el análisis de la relación entre el comportamiento estacional de dos o más varias variables cuya conexión ha sido identificada. El calendario puede hacer evidentes, situaciones que reclaman atención en determinadas fechas, dificultades que son recurrentes (por ejemplo: un tipo de enfermedad que se aparece con relación a los niveles de crecida en los ríos; la relación entre hambrunas y periodos climáticos; migraciones temporales y problemas de salud, etc.).

Muchos pueblos han trabajado sus propios calendarios. Si se pueden obtener previamente y, con el apoyo de conocedores, correlacionarlos con el calendario universal, pueden ser de gran utilidad para diversos fines.

6.4.4.4 Memoria viva: la consulta a los mayores:

Muchas veces no es fácil identificar o precisar cambios cuando la perspectiva es de muy largo plazo. Puede entonces establecerse un escrito de los interrogantes que más preocupan a los miembros del grupo y distribuirse el grupo (por ejemplo por parejas) con el fin de interrogar a ancianos(as) conocedores para luego compartir la información.

Si bien éste es un método muy válido para analizar variables con desarrollo cronológico de largo plazo también se puede utilizar en muchos otros casos donde es importante la memoria histórica (cosmovisión, por ejemplo).

Además, puede emplearse como dinámica grupal relajante y sirve para ubicar a los consultados como consultores fortaleciendo la visión de la consulta como una construcción colectiva. El método tiene, obviamente, beneficios adicionales para la autoestima de quienes son buscados como conocedores del saber local.

Se ha utilizado mucho como método para recabar la información de agentes especializados de la medicina tradicional.

6.4.4.5 Rutinas

Son útiles para describir hábitos en un contexto usual durante un periodo determinado de tiempo (una semana, un día). Pueden documentar ya sea procesos (el trabajo de la chacra o la excursión de pesca) o un quehacer específico.

Durante los talleres puede utilizarse para describir el tiempo dedicado diariamente a la alimentación, las dedicaciones diarias de la mujer, el hombre, la niña o el niño escolar, la descripción de algunos procesos que puedan tener correlación con determinadas enfermedades (por ejemplo, trabajos de la chacra y dolores articulares), etc.

Una variante utilizada con frecuencia ha sido la de recordar algunas rutinas específicas de los días previos a la consulta, por ejemplo los menús caseros.

6.4.4.6. Censos comparativos:

Cuando se cuenta con información censal confiable, los gráficos comparativos entre dos periodos pueden ser muy estimulantes como introducción a un análisis de los cambios. Por lo general es una información con la que no cuentan los pueblos indígenas y les puede resultar muy reveladora. La comparación en el tiempo de las pirámides de edad o sexo, el índice de masculinidad, la evolución de datos como la fecundidad o la natalidad, sus características, sus altibajos, son expresivas de procesos sobre cuya reflexión pueden surgir explicaciones o revelaciones de aspectos ocultos para los propios interesados.

Aclaremos: no nos estamos refiriendo a los datos estadísticos que, como información adicional a la consulta, deberá recopilarse para el análisis posterior previo a la presentación del ASIS sino al uso de la información estadística oficial como método para impulsar un análisis cronológico participativo. Se trata de información estructurada bajo criterios ajenos pero que puede ser reveladora de aspectos que han estado ocultos al grupo o que provocan una explicación colectiva.

6.4.5 Relaciones causa – efecto

Las explicaciones causa – efecto son uno de los ejes de la consulta. En el primer día del trabajo grupal (identificación de la problemática) se realiza análisis causa – efecto en varios momentos: i) para relacionar la problemática general con sus causas y sus efectos; y ii) una vez seleccionados los 5 problemas más gravitantes, para vincularlos en una relación causa – efecto con el estado de salud.

Además esta relación puede requerirse para el análisis de múltiples aspectos problemáticos que aparezcan en el análisis que el grupo de trabajo va a realizar durante el segundo día.

El método más utilizado ha sido el más simple por razones de apremio: el cuadro de doble entrada donde se atribuyen al problema sus causas y sus efectos. Es un método por lo demás comprensible y manejable casi en cualquier situación.

Sin embargo, se trata de un método muy poco fértil y que no aporta vinculaciones o relaciones significativas. Cuando se ha dispuesto de tiempo se han aplicado los métodos habituales utilizados para estos fines, esto es, el árbol de los problemas y los flujos de causa y efecto.

6.4.5.1 Modelo de matriz causa – efecto simple

MATRIZ CAUSA – EFECTO

Problema	Causas	Efectos	Impactos en la salud

Modelos de matrices simples para ordenar propuestas

a)

Problema	Qué hacemos como personas	Qué hacemos como familia	Qué hacemos como comunidad	Qué hacemos como organización	Qué debemos solicitar y/o exigir al MINSA	Qué debemos solicitar y/o exigir a otras dependencias del Estado	Qué aportes pueden dar otros actores presentes en la zona

b)

Objetivo	Actividades	Resultado	Cuándo	Dónde	Qué hacer	Quién

6.4.5.2 Árbol de los problemas:

La metodología se inicia de manera diferente de acuerdo a los objetivos que se persigan.

Si partimos de una “lluvia de problemas” (como es el caso del primer trabajo del primer día) el árbol se construye alrededor del problema que se considera más gravitante (aunque pueda ser que al terminar el trabajo se compruebe la necesidad de plantear otro problema como el problema central).

Si ya hemos priorizado los problemas y entramos a su análisis es claro que cada uno de los 5 problemas seleccionados requerirá de su propio árbol analítico.

Cuando nos planteamos no solo un problema sino toda una temática (por ejemplo, “situación de la mujer” o “evaluación de la oferta estatal”) puede que nos interese aplicar este método al análisis causa – efecto de alguno de los aspectos problemáticos que surjan durante el estudio de esa temática.

En todos los casos, el método parte de un problema central (el tronco) y de una investigación participativa de sus causas principales (raíces principales); a estas causas hay que buscarle a su vez sus propias causas (raíces secundarias) hasta donde soporte el análisis. Si las condiciones de los participantes lo permiten, el uso de tarjetas posibilita modificar posiciones de acuerdo al progreso de la discusión. Terminadas las causas, se procede de la misma manera con los efectos, principales (ramas principales) o secundarios (ramas secundarias del árbol).

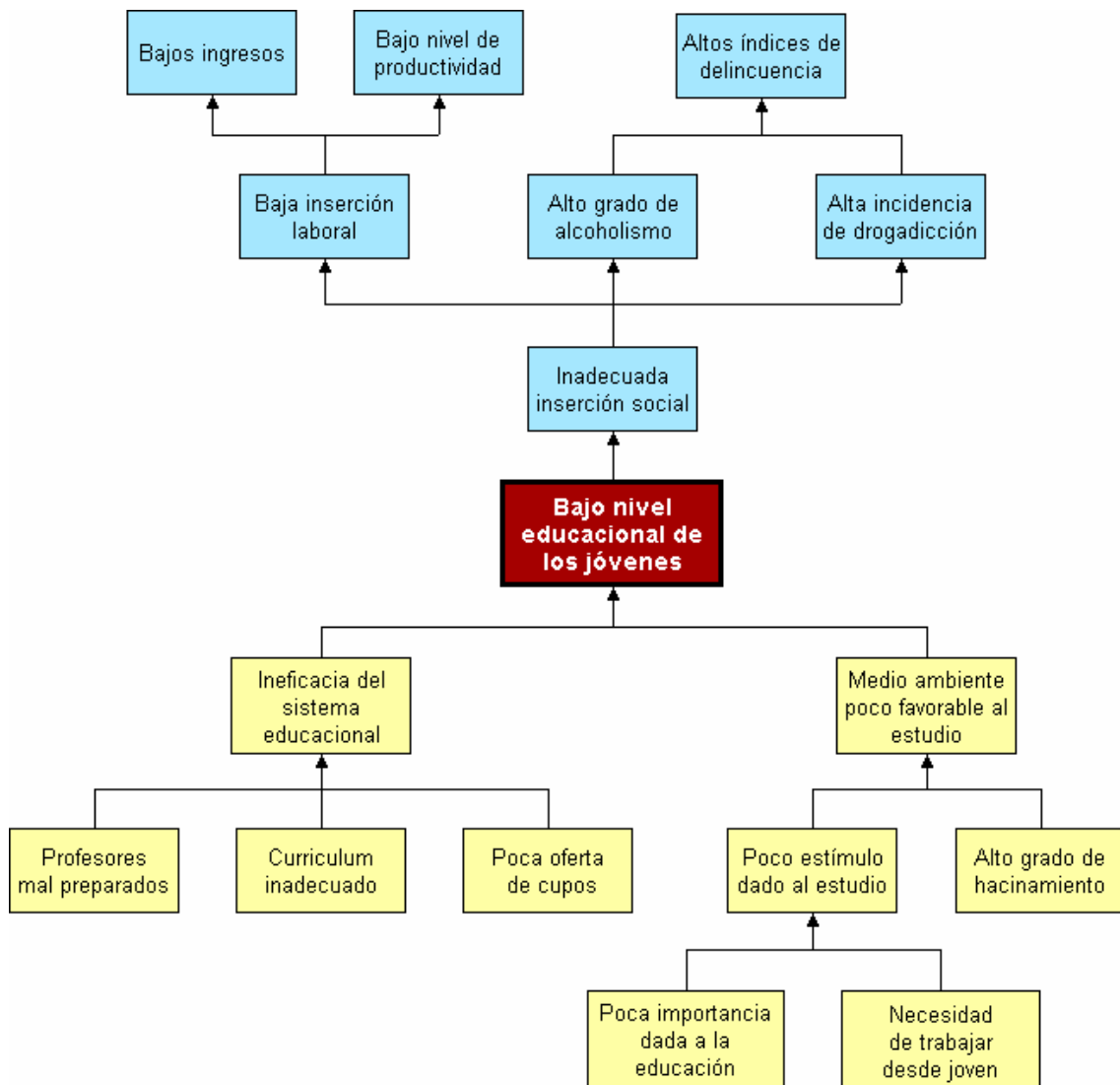
Si bien es un método bastante útil, no siempre se amolda a la lógica del pensamiento indígena y cuando no se domina la técnica puede llegar a generar confusión. Conviene

DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"

conversar con los miembros indígenas del Equipo de Consulta para recibir opiniones acerca de las posibilidades de aplicación de un método como este.

Cuando la técnica se maneja adecuadamente, el árbol de problemas nos puede servir también para el trabajo de propuestas del tercer día convertido en árbol de objetivos con sus raíces (los fines) y sus ramas (medios).

PROYECTO EDUCACION JUVENIL²⁹



²⁹ Tomado de: <http://www.unipiloto.edu.co/resources/files/17082011102922716.pdf>

6.4.5.3. Diagramas de flujo causa – efecto:

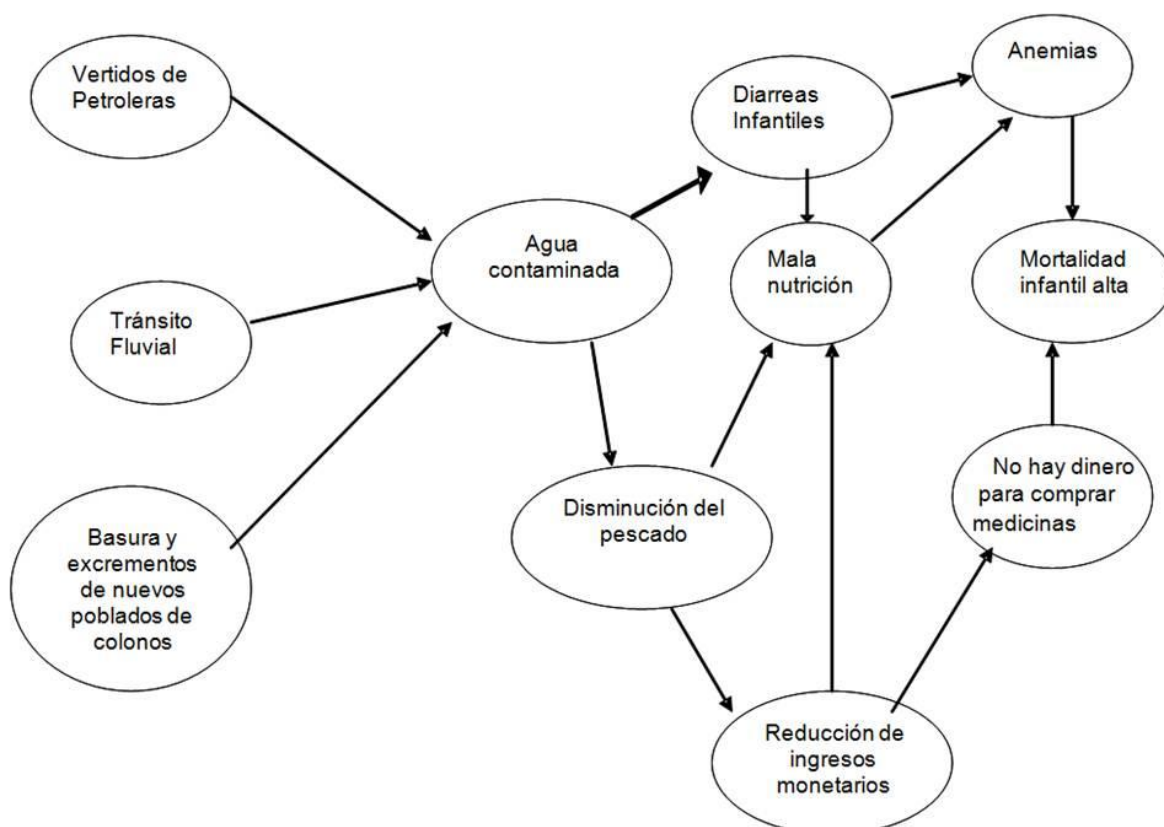
No son sino una versión más libre y menos esquemática del mismo método.

Es de más fácil aplicación que el árbol del problema y, por lo general, en su aplicación en las consultas a pueblos indígenas ha resultado ser más flexible, más productivo y mucho más accesible. Aunque se puede usar para analizar las relaciones causa – efecto de cualquier problema, conviene utilizarlo para conocer los impactos de determinados cambios.

El análisis puede ser trabajado sobre el suelo, la pizarra o papelotes. Se parte de un problema (escasez de alimentos, por ejemplo) o de un cambio significativo para la salud y se le van vinculando sus efectos y efectos de sus efectos. Se puede graficar con círculos vinculados por flechitas (siempre que ese sea un lenguaje gráfico entendible para los participantes) y también se pueden incluir dibujos significativos que los participantes propongan.

Es un método que ha funcionado bien. Si existe un problema muy gravitante (por ejemplo, la entrada imprevista de una empresa extractora de hidrocarburos) se puede pedir a todos los grupos que hagan su propio análisis de flujo causa – efecto para ese cambio. El contraste final de todos los análisis puede proporcionar una visión muy completa de la problemática y de la perspectiva con la que la vive la población.

EJEMPLO DE DIAGRAMA DE FLUJO CAUSA - EFECTO



DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

6.4.6. Recapitulación

La posibilidad de opciones metodológicas es muy amplia, como ha podido verse³⁰. La iniciativa y destrezas del personal a cargo de las consultas y la continuada experiencia de la aplicación del ASIS – PIA irá proporcionando, con seguridad, nuevas ideas cada vez mejor adaptadas a la realidad que se consulta.

Lo que importa es el convencimiento de que ningún método es bueno si los consultados no lo consideran útil, serio, accesible, democrático o claro. Y para cerciorarse de ello lo mejor es contar con la opinión previa de parte. Por eso se recomendó al comienzo una convocatoria del Equipo de Consulta ensayar, adaptar o afinar la metodología disponible o crear una metodología ad hoc.

³⁰ Existen algunos textos de interés que pueden ser de mucha utilidad. “La comunidad en acción. Herramientas para el diagnóstico participativo en salud” IES, Lima 2003, ha inspirado algunas reflexiones de esta guía; Un texto de Geilfus, F. “80 herramientas para el desarrollo participativo”, IICA-GTZ, San Salvador. 1997 desarrolla muchas de las técnicas aquí enunciadas; la OPS y la OMS tienen una gran cantidad de textos con diagnósticos referidos a pueblos indígenas donde se da cuenta de una copiosa bibliografía sobre temas metodológicos (<http://www.paho.org>), además de textos específicos como: “Hacia un abordaje integral de la salud: pautas para la investigación con pueblos indígenas”.

6.5 CARTILLA PARA REALIZAR EL ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS AMAZÓNICOS EN EL MARCO DE LA CONSULTA

6.5.1 Introducción

La presente guía no es un cuestionario sino una sugerencia y una invitación a la creatividad.

Se han desarrollado 10 conjuntos temáticos para poder trabajar hasta con 10 grupos si es que esto llegara a ser necesario o posible. Con un número reducido de participantes algunos de estos temas se pueden agrupar. A veces, si el número de participantes es grande, se puede dedicar más de un grupo, al análisis de algún tema importante para cruzar los resultados después. Esa misma posibilidad de contraste puede practicarse estableciendo subgrupos al interior de un mismo grupo.

Se trata de una guía para facilitar el debate de los grupos el segundo día del Taller de Consulta que corresponde al análisis en profundidad de los temas y problemas seleccionados en el primer día.

No se trata de desarrollar forzosamente todos los puntos sugeridos. De hecho no sería posible profundizar todas las entradas que se proponen. Por lo general, el tiempo disponible permite debatir en profundidad tan sólo algunos de los subtemas, por lo que conviene que el Equipo de Consulta conozca la guía y prepare una estrategia de debate que permita al grupo identificar y analizar los puntos de mayor interés y la información más pertinente. La lectura de la Guía previamente, con algún conocedor del propio pueblo consultado puede facilitar ese objetivo.

La cartilla tiene la estructura propia del ASIS. Es decir:

- Análisis de los factores determinantes
- Proceso salud - enfermedad
- Respuesta social

Cada sección está a su vez dividida en áreas temáticas de acuerdo con los puntos de discusión que han ido surgiendo con mayor frecuencia durante los procesos de aplicación de la consulta.

6.5.2 Análisis de los factores determinantes

Son aquellas situaciones del entorno económico, social, cultural, político o medioambiental que influyeron, están influyendo o pueden influir en breve sobre la morbi mortalidad de la población de un determinado pueblo indígena.

Presentamos cuatro ejemplos de temáticas relacionadas con la salud que suelen aparecer reiteradamente en los talleres.

Grupo 1	Territorio, recursos naturales y medio ambiente.
Grupo 2	Alimentación, nutrición, producción y acceso a los recursos alimenticios.
Grupo 3	Economía integrada al mercado, oportunidades, pobreza y calidad de vida.
Grupo 4	Sociedad y cultura: cambios y permanencias.

6.5.2.1 Grupo 1: Problemas del territorio, los recursos y el medio ambiente

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

El territorio es la principal reivindicación de los pueblos indígenas cuando se trata de priorizar los factores que garantizan y determinan el bienestar y la salud de su población.

El territorio es el hábitat de asentamiento y desplazamiento tradicional de un pueblo indígena, sobre el que han desarrollado una cultura milenaria, con el que se identifican colectivamente y al que le unen estrechos vínculos espirituales. Para un pueblo indígena el territorio es además la fuente imprescindible de los recursos que proveen a su salud física y mental. Es el mercado de donde comen, la fábrica donde producen sus utensilios, la universidad en que se educan, crean y experimentan; la farmacia que les abastece de remedios, el espacio para conectarse con sus dioses y sus ancestros, el estadio donde se fortalecen y encuentran su esparcimiento, la biblioteca de su historia, su ciencia y su conocimiento.

El territorio es un espacio integral donde los seres dependen unos de otros para reproducirse y donde la naturaleza genera, mediante el conocimiento del hombre, los recursos útiles para la vida sana. El territorio es el entorno saludable para el hombre y la naturaleza; de su conservación y uso apropiado depende la salud de su población.

El territorio está identificado con un determinado pueblo.

Los territorios comunales, que es la única modalidad territorial que hasta hoy reconoce la legislación peruana, son tan sólo enclaves del territorio integral, asentamientos locales que corresponden a ciertos grupos de familias de un pueblo. Cuando esos pedazos del territorio de un pueblo se desvinculan entre sí formando pequeñas islas territoriales, su capacidad para garantizar el bienestar del pueblo indígena se reduce y se dificulta la subsistencia del colectivo hasta límites muchas veces insostenibles.

En los últimos años los territorios de los pueblos indígenas han sido invadidos, desmembrados, deforestados y contaminados con muy poco provecho y un alto costo para el país. Para los pueblos indígenas el progreso de este irracional avance de la frontera de la depredación, deforestación, contaminación y cocalización de la Amazonía genera las más graves consecuencias para la salud física y mental colectiva.

a.1. Territorio tradicional / territorio legal

Territorio tradicional es el territorio que constituye el hábitat de un pueblo, el espacio al que han tenido acceso tradicionalmente y que han mantenido bajo control cultural. De acuerdo con la legislación ese es el territorio al que tienen derecho los pueblos indígenas. El territorio legal es el conjunto de títulos de propiedad con que un pueblo cuenta en la actualidad.

- Identificación en mapa del territorio actual del pueblo consultado (su ámbito de ocupación y control).
- Ubicación del territorio titulado (comunidades), de las áreas del territorio aún sin titular y de las áreas del territorio incluidas en el Sistema de Áreas Naturales Protegidas, principalmente
- Características de los títulos (tamaño, título de propiedad, documentación sustentatoria, etc.)
- Desplazamientos históricos, movilidad periódica de los asentamientos (motivos de los desplazamientos, antes y ahora), migración externa, si existe.
- Tipos de asentamiento (nucleados, dispersos) y una idea de su estabilidad en el tiempo.
- Selección y evaluación de los mejores lugares para los asentamientos (¿cuáles son criterios para elegir un lugar?)
- El rol de las epidemias y de la morbi – mortalidad en general, en los desplazamientos y en el tipo de asentamiento.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Razones principales para estabilizar y/o nuclear las comunidades (e indicación del tiempo de fundación y el tiempo que viene durando el actual asentamiento estable).
- Poblamiento: razones para el crecimiento de la población en centros poblados comunales, si fuera el caso.
- Ubicación de puntos de interés (comunidades, postas, centros urbanos, empresas, etc.)
- Posibilidad actual de efectuar desplazamientos territoriales en épocas de escasez.
- Las titulaciones comunales: ventajas e inconvenientes
- Evaluación del territorio: ¿adecuado, insuficiente?

a.2 Autonomía y protección

La Constitución peruana dice que las comunidades son autónomas en el uso del territorio. La autonomía es el derecho a regularse por normas propias y la obligación del resto de la ciudadanía a respetar esa regulación.

Por su parte, el Estado garantiza a los pueblos indígenas el pleno disfrute de sus derechos territoriales y ha calificado como delito agravado la usurpación de sus territorios.

La seguridad y el adecuado disfrute de los territorios indígenas dependen en buena medida del grado en que el resto de la ciudadanía respete la autonomía territorial de los pueblos y de la real protección que ofrezca el ordenamiento legal y las instituciones del Estado a ese derecho colectivo.

- Sistemas de control y regulación territorial (qué normas internas rigen y cómo se establecen)
- Autoridades y su nivel de legitimación y respeto
- Organización para la defensa territorial si existe
- Dificultades y restricciones de los organismos del Estado para que el pueblo y las comunidades indígenas logren los títulos sobre sus posesiones
- Cuáles son las ideas de los funcionarios acerca del derecho del pueblo y las comunidades indígenas a sus tierras (motivaciones, prejuicios, etc.)
- Apoyo del Estado en la protección, persecución y sanción de intrusiones o usurpación de tierras.
- Discriminación de los funcionarios del gobierno si existe y en qué hechos se concreta.

a.3 Amenazas

Son amenazas al territorio de un pueblo indígena todas aquellas políticas, normas, actos o procesos que afectan el pacífico disfrute de sus territorios y de los recursos que constituyen la base de su subsistencia.

Por ejemplo, se dice que la colonización es una amenaza por cuanto generalmente es invasora y progresiva. Es decir muy pocas veces se estabiliza en un sitio, ya que avanza a medida que va agotando la fertilidad de las tierras; de otro lado, muy pocas veces responde a un orden y una programación por lo que, habitualmente, invade descontrolada y violentamente los espacios de vida de los pueblos indígenas, introduce nuevas dinámicas sociales de alto riesgo y depreda intensamente los recursos disponibles en cortos espacios de tiempo.

Existen también amenazas internas. Principalmente el desconcierto de los jóvenes frente a su futuro que introduce un elemento de inseguridad respecto al antiguo respeto por el control comunal de los recursos. Las divisiones internas respecto a opciones que

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

privilegian el mercado o aquellas que priorizan la subsistencia suelen también generar problemas territoriales.

- Identificación de los mayores problemas y amenazas para el tranquilo disfrute de los territorios, impacto, gravedad del impacto, posibilidad de corrección del impacto, probabilidad de control, tendencia de la amenaza hacia el futuro.
 - Colonos
 - Empresas petroleras u otras
 - Megaproyectos
 - Ciudades o centros urbanos
 - Madereros
 - Cazadores
 - Mineros
 - Empresas turísticas
 - Otros
- Análisis específico de alguna de estas amenazas cuando su impacto es determinante³¹.
- Amenazas internas: problemas internos de las comunidades

a.4 Los recursos naturales que pueden modificar el estado de salud

De la misma manera que las sociedades urbanas dependen del mercado para satisfacer sus necesidades, en las sociedades indígenas el bienestar, la salud y la subsistencia están basados en el acceso, el buen estado y la abundante provisión de recursos naturales y, sobre todo, el conocimiento necesario para utilizarlos con una visión conservadora y respetuosa del aprovechamiento de las futuras generaciones.

En los últimos años, muchas sociedades indígenas han visto disminuir de manera acelerada su provisión de recursos con consecuencias dramáticas en su estado de salud. Estos cambios profundos han transcurrido muchas veces en el intervalo de una sola generación por lo que el impacto es sensible a los vivientes actuales de los pueblos afectados, convirtiéndose el análisis “antes – ahora” en una herramienta explicativa de muchos de los problemas de la salud de cada pueblo.

La reducción de los recursos, y el progresivo deterioro del conocimiento que los hace útiles, es determinante a la hora de evaluar las tendencias en el estado de salud. De otro lado, el cuestionamiento de un futuro sin recursos, o con recursos muy reducidos, provoca reflexiones de mucha importancia acerca de lo que un pueblo se plantea como Plan de Vida a mediano plazo.

- Ríos y recursos pesqueros: ayer, hoy y tendencias.
- Recursos del monte (recolección): ayer, hoy y tendencias:
- Agua: ayer, hoy y tendencias.
- Tierras de cultivo: ayer, hoy y tendencias.

³¹ En estos casos el árbol de problema a partir del impacto o el diagrama de flujo causa – efecto pueden ser técnicas apropiadas para el análisis.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Recursos para la vivienda, combustible, transporte y otros: ayer, hoy y tendencias.
- Caza, distinguiendo aves, animales grandes, animales chicos, etc.: ayer, hoy y tendencias.
- Control, manejo y regulación colectivos del acceso uso y conservación de los diferentes recursos, su funcionamiento y sus alteraciones.
- Ríos: altas, bajas, inundaciones.
- Lagos, lagunas y cochas: estado, grado de control.
- Principales problemas actuales que impactan sobre los recursos territoriales.
- Percepción de la incidencia de los cambios en el acceso y uso de los recursos naturales y las variaciones en el estado de salud.

a.5 Conocimientos sobre los recursos

Se acostumbra llamar recurso natural a cualquier elemento de la naturaleza, con vida o sin ella. Pero recurso propiamente es aquello que nos sirve para algo.

El conocimiento es el que da un valor especial a los elementos de la naturaleza convirtiéndolos en recursos.

El potencial que tiene una planta para convertirse en recurso es independiente del conocimiento humano. Pero su utilidad se revela al hombre mediante el conocimiento. Y cuanto más conocimiento colectivo se acumula, más potencialidades se revelan para convertir la naturaleza en una gran diversidad de recursos útiles.

Los pueblos indígenas han desarrollado un conocimiento singular de los recursos naturales de sus territorios, de tal manera que han podido satisfacer de manera adecuada sus necesidades sin necesidad de presionar los recursos, más allá de su capacidad de reproducción.

Las nuevas condiciones educativas están originando una ruptura en la transmisión de este patrimonio cultural complejo y altamente especializado. La enseñanza que los jóvenes obtienen hoy en las escuelas es de poca importancia para el aprovechamiento sostenible de los recursos del bosque y de los cursos de agua. Los cambios en la orientación de la educación de las nuevas generaciones deben tener un impacto en la calidad de vida a mediano plazo.

- Transmisión de conocimientos: ayer, hoy y tendencias (cambios y razones que fundamentan los cambios).
- Auto evaluación de la situación del patrimonio cultural.
- Impactos del retroceso en el conocimiento de la biodiversidad sobre la calidad de vida y sobre la salud.
- Conocimientos tradicionales sobre la biodiversidad: su vigencia actual en hombres y en mujeres.

a.6 Medio ambiente

La vida se sustenta en una serie de factores. Así, existen elementos como el suelo, la luz, la temperatura, las condiciones climáticas, el agua, el aire que, aunque no son vivos, hacen posible la vida. No puede haber vida sin ellos.

Los seres vivos que habitan un hábitat determinado influyen a su vez en ese hábitat a través de una serie de procesos.

El hombre es la especie viva con mayor capacidad para alterar el ambiente. Muchas alteraciones se hacen de manera correcta. Pero cuando la alteración es brusca o muy

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

radical, el hombre está produciendo un IMPACTO AMBIENTAL que muchas veces es irreparable.

Los impactos ambientales y biológicos originan también impactos sociales, económicos y culturales, multiplicando sus efectos sobre la subsistencia de las sociedades humanas. Los cambios en las condiciones de SALUBRIDAD del ambiente (contaminación de aguas, del aire, del suelo, etc.) están en el origen de buena parte de la morbilidad amazónica.

El medio ambiente de los pueblos indígenas, tradicionalmente sano, hoy está siendo profundamente alterado por la acción de grandes megaproyectos y las dinámicas migratorias y económicas que generan (colonización, ganadería, extracción maderera, petróleo, minería, carreteras, embalses, etc.).

- Problemas principales en el entorno medio ambiental: sus causas, sus efectos.
- Evaluación de las empresas contaminantes y de las consecuencias previsibles de su presencia: principales peligros.
- Tipo y niveles de contaminación, elementos del medio ambiente más afectados y pronóstico de las tendencias a largo plazo.
- Monitoreo de los efectos de la explotación de petróleo, gas, minas u otros: nivel de conocimiento de impactos, manejo de indicadores, capacidades locales para la vigilancia.
- Prácticas de división, presión o convencimiento de las compañías contaminantes hacia la población indígena y su impacto sobre la tranquilidad social, la solidaridad interna y la salud mental colectiva.
- Respuesta del Estado frente a la contaminación: controles y sanciones.
- Cambios perceptibles en el estado de salud (en general y en concreto) a raíz de la presencia de empresas o compañías contaminantes.

b) Medio ambiente doméstico

- Acceso al agua y su calidad
- Espaciamento de los asentamientos familiares.
- Tratamiento de la basura.
- Prácticas internas que mejorarán o empeoran el medio ambiente comunal.

c) FODA Territorial completo³²

¿Cuál es la situación del territorio desde el punto de vista de su capacidad para garantizar una vida sana a todos los miembros de un pueblo indígena?

- Fortalezas
- Amenazas
- Debilidades
- Oportunidades

³² El FODA se presta muy bien al análisis de la situación territorial. Todo el análisis de los temas que hemos sugerido puede asumirse a través de esta herramienta o bien puede practicarse como síntesis y resumen final del trabajo del grupo.

d) Recomendaciones

Existen muchos métodos de análisis cuando los indicadores tienen una distribución espacial pero los más usados son los croquis y los mapas.

El uso de croquis hechos a mano suele aportar información valiosa pero carecen de precisión cuando se trata de ubicar con exactitud esa información.

Gracias al Sistema de Información Geográfica (SIG) existe la posibilidad de utilizar mapas con coordenadas precisas y con diferente nivel de información. Ese tipo de mapas puede ser una herramienta muy útil para el trabajo de este grupo temático que analiza la situación del territorio como factor determinante de la salud.

6.5.2.2 Grupo 2: ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN, PRODUCCIÓN Y ACCESO A LOS RECURSOS ALIMENTICIOS

a) Orientación preliminar: posibles entradas a la temática:

La mayoría de los pueblos indígenas han desarrollado un proceso cultural adaptativo ajustado a las características de la oferta de alimentos de su hábitat a fin de mantenerla a largo plazo y prevenirse de la escasez. Este patrimonio cultural relacionado con la alimentación es muy complejo. Incluye varios tipos de actividades productivas, prácticas de desplazamientos estacionales o periódicos, formas de preparado y conservación de alimentos, tabúes alimenticios, ritos de austeridad y de abundancia, dietas, preferencias alimenticias, distribución de responsabilidades, tamaño y renovación de la chacra familiar, su diversidad, número de excursiones de caza o modos de participar en actividades pesqueras y otros muchos aspectos orientados a satisfacer las necesidades reproductivas y a cuidar, a largo plazo, el equilibrio entre las necesidades de los hombres y las de la naturaleza.

En los 50 años de colonización intensiva de la Amazonía, el INRENA informa de la pérdida irreversible de cerca de 15 millones de hectáreas (que son muchas más de las que se han legalizado a favor de todos los pueblos indígenas del Perú). No obstante las autoridades del sector agrario siguen estimulando el constante crecimiento de la frontera de la colonización y sus prácticas depredadoras y menospreciando el conocimiento de quienes han sabido aprovechar satisfactoriamente durante milenios la condicionada oferta alimenticia de las selvas amazónicas.

Los cambios en la nutrición, la desnutrición, el incremento de las diarreas y parasitosis y las frecuentes epidemias son efectos habituales de la nueva dinámica demográfica amazónica. Unos y otros se refuerzan generando impactos graves sobre la situación de la salud de los pueblos indígenas.

La escasez y la incipiente dependencia del mercado para acceder a la alimentación (aspectos que ya se vislumbran en algunos pueblos) pueden consolidar cuadros de pobreza extrema y situaciones de salud altamente vulnerables.

a.1. ¿qué hacemos para alimentarnos?

Alimentos del monte	ANTES (*)	AHORA
Frutas		
Caza		
Verduras		
Verduras ³³		
Otros productos del monte		
Alimentos del agua	ANTES	AHORA
Pescado		
Tortugas y lagartos		
Otros		

(*) Puede ser importante precisar el antes “mitificado” o un antes referido a algún cambio importante (anteriormente a la institución de las escuelas, la llegada de colonos o de empresas mineras, por ejemplo). También puede establecerse una serie cronológica cuando los periodos son plenamente identificados y su distinción puede revelar información de interés (Por ejemplo, los Kandozi establecieron cuatro periodos históricos diferentes para analizar el volumen oscilante del cardumen de pesca del Lago Karussa).

³³ El tema del consumo y conocimiento de las verduras comestibles autóctonas se ha revelado como muy importante en relación a la disminución de proteína animal y la importancia de buscar fuentes de proteína vegetal.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Descripción de los principales usos y rutinas alimentarias

Algunos cuadros de interés³⁴:

i. La chacra y las crianzas:

Cultivos y su evolución. Diversidad. El saber agrícola. La chacra antigua y la nueva chacra (su mamá / ellas). En dos grupos para obtener contrastes.

GRUPO A	
Que productos alimenticios tenia en su chacra y qué animales criaba	Que productos alimenticios tienes en tu chacra y qué animales crías
1.	1.
2. 3.4.5.....	2.3.4.5.....

ii. El monte, los ríos: Alimentos que habían antes y que ahora hay.

iii. Una variante: análisis específicos.

Puede tener interés analizar en profundidad los cambios en algún tipo de alimento, tanto por ser básico como por las implicancias que pueda estar generando su reciente escasez; por ejemplo, la caza o la pesca. Otro tipo de análisis específico se puede referir a temas que se han revelado como importantes; por ejemplo, los cambios en el caso del consumo de verduras. Igualmente puede ser importante analizar el nivel de autosuficiencia alimenticia y la dependencia del mercado para la alimentación familiar³⁵.

Para todos estos análisis el mejor método es el más simple: esto es, los diagramas de flujo causa – efecto.

iv. Alternativas: cuadros globales

Se puede utilizar un solo cuadro que globalice el antes y ahora de toda la información nutricional.

Por ejemplo:

Alimentos	ANTES	AHORA
Pescados		
Caza		
Crianzas		
Alimentos comprados		
Verduras		
Frutas		
Otros productos del monte		

³⁴ Los cuadros que se presentan son sugerencias para entrar al tema, de ninguna manera se trata de aplicar todos obligatoriamente. A veces, si el facilitador está entrenado, el trabajo sobre una sola matriz puede aportar toda la información. En cualquier caso no viene mal tener las matrices a la vista para que el facilitador entrenado pueda ir ubicando en los diferentes casilleros, la información que aporte el grupo.

³⁵ Este tema se ha analizado en el grupo que se ocupa de la economía de mercado, pero esa información puede también analizarse por el grupo que ocupa de la nutrición.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- v. Menús: Alimentos consumidos por la familia del participante durante los últimos dos días antes del viaje, incorporando las comidas entre horas y posibles “bocados”. Cada participante escribirá el menú en una tarjeta por día. El facilitador consolidará la información tratando de discriminar por zonas

ZONAS /COMUNIDAD	MAÑANA	MEDIODÍA	NOCHE	OTRAS COMIDAS
Alto Urubamba ✓ Ivochote ✓ Koribeni				
Apurímac ✓ Maketi ✓ Etc.				

- vi. Calendario: Por meses o temporadas del año, indicando la abundancia o escasez de alimentos

Una manera muy simple de desarrollar este punto es establecer un cuadro donde se indica que tipo de alimentos escasea o abunda en qué temporadas. Por ejemplo:

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ABUNDA												
ESCASEA												

Podría interesar afinar mucho más este calendario (por grado o nivel de abundancia: mucho, poco, mediano). Se puede correlacionar con otros cuadros (por ejemplo, brotes epidémicos, cambios climáticos, migraciones estacionales, actividades correspondientes a cada período, etc.).

La recomendación del equipo es contar con un calendario circular donde ubicar momentos especiales del curso alimentario anual (tiempo del tayu, de la chonta, del paiche, del engorde de los animales de monte, tiempo de las frutas, tiempo de las curvinches, etc.). Estos calendarios circulares permiten consolidar mucha información relacionada con la temporalidad.

- vii. Tabúes y dietas

Algunas veces conviene conocer qué tipo de restricciones o prescripciones alimenticias son impuestas por criterios culturales. En especial cuando puedan afectar a grupos vulnerables.

Aunque el tema podría ser tratado aparte de la consulta (con algunos informantes especializados), también podrían aplicarse cuadros como los que siguen:

- Tabúes

ALIMENTO PROHIBIDO	PARA QUIÉN ³⁶	EN QUÉ OCASIONES ³⁷	POR QUÉ MOTIVO	QUÉ PASA CUANDO SE NO SE CUMPLE

³⁶ Para todos, mujeres, niños, ancianos, hombres adultos, púberes, etc.

³⁷ Por ejemplo: En el embarazo propio, en el embarazo de la señora, antes de cumplir cinco años, cuando quieren aprender a caminar, etc.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Prescripciones o recomendaciones alimenticias

ALIMENTO PRESCRITO	PARA QUIÉN	EN QUÉ OCASIONES	POR QUÉ MOTIVO	QUÉ PASA CUANDO SE NO SE CUMPLE

viii. Preferencias

Puede interesar conocer las preferencias alimenticias de los diversos grupos de edad.

GRUPOS	LES GUSTA	NO LES GUSTA
Mujeres		
Hombres adultos		
Niños chicos		
Ancianos		
Jóvenes adolescentes		
Embarazadas		

a.2 Alimentación y cultura³⁸

- Nivel de transmisión de conocimientos agrícolas madre – hija.
- Grado de interés de las niñas por las tareas agrícolas.
- Cómo nos calificamos como agricultoras en comparación con nuestras abuelas y nuestras mamás.
- Prácticas de preparación de alimentos³⁹.
- Qué hace el hombre en las tareas de la producción de alimentos de pan llevar⁴⁰.
- Conservación de alimentos.
- Distribución de alimentos: cómo se reparte, cómo se comparte, prácticas de invitaciones, rituales de consumo de alimentos en las fiestas.
- La importancia del masato en la alimentación⁴¹.
- Averiguar si es posible la relación de aspectos como:
 - Patrón de asentamiento y provisión de alimentos (relación entre el tipo y la ubicación de los asentamientos y el acceso a alimentos)⁴².

³⁸ Las particularidades culturales relativas a la alimentación son numerosas y los facilitadores debieran tratar de estar atentos a aquellas informaciones que puedan ser relevantes para entender problemas de salud, principalmente en caso de desnutrición y problemas derivados. Para analizar estos temas puede haber multitud de entradas de interés, solo sugerimos algunas para indicar de que se trata estas relaciones.

³⁹ Interesa especialmente poner atención a aquellas formas de preparación que pudieran tener incidencia sobre la salud. Por ejemplo: la elaboración de bebidas de vegetales masticados, el uso de agua cruda en determinados preparados, el consumo de ahumados, preparación de alimento con yuca “brava”, son usos y costumbres que pudieran influir en temas sanitarios.

⁴⁰ Esta guía se ha realizado a partir de experiencias con pueblos en donde el rol de la mujer es preponderante respecto a las actividades agrícolas. Puede que no sea el caso y entonces es necesario hacer los ajustes y adaptaciones necesarios.

⁴¹ En los pueblos donde el masato es alimento básico, interesa conocer la cantidad de bebida diaria, niveles de fermentación, prácticas sociales alrededor del masato, relación entre autoestima de la mujer y elaboración de masato, etc. Siendo que existen muchos intentos de retirar este alimento de parte de algunos credos religiosos, es importante conocer la verdadera importancia de esta bebida en la alimentación diaria y en la vida social.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Desplazamientos para la provisión de alimentos (en qué ocasiones se desplazan en busca de alimentos, cada cuanto tiempo cambian de asentamientos, qué tipo de migraciones estacionarias existen).
- Escuela y provisión de alimentos⁴³.
- Proximidad a carreteras y a mercados locales y provisión de alimentos⁴⁴.
- Otras correlaciones de interés que puedan surgir.

PESCA

- Principales problemas (Árbol de los problemas o diagramas de flujo causa – efecto)

CAZA

- Principales problemas (Árbol de los problemas o diagramas de flujo causa – efecto).

DESNUTRICIÓN

- Desnutrición: causas, efectos.
- Profundizar en las razones de la desnutrición y en especial de la malnutrición infantil.
- Parasitosis y desnutrición: percepción de su interrelación.
- Conocimiento y capacitación nutricional.
- Carencias más visibles.
- Oportunidades y posibilidades de sustitución de nutrientes con especies nativas.

a.3 El cambio más significativo

- En el acceso y provisión de recursos alimenticios
- En los hábitos alimenticios
- En la salud como consecuencia de una nueva situación alimentaria
- En las técnicas productivas para la alimentación

b) FODA de nuestro estado de nutrición⁴⁵

¿Cuáles son nuestros niveles de nutrición y nuestra seguridad alimentaria desde el punto de vista de su capacidad para garantizar una vida sana a todos los miembros de un pueblo indígena?

- Fortalezas

⁴² Se trata de conocer cuáles son las razones por las que se opta por un asentamiento nucleado o disperso, ubicado junto al río o junto a la carretera o en las alturas, etc. Hay que tener en cuenta que la buena parte de los problemas de nutrición que se dan actualmente dentro de muchos pueblos indígenas tienen su origen en cambios en su patrón tradicional de asentamiento.

⁴³ La escuela influye de muchas maneras en la nutrición. Por ejemplo: las escuelas han concentrado los asentamientos lo que influye en la distribución de la ocupación territorial y, por lo tanto, en el acceso a alimentos; de otro lado la escuela es una alternativa educativa que deja de lado la enseñanza para la vida en la selva, influyendo en el aprendizaje de las técnicas productivas, de caza, pesca, etc.; además, los horarios escolares no se ajustan a los usos alimentarios, etc.

⁴⁴ Es muy útil comparar el nivel alimentario de comunidades que producen para un mercado cercano y aquellas que producen para la subsistencia.

⁴⁵ El FODA se adapta muy bien al análisis de la situación alimentaria. Puede asumirse a través de esta herramienta todo el análisis de los temas que hemos sugerido o bien puede practicarse como síntesis y resumen final del trabajo del grupo.

- Amenazas
- Debilidades
- Oportunidades

c) Recomendaciones:

Este tema se ha venido aplicando en grupos de mujeres, en consideración de su habitual rol en el entorno doméstico. Si no es ese el caso habría que adaptarla a la situación específica.

También puede ser interesante, en este como en otros temas relativos al entorno familiar, contrastar la visión entre hombres y mujeres.

6.5.2.3 Grupo 3: Economía integrada al mercado oportunidades, pobreza y calidad de vida

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

En los casos en los que las economías indígenas han incursionado al mercado, con frecuencia las consecuencias han sido perjudiciales respecto a la calidad de vida, resultando negativa la relación costo/beneficio tanto en términos de deterioro irreversible de los recursos naturales como en términos de impacto sobre la salud mental, física, la integración familiar y comunitaria. Muchas veces las crecientes migraciones a los pueblos jóvenes de las grandes ciudades siguen de manera reiterada a los callejones sin salida que generan los intentos de integración a mercados desiguales.

Los prejuicios habituales frente a las economías indígenas que priorizan el “bienestar de subsistencia” forman parte del ideario nacional. Sin embargo, ese bienestar, entendido como una calidad de vida con garantía de largo plazo, independiente, de libre y pleno empleo y con aceptables niveles de seguridad alimentaria, con consumo regulado de los recursos disponibles, produce resultados muy ventajosos y de largo plazo en contraste con las frecuentes distorsiones productivas a las que obliga el mercado que han hecho cubrir los barrios de miseria en Lima y otras grandes ciudades.

La creciente revalorización universal de las prácticas económicas indígenas no impacta todavía en el Perú donde aún cuesta reconocer en los pueblos indígenas un ejemplo de sabiduría y austeridad conservacionista percibiéndose sus prácticas productivas como un producto de la indolencia, la ignorancia y la falta de ambiciones.

La pobreza de los pueblos indígenas no es un mal endémico sino el resultado de una integración inequitativa a la sociedad global. Los indicadores de pobreza medida en relación a ingresos monetarios producen iguales resultados al calificar a pueblos saludables con muy alta calidad de vida (por ejemplo los Achuares del Huitoyacu, libres en su territorio tradicional) y otros pueblos verdaderamente empobrecidos y malsanos tras la pudrición de sus recursos por los constantes derrames petroleros (como los Achuares del Corrientes). Medir la pobreza por el ingreso monetario no tiene un sentido lógico en economías de este tipo por lo que interesa analizar la calidad de vida desde perspectivas coherentes con la visión interna de cada pueblo y no desde perspectivas comparativas que puedan menospreciar las prácticas y actitudes que producen resultados más saludables para la salud.

El desarrollo se ha convertido en una palabra cargada de prejuicios. Desarrollarse es parecerse a nosotros. Pero es preciso tener en cuenta que el “desarrollo” regional en la Amazonía se suele producir a costa de la destrucción de la base de las economías indígenas. El desarrollo amazónico hasta la fecha ha supuesto el crecimiento desproporcionado de las poblaciones urbanas mendigantes y la depredación de un creciente porcentaje de los bosques por lo que es necesario tener claro que las ofertas de “desarrollo” a los pueblos indígenas (tecnologías e insumos importados, créditos, cambios en la estructura productiva, empresas madereras, petroleras, mineras, fuertes economías

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

ilegales, carreteras, grandes urbes de encrucijada, etc.) no siempre son un factor de oportunidad sino que pueden conducir a un proceso irreversible de empobrecimiento de la calidad de vida.

Entonces no se trata de juzgar cuál forma de vida es más o menos desarrollada desde un punto de vista externo, sino de comprobar qué iniciativas son las que producen mejores resultados para la salud colectiva desde el propio punto de vista de los propios interesados.

En cualquier caso, la integración a los mercados es en muchos casos un factor determinante de la salud y es preciso medir su peso siempre en todos los casos donde esta relación sea gravitante.

Muchos jóvenes indígenas van a vivir en un mundo donde buena parte de los recursos van a tener que conseguirlos en el mercado (sea por el desgaste de la naturaleza o el desgaste de los conocimientos acerca de su uso). Es importante entrever si existen oportunidades para hacer frente a ese futuro al interior de cada pueblo y si esa es o no una preocupación de las presentes generaciones. La salud física y mental de los jóvenes indígenas puede estar en relación con el optimismo o el pesimismo con que afrontan su futuro económico⁴⁶.

a.1 Producción y mercado

En las economías de subsistencia⁴⁷ se satisfacen las necesidades en base a la producción directa (lo que exige la existencia de recursos diversificados en el entorno local), en base a la solidaridad, la reciprocidad de las obligaciones y, muy principalmente, en base a un diversificado patrimonio de conocimientos colectivos. El consumo directo se da en el entorno familiar o en mercados locales de intercambio personalizado. La variable tiempo es de importancia gravitante en la producción y en el consumo, de manera que el mantenimiento a largo plazo del stock de recursos es un aspecto determinante de las opciones económicas.

En las economías de mercado se satisfacen las necesidades en base a dinero que se obtiene generalmente mediante un trabajo asalariado o la venta de materias primas. Ni la producción ni el consumo son directos sino resultado de una larga cadena de agregaciones y servicios. No se requiere necesariamente la existencia de recursos naturales en el entorno. Los mercados son globales. Son economías de “no tiempo, no espacio” y es la demanda actual, instantánea, la que va a determinar ritmos, cantidades y valores para la oferta.

Al debilitarse los cimientos de las economías de subsistencia (por pérdida de conocimientos, desestructuración de las sociedades, disminución drástica de los recursos del entorno, individualismo), muchas sociedades rurales y algunos pueblos indígenas, van incursionando en los mercados con mayor o menor éxito. Se trata de una tendencia que se va imponiendo y que debe ser considerada como tal en el ASIS.

- División del trabajo y producción

a) Lo que el hombre produce

Para el consumo familiar	Para el mercado	Otras ⁴⁸

⁴⁶ En pueblos de contacto frecuente y con incierto porvenir se han presentado muchos casos de cirrosis y alcoholismo, suicidios femeninos o procesos de construcción de la masculinidad altamente conflictivos.

⁴⁷ Existen perjuicios frente a la palabra subsistencia, entendida como un nivel limitado, ajustado de calidad de vida. El Diccionario de la Real Academia es muy preciso en su definición. Subsistir: Mantener la vida, seguir viviendo.

⁴⁸ Actividades comunales, obligaciones familiares, invitaciones, fiestas y agasajos.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

b) Lo que la mujer produce

Para el consumo familiar	Para el mercado	Otras actividades

- Ejemplo: Listado y jerarquización de productos que se venden (por familia)⁴⁹

Producto	Familia del participante										Totales	Jerarquización ⁵⁰
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Plátano		x	x		x		x			x	5	3°
Yuca	x		x	x		x		x	x		6	2°
Pescado		x	x				x	x			4	4°
Artesanía	x	x			x						3	5°
Cacao							x			x	2	6°
Ganado					x						1	7°
Madera	x	x	x	x			x	x		x	7	1°

- Características del mercado⁵¹;
 - Ubicación, tamaño y accesibilidad de los mercados locales
 - Características de las redes de comercialización (intermediarios)
 - Precios (recoger algunos precios de los productos que se venden y de los productos que se compran)
 - Evaluación de la capacidad de negociación y de las limitantes principales (autopercepción)
 - Asociaciones de productores (existen o no, cuáles, qué hacen, en qué benefician)
 - Mayores problemas del mercado (autopercepción)
 - Propiedad de la movilidad y costos de transporte
 - Calidad de la producción y competitividad
 - Nivel de información sobre mercados
 - Trato de los comerciantes (madereros, etc.)

⁴⁹ Los participantes, uno por uno, indican lo que venden como familia (hombre, mujer, hijos)

⁵⁰ Si es posible al facilitador conocer el número aproximado de hectáreas dedicadas a cada producción, los ingresos anuales aproximados que genera u otros datos económicos similares serían de mucho valor para el análisis posterior.

⁵¹ Se presentan algunas entradas posibles. Hay que recordar que no se trata de una sobreabundancia de información económica que haga perder un tiempo muy limitado. Se trata de detectar aspectos que pueden ser determinantes para la salud. El facilitador debe estar atento para identificar “cuellos de botella” que obstaculizan u oportunidades que pudieran apoyar al mejoramiento de la salud.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

a.2 Trabajo asalariado

- Trabajos y empleadores más frecuentes (discriminando hombres y mujeres)
- Trabajos estables (discriminando hombres y mujeres)
- Trabajos cortos o temporales (discriminando hombres y mujeres)
- Efectos en la familia del trabajo asalariado de los padres u otros miembros de la familia: positivo y negativo.
- Efectos para la salud de la familia: positivo y negativo
- Niveles aproximados de ingreso (por día, semana o mes/ por tipo de trabajo)

a.3 Oportunidades económicas

- Demanda local actual para trabajos calificados y oportunidades de empleo local a medio plazo para estudiantes superiores.
- Algunas otras oportunidades que se vislumbran para mejorar el ingreso de dinero en el plazo medio.
- Algunos productos que existen y no se pueden vender o que no se venden actualmente pero que se podrían vender si se produjeran determinados cambios (esperanzas, anhelos, proyectos, posibilidades).
- Percepción de cuál será el futuro de los jóvenes, cuáles sus posibilidades económicas en base al conocimiento y los recursos locales.
- Percepción de las posibilidades económicas de los jóvenes en base a la oferta de trabajo local, regional o nacional.
- ¿Se perciben los efectos del gasto público en la comunidad en relación con mejores oportunidades económicas a mediano plazo? (municipio, fondos sociales, etc.). ¿En qué sentido? ¿Qué aspectos han mejorado?
- ¿Se perciben los efectos de los diferentes proyectos presentes en la zona⁵² en relación con mejores oportunidades económicas a mediano? ¿En qué sentido? ¿Qué aspectos han mejorado?

a.4 Gastos familiares

- Necesidades y egresos de dinero

NECESIDADES QUE SE SATISFACEN CON DINERO⁵³

Necesitamos plata para comprar:	Evalúa su importancia*	¿Existe alternativa para cubrir esa necesidad con recursos propios?

* Vital – Imprescindible; Necesario; No tan necesario; Lujo, capricho, un gusto

⁵² Si existen megaproyectos, fondos de apoyo de empresas locales, proyectos binacionales o especiales, proyectos de ONGs, de organizaciones Indígenas, etc.

⁵³ Este cuadro y el siguiente debieran ser alternativos; sin embargo no expresan exactamente lo mismo. Uno indaga supuestas necesidades (sicología del consumo); el otro se refiere a gastos reales que se producen en la vida cotidiana.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Gasto real: ¿en qué se gasta realmente la plata?

Gasto	Familia del participante										Detalles y observaciones ⁵⁴	Donde se va más plata
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Comida												
Ropa												
Remedios												
Estudios												
Herramientas												
Vivienda												
Objetos domésticos												
Producción y transporte												
Trago												
Viajes												
Gaseosas y golosinas												
Obligaciones comunales												
Otros												

- Costo de los productos externos (algunos ejemplos con productos básicos; con fines analíticos interesa también conocer el precio de productos del mercado para los que existen alternativas locales: fideos, arroz, atún)
- Experiencias de asociación de consumidores (bazares, cooperativas, etc.).

a.5 Percepciones evaluativas sobre la integración al mercado

- Satisfacciones y padecimientos comparativos de la producción para el consumo familiar y la producción para el mercado.
- Satisfacciones y padecimientos comparativos del trabajo asalariado y el trabajo familiar o comunal.
- Trabajo asalariado: costo/beneficio (¿Merece la pena?)
- Producción para el mercado: costo/beneficio (¿Se mejora la alimentación familiar o se empeora?)
- Comparación realista entre la calidad de vida de comunidades del interior o de altura y comunidades cercanas a los mercados, a las ciudades, a las carreteras, a las compañías. Profundizar este análisis con ventajas e inconvenientes. En qué aspectos mejora y en qué aspectos empeora la calidad de vida tras la integración a los mercados.

⁵⁴ Es importante recoger la mayor cantidad de información posible. La columna de detalles y observaciones se puede utilizar para muchos datos complementarios. Por ejemplo: Comida o remedios (qué tipo, a quién); estudios (superiores, secundarios, qué tipo de gastos); etc.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

a.6 Pobreza y calidad de vida⁵⁵

- ¿Qué significa ser pobre? ¿Qué cosas les faltan a los que son pobres? (al menos 5 indicaciones en orden de importancia).
- ¿Por qué se empobrecen o pueden empobrecerse los pueblos indígenas? (al menos 5 indicaciones en orden de importancia).
- ¿Cómo han escuchado que son los pobres en las grandes ciudades como Lima, Iquitos o Pucallpa?, ¿Qué problemas tienen? (al menos 5 indicaciones en orden de importancia).
- ¿Qué es vivir bien?⁵⁶, ¿Cuándo puede un comunero sentirse satisfecho de sus condiciones de vida? ¿Qué necesita para vivir bien? (al menos 5 indicaciones en orden de importancia).

a.7 Economía de mercado y plan de vida

- Se ha conseguido un buen negocio y hemos logrado buenos ingresos económicos, ¿Qué mejoras les gustaría introducir en su vida, en la de su familia, su comunidad o su pueblo? ¿Qué haría con el dinero?
- ¿Qué condiciones de vida desearían para sus hijos? ¿Cuáles son las cosas que no les deben faltar para que vivan bien?
- ¿Qué cosas debería conseguir la comunidad para garantizar a los hijos una vida buena?
- ¿Qué cosas debería hacer la comunidad para asegurar el futuro tranquilo para los nietos?

b) Recomendaciones

Esta temática no es aplicable más que para aquellos pueblos donde el grado de su integración al mercado repercute fuertemente sobre la salud, sea porque dependen del mercado para abastecerse de alimentos, sea porque la producción de mercado compete (en tiempo, espacio, productos) con el adecuado nivel de subsistencia, sea porque el trabajo asalariado separe por temporadas a las familias o suponga salidas a centros de posible contacto epidemiológico, etc.

⁵⁵ Se trata de indagar cuál es la concepción interna de la pobreza, que, posiblemente, es un concepto nuevo en el panorama cultural.

⁵⁶ Esta cuestión se plantea en varios grupos, en contextos temáticos diferentes, para poder llegar a una idea precisa de lo que se considera una vida de calidad.

6.5.2.4 GRUPO 4: Sociedad y cultura: cambios y permanencias

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

Las dramáticas alteraciones en el estado de salud de los pueblos indígenas muchas veces se fundamentan en los cambios a que han sido sometidas estas sociedades a raíz de su contacto con una sociedad expansiva e intolerante que ha considerado absolutamente prescindibles los conocimientos y las prácticas de quienes, por vivir durante milenios en el entorno natural hoy invadido, han construido un mundo cultural ajustado a la oferta condicionada de la naturaleza.

Generalmente se trata de cambios violentos por su brusquedad y por el nivel integral de alteraciones que generan. Muchas veces se han producido en el transcurso de una sola generación⁵⁷ y son enteramente perceptibles por las generaciones vivas, en unos casos con la angustiada necesidad de aferrarse a un pasado en el que se sintieron seguros y en otros, preparándose para un futuro muy incierto en el que no se vislumbran oportunidades. Las pautas culturales adaptativas no han tenido tiempo de hacer los ajustes necesarios y se producen en muchas ocasiones incompatibilidades traumatizantes, tanto en las instituciones tradicionales como en la salud mental de las personas.

Por lo que hace a la salud, son muchos los vacíos que genera este periodo de transición donde se incrementa la inseguridad acerca de la efectividad de los recursos propios frente a enfermedades nuevas, el olvido de algunas costumbres y pautas preventivas tradicionales o la sumisión a un sistema de salud cuyos fundamentos no entienden pero que se aparece como la única salida viable en las actuales condiciones.

No obstante; existen muchos pueblos indígenas que lejos de optar por la resignación vienen tratando de construirse un futuro digno a partir de un esfuerzo intercultural que incluye una reflexión crítica de las innovaciones que vienen de fuera y la revalorización creativa y adaptativa de las prácticas que heredaron de sus padres y que dan cuenta de una sabiduría ancestral construida sobre un hábitat específico que es el único donde ese futuro puede concretarse.

Captar y hacer aflorar ese tipo de actitudes anímicas supone dar un primer paso hacia el cambio que se trata de impulsar para el desarrollo de las acciones concertadas de cogestión de la salud que se deriven del ASIS.

Las posibles entradas al análisis de los cambios sociales y culturales de interés para la salud son ilimitadas. En los ASIS - PIA no interesa tanto la abundancia de la información sino la calidad de la autorreflexión colectiva; interesa entonces proponer temas con capacidad para abrir interrogantes y propiciar una mirada nueva sobre lo cotidiano que promueva el deseo de mejorar y de comprometerse a contribuir para lograrlo.

Entre los temas posibles los que han mostrado mejores posibilidades para la reflexión colectiva han sido los cambios en la alimentación, en la familia y en la pareja, en el tipo de asentamiento, condicionado ahora por nuevas motivaciones (escuelas, mercados, postas), en la gestión de los bienes comunes, en la vida comunitaria, con toda una serie de nuevos problemas y posibilidades, en la vivienda, en los sistemas tradicionales de salud y en la transmisión cultural.

Algunos de estos temas pueden integrarse en la temática de otros grupos por lo que proponemos aquí entradas que no se han incluido en otros lugares. Si existiera la posibilidad, la problemática del cambio, por su diversidad y su amplitud, debiera ser analizada en dos grupos.

⁵⁷ Entre los Harakmbut de Madre de Dios pueden encontrarse padres que fueron no contactados con hijos universitarios ocupando cargos en el Estado nacional.

En la otra cara de la moneda, los Matsigenka del Apurímac han pasado desde el año 70 hasta la fecha de una situación en la que controlaban su territorio en plena libertad a otra en la que está presente el narcotráfico, sufren a diario la persecución y el estrechamiento de sus caseríos a las alturas de los cerros, la contaminación de las aguas de sus quebradas y la permanente humillación por los foráneos invasores. Las perturbaciones son evidenciables en el propio aspecto de sus gentes, aspecto que un médico de la DISA Cusco calificó como de "fatiga colectiva".

a.1. Cambios en la familia⁵⁸

- Comparación entre la composición de la familia actual y la que conocen de sus abuelos (rol de la familia extendida y la familia nuclear)⁵⁹.
- Relación de pareja y principales cambios (posiciones de género, violencia, afectos, respetos, etc.).
- Rol y cambios en el rol de las personas mayores.
- Relación padres e hijos y los cambios más visibles (respeto, derechos y obligaciones, sanciones, afectos, etc.).
- Formación de los niños y adolescentes (quién transmite, cuándo, cómo, qué temas se enseñan, a quién, etc.); cambios en la participación de la familia en la formación.
- El “Curriculum” de la formación de los jóvenes: qué debe saber como mínimo un joven (varón y mujer) para constituir una familia; aspectos formativos que se pierden porque no se adquieren en la escuela.
- La construcción de la masculinidad y la femineidad: modelos internos o externos. ¿Cuáles son los modelos de los jóvenes comuneros?, ¿Qué importancia tiene la escuela, la familia, la ciudad vecina, en la formación del carácter, los paradigmas, las expectativas de los jóvenes?
 - Vida de los adolescentes en la actualidad y en el pasado reciente.
 - Problemas de adolescentes, hombres y mujeres.
- La salud familiar: aportes y obligaciones de cada miembro de la familia (higiene, cuidados mutuos, etc.); cambios visibles.
- El cambio más significativo en relación a la familia y su análisis (diagrama causa – efecto)

a.2 La vivienda

- La vivienda actual y comparación con viviendas de los abuelos (tamaño, forma, materiales); ventajas y desventajas, razones del cambio.
- Ubicación ideal de las viviendas.
- Descripción de la ubicación real de las viviendas en las comunidades de los participantes (croquis).
- Ubicación de las chacras; distancia desde las viviendas; cambios y razones del cambio.
- Ubicación de las cocinas.
- Ubicación de los animales de crianza.
- Higiene de la vivienda.
- Lugares para la conservación de alimentos.

⁵⁸ Este tema se va a tratar con mayor profundidad en el grupo que indaga la temática de la salud de las mujeres; si se cree necesario se pueden recoger varias de las entradas que se proponen para ese grupo y tratarlas también con el grupo que se ocupa del cambio.

⁵⁹ Habitualmente los pueblos indígenas tienen concepciones familiares propias y muy diferentes a las de la sociedad peruana moderna. Es frecuente que la unidad familiar básica sea la familia extendida, donde los roles y las relaciones familiares alcanzan a grupos sociales amplios. La evolución hacia la familia nuclear, conformada por padres e hijos, es una tendencia que, en ocasiones, resulta poco adaptada a las necesidades económicas y vitales de una determinada sociedad.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Menaje familiar: exposición y protección.
- Ubicación y tipo de evacuorios (características que debe tener el lugar destinado para defecar).
- Acceso al agua (de dónde viene el agua, distancia a la casa, etc.).
- Eliminación de basuras.
- (Evaluación general de la situación y explicación de los cambios).

a.3 Vida comunal

- Tipo de comunidad: dispersa, nucleada; en el río, en altura, junto a carretera, etc.
- Mudanzas y cambios en el tipo de asentamiento comunal: razones del o de los cambios.
- Percepción de los participantes acerca del tipo de comunidad mas conveniente (muy numerosa o poco numerosa / muy juntos o más dispersos /junto al río o quebrada o en el monte/ cerca de colonos o carreteras o más apartado, etc.)
- Ocasiones y tipo de relaciones con otras familias vecinas.
- Problemas sociales que se producen corrientemente en la vida comunal y evaluación por su gravedad.
- Obligaciones de los comuneros en aspectos de salud (aportes a botiquín, chacra comunal, trabajo de saneamiento, etc.).
- Nivel de aceptación de reglas y autoridades comunales.
- Nivel de seguridad ciudadana.
- Rol de la mujer en los asuntos públicos.
- Asociaciones de mujeres (y motivos para agruparse).
- Cargos que ocupan las mujeres
- Rol de los jóvenes en los asuntos públicos.
- Sistemas de administración de justicia
- Qué problemas nuevos vienen con la gente foránea que se integra a las comunidades.
- Evaluar los cambios de la vida en comunidad (positivo – negativo)

a.4 Educación

- A qué niveles de educación pueden acceder los jóvenes y en qué condiciones.
- Ganancias y pérdidas en la educación escolar: balance
- ¿Qué conocimientos se están perdiendo para poder vivir bien y cumplir como buen (a) padre o madre de familia?
- Internados: evaluación y problemas.
- Educación de las niñas en el colegio: evaluación y problemas.
- Apoyo de las madres a las hijas estudiantes (verificar mayor o menor distanciamiento madre – hija).
- En general, evaluación de la participación de padres, tíos, abuelos, en la educación de los jóvenes escolares.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Expectativas y posibilidades para la educación superior de los jóvenes.
- Qué les espera a sus hijos estudiantes si quieren vivir en la comunidad, ¿podrán vivir bien en la comunidad con lo que han estudiado?
- ¿Qué oportunidades, qué futuro creen que espera a sus hijos (varones / mujeres)?
- ¿Conocen lo que están pensando sus hijos para el futuro?
- Evaluación por los participantes de las actitudes de los jóvenes del pueblo indígena consultado. ¿Qué aspectos preocupan más? ¿Qué aspectos les enorgullecen?⁶⁰

a.5 Impactos (agencia externa)

- Evaluar en qué han ayudado o en qué han afectado a la vida sana de las familias del pueblo consultado instituciones como las que se mencionan u otras con presencia en la región.

AGENCIAS EXTERNAS	AYUDAN	AFECTAN
ESCUELAS		
MUNICIPIOS		
CARRETERAS		
PETROLEO		
COLONOS		
MADEREROS		
IGLESIAS		
FONDOS SOCIALES		
FONDOS DE AYUDA ALIMENTARIA		
CENTROS DE SALUD		
PROYECTOS Y ONGs		
MINISTERIOS		
TV		
OTROS		

a.6 Impactos (agencia interna)

- Evaluar los cambios internos que ayudan o perjudican la vida sana de las familias del pueblo consultado (en qué y por qué).

AGENCIA INTERNA	AYUDAN	AFECTAN
Educación escolarizada		
Organizaciones Indígenas de 2º y 3er Nivel		
Organización Comunal		
Comunidades concentradas		
Titulación de tierras		
Migración a las ciudades		
Acceso a educación profesional o		

⁶⁰ En dos ocasiones se han efectuado trabajos con grupos focales de estudiantes secundarios para contrastar esta percepción de los mayores con el punto de vista de los propios jóvenes. Los hallazgos han sido, en ambos casos, muy importantes.

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

superior		
Otros		

b) Recomendaciones

- Se trata de temas que podrían perfectamente incorporarse a otros temarios en caso de que el número de grupos fuera reducido.
- Muchos de los temas relativos al cambio son visibles en su impacto sobre la salud de las mujeres de manera que se han concentrado muchos temas relativos al cambio dentro de la temática del Grupo 7, dedicada a la salud de la mujer. Si sólo hubiera un grupo de mujeres, todas las entradas referidas a la mujer que se han incluido en esta temática (por ejemplo, educación de niñas, formación de la feminidad, etc.) podrían tratarse en el Grupo dedicado a la problemática de salud de la mujer.
- Una alternativa a las entradas propuestas es la de aplicar la metodología del “cambio más significativo” en cada subtema o en aquellos subtemas más relevantes para la problemática local.
- Puede darse el caso de una característica singular de la situación de un determinado pueblo (por ejemplo, la población indígena Achuar el Corrientes; sufre la presencia de compañías petroleras desde hace 30 años, caso) o de pueblos en los que el impacto de los cambios se manifiesta en reacciones atípicas (por ejemplo: suicidio femenino Aguaruna). En estas ocasiones es preciso incluir un análisis detallado de esa característica o respuesta singular.

6.5.3 PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Se refiere a la morbilidad y mortalidad específica de la población pero mirada desde una perspectiva interna y culturizada sirviendo la información estadística como contraste para el análisis.

Presentamos tres ejemplos de temáticas relacionadas con la salud que suelen aparecer recurrentemente en los talleres.

Grupo 5	Salud y enfermedad: mirada interna (percepción y explicación de lo que cree el pueblo consultado acerca de la salud y la enfermedad)
Grupo 6	Enfermedades más frecuentes en el pueblo consultado; explicación interna de sus causas, efectos y dificultades que genera.
Grupo 7	Enfermedades y problemas de salud que afectan a las mujeres

6.5.3.1 Grupo 5: Salud y enfermedad: mirada interna

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

La concepción biomédica que busca una causa para cada enfermedad⁶¹ tiene muchos problemas para afrontar ocurrencias epidemiológicas cuando se producen en un contexto poblacional cuya concepción de la enfermedad es multicausal, integral y con énfasis en la intervención de fuerzas que emanan del entorno ambiental, del mundo espiritual o del contexto de las relaciones sociales.

En estas sociedades, la enfermedad asume una explicación propia y diferenciada.

La epidemiología intercultural debe aceptar que la multiculturalidad se presenta con especial relevancia en la nosología (síntomas) y etiología (causas) de las enfermedades y está obligada a considerar esas particularidades en el trabajo diagnóstico o en el análisis de los factores de riesgo.

De hecho, un persistente imperialismo conceptual en el campo médico ha sometido a la clandestinidad a los complejos sistemas de medicina autóctona con que se enriquece el país, desnaturalizando hasta la burla, las expresiones de una gran variedad de enfoques culturales relativos al proceso salud – enfermedad – curación.

Se trata de concepciones que se revalorizan día a día a medida que la medicina occidental va conociendo sus propias limitaciones y ampliando sus objetivos. Cada una de ellas parte de una determinada cosmovisión⁶² y expresa cómo un pueblo siente su satisfacción de vivir o su sufrimiento, sus miedos y sus defensas frente al dolor, sus relaciones con la vida y con la muerte y su necesidad de garantizar y perpetuar para él y para los suyos las condiciones que mejor convengan a su bienestar.

Si la epidemiología es el estudio de la magnitud, la distribución y las relaciones de riesgo y causales de las enfermedades en la comunidad, habrá de desarrollarse una epidemiología intercultural capaz de dar cuenta de “la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, incorporando las propias categorías y etiología de las enfermedades desde el punto de vista de un contexto y/o una cultura particular”⁶³.

⁶¹ Cárdenas, 1989

⁶² De acuerdo con la OMS (OPS/OMS. N° 12, 1998:17) la cosmovisión supone un conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Incluye su patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones y comportamientos, las relaciones del individuo con los otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza y con los seres espirituales.

⁶³ Ibacache, Neira y Oyarce, 1996

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

a.1 Salud

- ¿Qué se entiende por buena salud?⁶⁴.
- ¿Cómo se siente a sí mismo una persona sana (hombre / mujer)?
- ¿Qué cosas puede hacer una persona sana que no puede hacer una persona enferma (hombre / mujer)?
- ¿En qué se nota que una persona es sana?, ¿Cómo se sabe que una persona es sana?
- Pregunta a hombres: ¿Cuáles son las características de una mujer sana?
- Pregunta a mujeres: ¿Cuáles son las características de un hombre sano?

¿QUÉ ES LO QUE MÁS LES GUSTA HACER CUANDO ESTÁN SANOS?⁶⁵

A LOS	LES GUSTA (2 cosas)
Niños	1. 2.
Niñas	
Adolescentes (h)	
Adolescentes (m)	
Hombres adultos	
Mujeres adultas	
Ancianos (h)	
Ancianas (m)	

- ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que haya buena salud para todos? (al menos 5 indicaciones en orden de importancia):
- ¿Qué no puede faltar para tener salud?:

PARA ESTAR SANO	NO ME PUEDE FALTAR /NO NOS PUEDE FALTAR/ SE NECESITA
YO	- - -
MI FAMILIA	- - -
MI COMUNIDAD	- - -
MI PUEBLO	- - -

⁶⁴ Es la pregunta básica. Se puede llegar a ella de muchas maneras. La mayoría de las preguntas que siguen son algunas posibles entradas al tema. El facilitador debería no conformarse con respuestas genéricas.

⁶⁵ Muchas de las entradas de esta sección suelen ser motivo de bromas y juegos. Puede ser interesante utilizarlas para relajar otros momentos de mayor tensión.

DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"

- Costumbres saludables: transmisión entre generaciones.

Resulta interesante crear dos subgrupos

Subgrupo 1º

¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS QUE DEBO ENSEÑAR Y/O APLICAR A MIS HIJOS PARA QUE VIVAN SANOS? (las que se puedan recordar en 10 minutos)

Subgrupo 2º

¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS QUE ME ENSEÑARON Y/O ME APLICARON MIS PADRES PARA VIVIR SANO? (las que se puedan recordar en 10 minutos)

Con los dos grupos: comparar resultados y analizar las diferencias.

- ¿Existen cuidados y precauciones que debe aplicar el marido para que la esposa esté sana? ¿En qué ocasiones?
- ¿Existen cuidados y precauciones que debe aplicar el padre para que los hijos no enfermen? ¿En qué ocasiones?
- ¿Cómo se prevenían los antiguos para estar fuertes?
 - Dietas
 - Tónicos vegetales
 - Purgantes
 - Bebidas de efectos espirituales
- Evaluación del interés de los (las) jóvenes por conocer y aplicar las prácticas tradicionales del cuidado de la salud.
- El buen sueño; si el Presidente se levanta con un buen sueño y nos dice: "Pidan, por una sola vez, las 3 cosas que crean que son más importantes para su salud, porque se las voy a dar de inmediato ¿Qué pedirían⁶⁶?

a.2 Enfermedad

- ¿Por qué se enferman las personas generalmente⁶⁷?
- ¿Cómo es una persona cuando está enferma?, ¿Cómo se sabe que la persona está enferma⁶⁸?
- Nosología (síntomas):

Se trata de describir síntomas y analizar con qué tipo de enfermedad se relacionan.

⁶⁶ Este supuesto al compararlo con los indicadores de lo que es buena salud para un pueblo puede dar muchas luces ya que el concepto de salud y la idea de lo que puede esperarse de parte del Estado para mejorar la salud suelen no ser coincidentes.

⁶⁷ Esta pregunta es fundamental y el facilitador debiera conocer anticipadamente algunos aspectos básicos de la concepción cultural de la enfermedad para hacer ver a los participantes de qué se trata la pregunta y que responde a un interés intercultural de la mayor importancia para orientar las iniciativas y programas de salud.

⁶⁸ Actitudes y aspecto en general, no síntomas de enfermedades concretas.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES⁶⁹

SÍNTOMA ⁷⁰	EN TU IDIOMA ⁷¹	TIPO ⁷²	ENFERMEDAD ⁷³

Nota.-

Síntomas aparecidos en los talleres:

Algunos utilizables: dolor, fiebre, temblores, secreciones de todo tipo (sudor, esputo, vómito, sangre, excretas, orina, vaginales, peneanas, babas, flemas, etc.), tos, respiración, chupos, erupciones, picazón, ardor, hinchazón, manchas, desteñidos, frío-calor, palidez, otras coloraciones, aspectos generales (débil, hinchado), pulso, *mareación*, náuseas, desmayos, rigidez, actitudes anómalas (locura, susto, inapetente, descontrol de movimiento, come tierra).

a.3 Impacto social, familiar y comunal

- Reacciones de la familia y/ o de la Comunidad ante la enfermedad:
 - Solidaridad espontánea
 - Obligaciones culturales
 - Precauciones al contagio
 - Otras
- El contagio: conocimiento, concepción, previsión, evaluación de riesgos.
- ¿Cómo afecta a la familia que se enfermen sus miembros? (especial consideración del caso de los padres).
- Frecuentemente, en caso de epidemias, la familia entera queda afectada: ¿Qué ocurre con la alimentación, cómo responde la comunidad?
- ¿Cuál es la reacción previsible frente a un brote grave de una epidemia?

a.4. Enfermedades, daños y otras dolencias con connotaciones culturales propias⁷⁴.

- Enfermedades que se producen por no respetar prohibiciones o dietas; nombre, descripción, causas, síntomas, efectos.
- Enfermedades que se producen por daño de gente: nombre, descripción, causas, síntomas, efectos.

⁶⁹ Se trata de describir síntomas y analizar con qué tipo de enfermedad se relacionan. Según la disponibilidad de tiempo y el tipo de grupo de que se trate este cuadro puede aplicarse directamente o a través de métodos de “memoria viva” (preguntas a conocedores) por miembros del propio grupo o por profesionales fuera del trabajo del taller.

⁷⁰ Se puede trabajar seleccionando entre los síntomas que han aparecido en otros talleres, ver la nota, y añadir los síntomas específicos que mencione el grupo

⁷¹ Se trata de conocer el nombre de ese síntoma en el propio idioma

⁷² Tipos de tos, de mucosidad, de vómito, etc.

⁷³ En castellano y en el propio idioma.

⁷⁴ Se trata de los síndromes construidos culturalmente. Son muy importantes para conocer el complejo salud – enfermedad; en ocasiones dan cuenta de un porcentaje muy alto de la morbilidad y mortalidad desde una perspectiva interna. Interesa aclarar bien al grupo de lo que se trata y mostrar un interés y un respeto real por el tema. Si bien se proponen algunas entradas, se trata de un tema muy flexible; si surge el tema con comodidad, el facilitador debería permitir que el análisis fluya para provocar hallazgos que den luces al sector salud acerca de la “otra” perspectiva.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Enfermedades que se producen por daño de animales o plantas: nombre, descripción, causas, síntomas, efectos.
- Otras enfermedades de tipo espiritual o producida por espíritus o por reacciones de la naturaleza.
- Cómo reacciona el enfermo, la familia y/ o la Comunidad ante las enfermedades producidas por daños de persona.
- ¿Hay más enfermedades por daño de persona ahora o antes y por qué?

a.5 Percepción evaluativa⁷⁵

- Evaluación de los cambios en el estado de salud de la población del pueblo consultado
 - i. Mejor - Peor
 - ii. Principales cambios que pueden explicar esa evolución

b) Recomendaciones

Muchos de los datos acerca de los síntomas y causas, incluyendo las denominaciones en el idioma del pueblo consultado, pueden obtenerse ventajosamente en apartes con el personal técnico de salud indígena o en reuniones de trabajo más pequeñas. De hecho pueden ser entradas poco dadas al debate y generar desmembramiento del grupo al concentrarse la comunicación en uno o dos participantes. El facilitador debe evaluar si suscita o no interés colectivo y, en su caso, optar por diferentes estrategias de colecta informativa

El tratamiento de las enfermedades construidas culturalmente puede ser importante y rico en información útil; pero requiere de una gran destreza y entrenamiento en el diálogo intercultural para que se genere un ambiente propicio para el análisis de esta temática de salud. No es necesario compartir ninguna creencia, ni simularlo, pero si es necesario sentir interés verdadero por comprender cómo es que funciona y cual es el sufrimiento que puede ocasionar producir determinado tipo de enfermedad.

⁷⁵ Se pide una síntesis de la actual situación de salud. El facilitador deberá evaluar si es oportuno hacerla y cómo.

6.5.3.2 Grupo 6: Enfermedades más frecuentes

a) Orientación preliminar Posibles entradas a la temática

La temática de este grupo sigue siendo la morbilidad y la mortalidad predominante entre la población de un determinado pueblo indígena.

La mirada de este grupo presenta la morbilidad y la mortalidad desde una perspectiva propia y busca complementar, precisar, explicar y, si lo requiere, introducir correctivos a la restringida información procedente del MINSA. En muchos casos, cuando no existe información específica alguna, se trata de originar una primera línea de base informativa que aportará las hipótesis para un futuro trabajo de investigación.

La primera limitante que surge al pretender analizar la mortalidad y la morbilidad de un pueblo indígena⁷⁶ es que ninguno de los múltiples sistemas de información del Sector Salud permite diferenciar la procedencia étnica y, por ello, la problemática de salud específica de esta población.

Por lo que hace a la mortalidad, y pese a que la inscripción de las defunciones es una obligación legal, las consultas vienen alertando acerca de un sub registro a niveles importantes⁷⁷. Las causas son de muchos tipos: barreras, culturales, costos, accesibilidad. Se ha comprobado, por ejemplo, que la falta del registro, sobre todo en casos de muerte materna, se presenta como logro de una meta de no ocurrencia que evita posibles sanciones⁷⁸. Las costumbres de muchos pueblos indígenas de no mencionar sus muertos, para no molestar (o que no les molesten) sus espíritus, y la ausencia de motivos que justifiquen un desplazamiento para dar cuenta a un tercero del fallecimiento de un familiar son razones adicionales para que la información acerca de la mortalidad sea muy poco confiable⁷⁹.

Un problema adicional es el que se refiere a las causas de muerte en zonas donde no existen medios de diagnóstico ni personal especializado. Muchas veces los datos informan muy poco o casi nada.

Las distancias culturales entre los comuneros y el personal de salud pueden también contribuir a la confusión de los datos por coexistir diferentes lecturas culturales de una misma información. Por ejemplo, en muchos pueblos, un buen porcentaje de las muertes se atribuyen a un daño espiritual intencional, que para los interesados supone un acto criminal violento. En esos casos las estadísticas oficiales identifican los “eventos de intención no determinada” como la principal causa de mortalidad. En esta causal se incluyen muertes violentas sin especificación y, dado que el dato es obtenido de información de parte, pudiera ser que se refiera a ese tipo de daño espiritual que es una causal cultural genérica para muertes con muy diferente origen.

Por lo que se refiere a la morbilidad, la situación es parecida. La información utilizable es la que proviene de los establecimientos de salud que se encuentran en los distritos de mayor población indígena. Por razones similares a las mencionadas el registro tiene deficiencias notables.

Estos centros registran tan solo, y con muchas imprecisiones (por razones de idioma, cultura, etc.), los casos de demanda de atención que les llegan, pero no la demanda que

⁷⁶ Un análisis más pormenorizado de los problemas de registro ver “Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la Amazonía”, págs. 47 y ss. MINSA – OGE, 2003

⁷⁷ El sub registro de la mortalidad es importante a nivel nacional (cerca al 50%) pero lo es más en las regiones amazónicas más alejadas de los centros poblados.

⁷⁸ *Ibidem*; ver también ASIS de pueblos Shipibo – Konibo y Nanti

⁷⁹ Conociendo estas limitaciones ocurre que determinados agentes de impacto (como pueden ser las empresas gasíferas o petroleras) apelan al carácter científico de las estadísticas oficiales (inexistentes) para negar el valor de cualquier otro tipo de información que no se haya obtenido oficialmente. Es así como graves impactos sobre la vida de pueblos enteros quedan ocultos.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

no llega que puede ser de una magnitud considerable (hasta de un 100% en varios de estos pueblos sin acceso regular a establecimientos de salud).

Por otra parte, la oferta de programas estatales se limita a la atención de cierto tipo de morbilidad. La demanda se ajusta a esta oferta y son esos los casos que se registran, quedando fuera mucha información.

Por todas estas razones, la información que pueden aportar los interesados, aun cuando pudiera no contar con un respaldo científico confiable, tiene una importancia determinante porque puede ser la única disponible.

En este grupo temático se ha incluido el análisis de algunas reacciones colectivas frente a la enfermedad y, en especial, frente a los brotes epidémicos. Las epidemias han ocasionado (y siguen ocasionando) dramáticas reducciones de las poblaciones por razones que ya han sido descritas frecuentemente. Ello explica que la reacción social frente a las enfermedades, principalmente aquellas que son desconocidas o que se presentan con virulencia expansiva, estén cargadas de emotividad. Conocer estas reacciones puede permitir planificar la respuesta a determinados eventos para aminorar su expansión o sus efectos.

a.1 Morbilidad

- Enfermedades
 - Enfermedades más frecuentes
 - Enfermedades más graves y más temidas
 - Enfermedades incurables
 - Enfermedades nuevas y/o recientes
- Las nuevas enfermedades.
 - ¿Por qué se producen?
 - ¿Cómo llegan?
 - ¿Cuál es la reacción de las personas ante una enfermedad desconocida?
 - ¿Cuál es la reacción del promotor o técnico?
- Sexo y edad de los enfermos
 - ¿Se enferman más las mujeres o los hombres? ¿Por qué?
 - ¿De qué se enferman las criaturas de pecho y por qué?
 - ¿De qué se enferman los niños después de dejar el pecho y por qué?
 - ¿Hay alguna enfermedad que les da más a los adolescentes (hombres/mujeres)?
 - ¿Qué problemas de salud afectan más a las personas mayores?

a.2 Morbilidad específica

- Análisis pormenorizado de enfermedades de mayor preocupación⁸⁰.

La selección de las enfermedades que se van a analizar con mayor profundidad puede basarse en la descripción de la morbilidad que ha realizado el propio grupo o también incluir algunas de las listados como 10 primeras causas de morbilidad del HIS, las ELITES, o combinar criterios. Es importante no descartar, si está entre las más frecuentes o las más graves, el análisis de las enfermedades específicas de cada cultura (cutipados)

(Cutipado: denominación cultural que atribuye afección principalmente a los niños pequeños, de “espíritu débil” y puede ser ocasionado por los espíritus de los animales, plantas o difuntos. Llegan al niño a través de los padres o familiares cercanos que trasgreden las normas tradicionales de prevención establecidas para proteger al niño. Estos síndromes culturales pueden manifestarse con fiebre, tos, diarrea, nerviosidad, alergia, entre otros).

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

Por ejemplo:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Malaria
- Leishmaniosis
- Diarreas
- Gripes

EJEMPLO DE ANÁLISIS DE MALARIA⁸¹: CAUSAS Y EFECTOS

¿Por qué se produce? Causa y causa de causa	
¿Qué síntomas nota el enfermo? ⁸²	
¿Cómo perjudica a la familia?	
¿Quién la cura? ¿Cómo o con qué se cura?	
¿Hay remedio vegetal?	
¿Es fácil conseguir remedios?	
¿Puede matar? ¿Cuándo?	

a.3 Epidemias

- Recuento histórico de las epidemias de las épocas más recientes⁸³ (cuándo se produjo, en qué lugares, cómo llegó, cuánto duró, cómo se extendió, ¿mató gente?, cómo se trato, cómo se pasó, qué hizo la gente, cómo actuaron el Estado o las instituciones, etc.)
- En general; ¿Cómo llegan, quién las trae, cómo se producen?
- ¿Cuáles han aparecido súbitamente en ocasiones históricas y cuáles vuelven siempre?
- Simulación⁸⁴: presentar en dos subgrupos, dos supuestos de epidemias desconocidas que se presenta de manera inopinada (por ejemplo, cólera y rabia); después de describir los síntomas cada grupo, que se va a desempeñar cual si fuera una junta Directiva Comunal, debe discutir en 10 minutos cuál cree que sería la reacción de su comunidad y deberá dictar tres medidas urgentes para controlar la situación.

⁸¹ Este esquema se aplica una por una a todas las enfermedades que se hayan seleccionado.

⁸² Muchas veces la sintomatología no va a corresponder con las denominaciones científicas; no hay que corregir porque es importante constatar las divergencias.

⁸³ Puede utilizarse la metodología “Memoria Viva” desplazando subgrupos a conversar con personas mayores que puedan dar esa información si es que el grupo no la tiene en su propia memoria o también convocar al grupo a esos informantes.

⁸⁴ Se trata de indagar acerca de las reacciones esperadas ante un brote epidémico grave y las alternativas de resolución de la comunidad. El facilitador puede idear otra manera de acceder a ese resultado.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

a.4 Mortalidad⁸⁵

¿De qué se mueren las personas en tu comunidad?

Motivos	Muy frecuente	Poco frecuente	Rarísimo	No se da
Por enfermedad grave o incurable				
Por problemas debidos a falta de atención sanitaria y médica oportuna				
Por suicidio				
Por vejez				
Por accidentes y ahogamientos				
Por daño de gente				
Por descuidos y/o faltas de los padres				
Por embarazo				
Por aborto				
Por parto				
Por homicidio				
Por picadura de víbora				
De pena u otras similares de carácter sentimental				
Por otras razones (especificar)				
Por otras razones (especificar)				

Sucesos de Mortalidad⁸⁶

AÑO DE MUERTE	EDAD ⁸⁷		COMO ERA LA ENFERMEDAD ⁸⁸	CAUSA DE MUERTE ⁸⁹	ATENCIÓN RECIBIDA
	hombre	mujer			

- **Mortalidad y grupos de edad**

- ¿A qué edades se mueren mas frecuentemente las criaturas y por qué?

⁸⁵ Es preciso preguntar a los facilitadores indígenas cómo se debe enfocar este tema e incluso si se debe tocar colectivamente. En muchas ocasiones la simple mención de los fallecidos, sobre todo los recientes, es problemática por razones culturales.

⁸⁶ Esta información se cubre en la Encuesta que se aplica a cada comunidad. Se incluye aquí para el caso de que no se haya podido aplicar dicha Encuesta. Se suele considerar la mortalidad en un periodo anterior de un año que es un lapso adecuado para la memoria colectiva.

⁸⁷ Si no pueden precisar la edad, indicar: bebe (cuando no camina); niño (incluye de 1 año a escolar de primaria); joven (cuando terminó la primaria y puede o no tener familia); mayor.

⁸⁸ Describir manifestaciones de la enfermedad que ocasionó la muerte como: SÍNDROMES: fiebre; fiebre y tos; tos con sangre; icterico; hemorragias; diarreas; dolor (señalar dónde); rigidez de nuca; convulsiones.

⁸⁹ Colocar de acuerdo a la información dada si la muerte se debió a: enfermedad, daño, cutipado o similares o causa externa (Causas Externas: ofidismo; lesiones; agresiones; ahogamiento; envenenamiento; accidentes, quemaduras).

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- ¿Hasta cuando llegan a vivir las personas mayores? ¿Cuántos ancianos viven en tu comunidad?

a.5 Percepción evaluativa

- ¿Cada día hay más enfermedades o menos?
- ¿Cada día tenemos mejor control de las enfermedades o menos?
- Explicación de los cambios de posición (seguridad colectiva) respecto a la enfermedad.

b) Recomendaciones

Es importante que los síntomas se expresen siempre en idioma propio y si es necesario y posible con traducción.

Muchas veces la sintomatología no va a corresponder con las denominaciones científicas; no hay que corregir porque es importante constatar las divergencias.

En la morbilidad, y con mayor frecuencia en la mortalidad, van a aparecer enfermedades o síndromes que son específicos de una determinada cultura. Las hemos denominado, siguiendo a Cárdenas Timoteo, como síndromes o cuadros patológicos contruidos culturalmente y son objeto de análisis para el grupo temático anterior. Sin embargo van a aparecer posiblemente como sucesos de mortalidad y morbilidad junto con otras enfermedades comunes. En ese caso deben recibir un tratamiento similar al de los demás cuadros patológicos. Es importante que se respete el peso específico que tiene este tipo de patología en el conjunto de la morbi mortalidad tal como es percibida por los interesados.

6.5.3.3 Grupo 7: Enfermedades y problemas de salud que afectan a las mujeres

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

Las consecuencias para los pueblos indígenas del progresivo deterioro de la Amazonía son bien conocidas. Los impactos que las nuevas condiciones generan en el entorno doméstico, y muy especialmente, en la familia indígena, son demoledores al impulsar la desvalorización de lo propio, la erosión de conocimientos imprescindibles para la vida, tanto en hombres como en mujeres, y el debilitamiento de la organización familiar.

El rol de la mujer indígena en la Amazonía ha sido muy respetado asumiendo la mayor parte de las tareas de producción, reproducción y cuidado del bienestar y la salud familiar.

La mujer controló la producción teniendo a su cargo el cultivo, la preparación y distribución de los alimentos principales. Muchas funciones como la distribución del excedente de masato, hoy sancionado por las religiones que propugnan la abstinencia, la colocaban en el centro de la vida social. La relación directa y diaria con una biodiversidad culturalmente reconstruida otorga a la mujer una gravitante responsabilidad en el mantenimiento, desarrollo y transmisión de un patrimonio cultural de importancia básica para la salud familiar.

Los cambios provocados por la colonización y la integración al mercado han generado desventajas comparativas para la mujer haciendo que su alta posición social sea cada vez menos reconocible en una buena cantidad de pueblos integrados. La importancia creciente del mercado relega a la mujer a papeles domésticos de menor importancia social resquebrajando su autoestima.

No significa que la mujer disminuye su carga de trabajo. Por el contrario la mujer sigue realizando sus tareas cotidianas y en peores condiciones; pero sin el prestigio que estas actividades antes tuvieron y que ahora tiene la producción para el mercado.

La complementariedad entre hombre y mujer se ha desestabilizado. La drástica reducción de la caza y la pesca, obliga al hombre a buscar un nuevo rol casi siempre en relación con la sociedad externa. La mujer no sólo se ve excluida de relaciones sociales sino que sufre las consecuencias del cambio de paradigmas, gustos y aficiones del marido en sus nuevas relaciones con la sociedad nacional. La insatisfacción de las expectativas mutuas hace que en muchos casos la familia esté sufriendo un deterioro visible en las relaciones de pareja, la falta de estímulos para la transmisión cultural de conocimientos indispensables para el desarrollo de la futura mujer, separaciones y abandonos y, en algunos casos, violencia, alcoholismo y un aumento de enfermedades de transmisión sexual importadas.

Los nuevos patrones de asentamiento comunal orientados hacia el acercamiento al mercado, aumentan la carga de trabajo de la mujer, alejando su vivienda de la chacra, el agua o la leña. La contaminación de los ríos obra en el mismo sentido.

La educación de los niños y jóvenes deja de estar orientada hacia la autosuficiencia y la sabiduría de la mujer deja de ser estimada. La escuela aleja a las jóvenes de sus madres, habitualmente monolingües, que poco pueden ayudar en ese proceso de alienación y pierden el control de la culturización y la construcción de la feminidad de sus hijas.

Hijos no deseados, niños abandonados, maternidad temprana y de riesgo, migración juvenil para servir como domésticas en las ciudades, son nuevos fenómenos en el panorama de varios pueblos indígenas.

La importancia de la mujer para la salud y el bienestar de los pueblos indígenas es determinante. Una mujer sana, con prestigio social y con autoestima puede ser el mejor agente de salud con el que cuentan estos pueblos y debe ser considerado con la mayor atención en los programas e iniciativas del sector.

Los factores que pueden contribuir a ese objetivo son muy variados y posiblemente este sea un tema donde la mirada integral es obligada.

Si bien este grupo temático debe buscar profundizar en la morbi mortalidad específica de la mujer, se ha venido utilizando este espacio íntimo del grupo de mujeres para identificar

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

otros aspectos que influyen en su salud física y mental de las mujeres así como sus relaciones con el personal del sector salud. Es decir, la guía sugerida para este grupo, al contrario de los demás con contenidos más específicos, intenta alcanzar una visión completa de todo el esquema (factores determinantes, morbi mortalidad y respuesta social) desde la mirada femenina.

Interesa que las participantes puedan relacionar su salud mental y física con factores como la composición de la familia, la división del trabajo, las satisfacciones y problemas de la vida de pareja, la expresión de afectos y la sexualidad, los itinerarios de la vida de la mujer desde la infancia hasta la edad madura, las expectativas femeninas, los cambios de conducta.

En cualquier caso el centro más importante de la atención está relacionado con aspectos como la gestación, parto y puerperio, las relaciones de las mujeres con los servicios de salud para estos menesteres y la mortalidad y morbilidad asociada a la maternidad.

En este grupo se busca también hacer un repaso de la temática asociada a los problemas de salud del recién nacido y del niño pequeño, generalmente al cuidado cercano de la madre.

Por último se considera la necesidad de revisar las relaciones de las mujeres con el personal de salud para identificar las razones del habitual sub registro de la morbi mortalidad de la mujer indígena⁹⁰.

a.1 Mujer sana / mujer enferma

- Cómo es una mujer sana, qué hace, cómo se siente, cómo se puede notar, qué le gusta hacer.
- Cómo es una mujer enferma, qué no puede hacer, cómo se siente, cómo reacciona, quién la atiende.
- De qué y por qué se enferman mayormente las mujeres.

a.2 Quehacer familiar

- Qué hace una madre de familia durante el día⁹¹

HORARIO APROXIMADO	QUEHACER DIARIO RUTINAS	OTROS QUEHACERES DIARIOS (A CUALQUIER HORA)

- Distribución del tiempo de trabajo en base a la información del cuadro anterior⁹²

⁹⁰ Es un tema que corresponde al grupo temático que se ocupa de la respuesta social, pero que, en lo que se refiere a las mujeres, conviene integrarlo a este grupo especializado en la problemática de la mujer.

⁹¹ Es una cronología del día hay cosas que se hacen de manera rutinaria todos los días y otras que tienen que hacerse de todas maneras aún cuando no exista una hora señalada.

⁹² Esta es una tarea del analista pero es muy importante que el grupo de mujeres tenga una conciencia clara de su carga de trabajo.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

FINALIDAD DEL TRABAJO	HORAS
Chacra	
Preparación de alimentos	
Otras tareas domésticas	
Otras tareas productivas	
Otras tareas	
TOTAL DE HORAS DE TRABAJO AL DÍA	

- Otros quehaceres:
 - Quehaceres frecuentes (no diarios)
 - Quehaceres estacionales (típicos de ciertas estaciones)
 - Quehaceres esporádicos (muy de vez en cuando)
- Distribución de tareas

TAREAS QUE LE CORRESPONDEN A CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA

Al padre de familia	A la madre de familia	A los hijos	A las hijas	A otros miembros de la familia

- Evaluación de la carga de trabajo de la mujer; evaluar si va en aumento o si disminuye y por qué.
- Comportamiento de los maridos respecto al cumplimiento de sus propias obligaciones:
 - ¿Los hombres están cumpliendo las tareas que le corresponden? Explicación de la respuesta.
 - ¿A quién le cae más trabajo hoy en día?
 - ¿En qué trabajos les gustaría más ayuda del marido?
 - ¿En qué tareas domésticas o productivas NO le parece bien o no le gustaría que se metiera el marido?
- Cambios en las condiciones de acceso a la chacra, el agua limpia o potable, la leña, los recursos artesanales u otros que sean importantes para el quehacer femenino; explicación y valoración de esos cambios.
- Aportes de las mujeres al ingreso familiar a través de actividades productivas para el mercado.
- Satisfacciones en el quehacer diario.
 - ¿Qué tipo de trabajo les gusta más?
 - ¿Qué tipo de trabajo les gusta menos?

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- ¿Qué trabajo es el más fatigoso?
- ¿En qué aspectos influye la pérdida de conocimientos?
- ¿En qué influyen los cambios en la cantidad, la calidad o el acceso a los recursos?
- Autoestima:
 - ¿Cómo se valoran como agricultoras, artesanas, etc.?
 - ¿Se sienten bien con lo que hacen como mujeres?
 - ¿Qué cambios creen que pueden ayudarlas a sentirse mejor?
 - ¿Cuál es la percepción de las mujeres respecto a la importancia que los maridos dan a los quehaceres de sus mujeres? ¿Lo valoran? ¿Le dan o no le dan mucha importancia?

a.3. Mujer y sociedad

- La mujer en la comunidad
 - Evaluar la condición social de la mujer en la comunidad. La mujer ¿está prestigiada en la comunidad?
 - ¿Qué problemas sociales se producen en la vida comunal? (visión de género)
 - ¿La mujer participa en las asambleas? ¿Eso es importante?
 - ¿La mujer ocupa cargos directivos? ¿Eso es importante?
 - Aspectos en los que la mujer está discriminada.
 - Aspectos en que la mujer está reconocida socialmente.
 - ¿Qué importancia tiene la opinión de la mujer en asuntos comunales?
 - Espacios de discusión y de relación entre mujeres

a.4 Ciclo de vida⁹³

- Infancia: diferencias en el cuidado y educación de niños y niñas.
- Pubertad:
 - Construcción de la feminidad, quién orienta⁹⁴
 - Comunicación madre-hija; padre - hija⁹⁵
 - Los paradigmas (a quién quieren parecerse)⁹⁶
 - Relaciones entre adolescentes (chicas-chicas, chicas-chicos).
 - Importancia del aspecto externo.
 - Cambios y problemas frecuentes de comportamiento en las niñas adolescentes.

⁹³ Se tratan aquí aspectos que ya se vieron en el grupo temático 4 relativo a los cambios; por cuestiones de método se retoman esos aspectos planteándolos en un contexto diferente. El Equipo de Consulta será el que determine la estrategia que defina en cada caso el mejor uso de la guía. Como se verá, muchos de estos temas requieren la intimidad de una conversación y puede ser preferible, si ese clima no se logra, tratarlos en entrevistas privadas.

⁹⁴ Se trata de ver cómo se forma como mujer, quién influye, quien orienta, cómo y dónde se adquieren las actitudes básicas, los comportamientos esperados de una mujer.

⁹⁵ Se trata de una descripción general de las relaciones entre madre e hija. Interesa conocer también el rol del padre en la formación del carácter de las jóvenes.

⁹⁶ En los talleres este tema ha resultado muy revelador al comparar los modelos ideales de generaciones diferentes. En qué tipo de mujer se inspiran las jóvenes.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Las niñas adolescentes en la escuela y el colegio: evaluación de esa novedad⁹⁷.
- Participación de las madres en la educación escolar de las hijas.
- Sexualidad⁹⁸
 - Información sexual: el rol de la madre en la información; ¿A través de qué otros medios se adquiere este tipo de información?
 - Percepción acerca de la posibilidad de que el tema sea tratado en la escuela o en otros espacios públicos.
 - Información proveniente del Sector Salud.
 - ¿Existen algunos ritos o pruebas particulares para expresar socialmente los cambios de niña a mujer?
 - Edad aproximada de la iniciación sexual, si existe apertura para el tema.
 - Nivel de libertad o naturalidad en las relaciones entre jóvenes de ambos sexos (espacios que comparten, espacios que se restringen a unos u otras, prohibiciones, juegos).
 - Comportamientos de riesgo frecuentes entre los y las jóvenes en la actualidad, de acuerdo a la percepción de las madres de familia.
 - Nivel de conocimiento sobre controles de la concepción.
 - Consecuencias y reacciones sociales y familiares que se pueden derivar de las relaciones sexuales prematrimoniales.

a.5 Matrimonio y ambiente familiar

- Matrimonio:
 - ¿A qué edad se inicia una convivencia destinada a conformar una nueva familia (hombre / mujer)?
 - ¿Quién y cómo se elige la pareja?
 - Tabúes y prohibiciones nupciales (ideas acerca de lo que son relaciones deseables y no deseables o incestuosas).
 - Nivel de estabilidad que se puede esperar en una relación de pareja con propósitos familiares.
 - Dónde van a vivir los esposos.
 - Relación entre el número de hombres y el de mujeres.
 - Si existe: Poligamia socialmente aceptada. Número de mujeres, parentesco entre ellas, descripción de la institución (quienes pueden tener más de una mujer, donde viven, qué obligaciones tiene el esposo con cada una, etc.).
 - La mujer mayor soltera: su posibilidad, posición social y condiciones de vida.
 - La mujer viuda: su posición, condiciones de vida.

⁹⁷ Por lo general la incorporación de las niñas a la escuela es reciente y viene provocando grandes cambios en muchos aspectos de su formación. Interesa conocer la actitud de las madres hacia esa delegación de la responsabilidad educativa en el profesorado.

⁹⁸ Este tema es, obviamente, muy delicado y posiblemente deba abordarse con otros métodos complementarios. En algunos talleres se ha repartido la temática en diversas maneras; se han establecido grupos focales con escolares, se han planteado historias de vida con señoras que lo han aceptado, etc. En otros talleres, sorprendentemente, este tema ha facilitado el ambiente de intimidad que este grupo temático necesita para funcionar. Como en otros aspectos delicados, las participantes deben tener la seguridad que tan solo aparecerá la información que ellas estén dispuestas a dar a conocer.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Ambiente familiar
 - Descripción del ambiente familiar
 - Distribución de espacios en la vivienda y anexos.
 - Mujeres y hombres, espacios comunes y espacios exclusivos o propios.
 - Aseo e higiene familiar: descripción (comportamientos, normas, quién o quiénes controlan).
 - Respetos debidos entre esposos (y evolución actual).
 - Respeto y rol de los ancianos (y evolución actual).
 - Respeto de los hijos a los padres (y evolución actual).
 - ¿Cómo reciben los jóvenes los consejos de los padres? (y evolución actual).
 - ¿Qué otras influencias reciben los jóvenes además de la de los padres?
- Pareja
 - ¿Qué actividades hacen juntos los esposos? ¿Qué momentos comparten?
 - ¿Qué cosas les gustaría hacer más frecuentemente con el esposo? (salidas al monte, viajes, trabajos, actividades, otras).
 - ¿Qué momentos son compartidos por toda la familia?
 - Importancia, problemas y nivel de satisfacción respecto a los afectos y la sexualidad entre esposos (si quieren hablar del tema).
 - ¿Qué les gusta del marido? (carácter / actuaciones)
 - ¿Qué no les gusta del marido? (carácter / actuaciones)
 - ¿Cuáles son las actividades compartidas que les producen satisfacción a ella, a él, a ambos?,
 - ¿Por qué y cómo se comportan mal los maridos? (conductas negativas y su explicación).
 - Violencia familiar.
 - Bigamia o poligamia como norma social: sentimientos y reacciones de la mujer, evaluación de la institución.
 - Relaciones fuera del matrimonio: evaluación, reacciones, consecuencias sociales (mujer/hombre).
 - El marido que trabaja fuera: evaluación de esta situación para el bienestar familiar.

a.6 Problemas

- Problemas con la sexualidad
 - Abuso sexual al interior de la familia
 - Violación: frecuencia, quiénes, reacciones.
 - Problemas con gente foránea.
 - Cambios preocupantes en el aspecto sexual: cuáles son, por qué se producen.
 - Homosexualidad, existencia y evaluación social, reacciones (si hay apertura al tema)
- Enfermedades de transmisión sexual
 - Frecuencia.

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Explicación de las causas.
- Reacciones
- Nivel de comunicación respecto a su aparición
- Conocimiento acerca de los riesgos y la gravedad de ciertas ETS
- Formas de prevención y nivel de seguridad.

a.7 Maternidad⁹⁹

- Comportamiento reproductivo
 - Edades de iniciación y frecuencia de casos de precocidad.
 - Embarazos de las escolares.
 - Problemas de salud asociados a la nupcialidad temprana.
 - Embarazos no deseados: si existen o no y por qué.
 - Abortos: cuando, por qué y cómo
 - Número de hijos por mujer
 - Intervalos entre hijos y su justificación.
 - Proporción hijos vivos, hijos no logrados.
 - Planificación de los hijos, rol del hombre y de la mujer.
 - Evaluación de las altas tasas de fertilidad (¿Es una carga o una ventaja?).
 - La mujer infértil, evaluación social y explicaciones.
 - Uso de controles de natalidad desarrollados al interior de la propia cultura.
 - Uso de los nuevos medios de control de la natalidad promocionados por el Estado.
- Gestación
 - Cuidados de la mujer.
 - Apoyos familiares y atención de conocedores.
 - Cambios de la rutina laboral.
 - Obligaciones del marido hacia la mujer gestante.
 - Manifestaciones frecuentes asociadas a la gestación (náuseas, antojos, etc.).
 - ¿A quién pedir consejos?: especialistas
 - Búsqueda de apoyo en los centros y puestos de salud.
- Parto
 - ¿Cómo es el parto, dónde?
 - Complicaciones frecuentes en el parto, ¿cómo se resuelven, quién resuelve?
 - ¿Quién ayuda al parto, qué hace el marido?
 - Prácticas corrientes: corte del cordón, destino de la placenta, aseo, etc.
 - Pérdidas, reacciones.
 - Niños con problemas, gemelos, otros casos similares: reacciones.

⁹⁹ Este tema es sumamente importante pero sin embargo en los talleres ha resultado poco estimulante para las participantes; posiblemente se requiera mejorar su tratamiento.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

- Puerperio
 - Cuidados y exigencias del recién nacido: peligros especiales (ojeos, cutipados, etc.)
 - Tabúes y prohibiciones para los padres o uno de ellos
 - Complicaciones para la madre o para el niño, por qué se producen
 - Dietas, alimentación, tratamientos, ejercicios.
 - Relaciones sexuales post parto.
 - Reincorporación de la mujer a las tareas domésticas (medido en días)

a.8 Niños

- Lactancia materna:
 - Duración.
 - Higiene.
 - Cantidad de leche, alteraciones y sus causas; procedimientos para variar su nivel.
- Destete y alimentación.
- Complicaciones del cuidado de los niños y sus causas.
- Enfermedades más graves
 - Diarreas
 - Enfermedades de las vías respiratorias
 - Otras
 - Nivel de reconocimiento de los síntomas de gravedad
 - Qué se hace en caso de emergencia
- Percepción de la efectividad de las vacunaciones (actitudes)
- Prácticas corrientes en el cuidado de los niños (cómo evitar que lloren, que tengan apetito, que caminen rápido, que vayan adquiriendo habilidades o fortalezas, etc.)

a.9 La mujer y los servicios de salud

- Evaluación de los programas de planificación del Estado.
- Experiencias con la esterilización.
- Utilización de los servicios de las obstetras.
- Trato a las mujeres por el personal de salud: dificultades mayores.
- Habitualidad de recurrir a la posta: para qué tipo de problemas.
- Problemas de los servicios de salud para las mujeres.
- Atención por hombres: evaluación.
- Atención por extraños o extrañas: evaluación.
- Cambios de conducta atribuibles a las promociones del Estado (anticonceptivos, mensajes educativos, campañas preventivas, etc.)

a.10 Posibilidad de temáticas especiales

Se considera la posibilidad de un espacio para el tratamiento de temas especiales que son peculiares del pueblo consultado o que despierta en ellos mayor interés. Por ejemplo. En el caso Aguaruna, el tema del suicidio fue objeto de un profundo análisis. Las mujeres Shipibo – Konibo presentaron una serie de problemas relativos a las prolongadas salidas del hogar para vender sus artesanías. Las mujeres Matsigenkas pusieron mayor atención en el aumento de la carga de trabajo femenino como consecuencia de la presencia contaminante de compañías de hidrocarburos. Las mujeres Nanti presentaron una problemática relacionada con el reciente desbalance del índice de masculinidad. Las mujeres Kandozi, afectadas por una severa epidemia de hepatitis B, estuvieron interesadas en la vacunación de los recién nacidos.

b) Recomendaciones:

- Este es un grupo especial. Lo facilita siempre una mujer que debe contar con entrenamiento y, a ser posible, con la confianza del grupo.
- Abrir un clima de intimidad y confianza previo a cada tema delicado puede posibilitar o no su tratamiento.
- Es muy importante asegurar que el grupo mantenga el control de lo que va a aparecer en los espacios públicos, ya sea la plenaria como el documento final del ASIS.
- Muchos temas tratados por los otros grupos se relacionan con la temática que desarrolla este grupo; de acuerdo con las circunstancias dichos temas se pueden incluir en el debate del grupo de las mujeres. Del mismo modo, algunas de las entradas propuestas para este grupo pueden distribuirse en otros grupos, sobre todo si existe la posibilidad de contar con más de un grupo de mujeres y más de una facilitadora mujer.
- La facilitadora deberá estar atenta a las reacciones del grupo ante cada tema y subtema y evaluar si algunos temas deben no ser tratados o ser abordados a través de procedimientos complementarios (grupos focales, entrevistas a mayores, historias de vida, etc.)
- Se recuerda que la guía es una serie de sugerencias, nunca un cuestionario. Los temas que no surjan o que resulten incómodos se pueden eliminar, sustituir o modificar. Esa habilidad del facilitador es especialmente importante en este grupo.
- Es importante que los temas surjan en positivo; la identificación de los factores determinantes del estado de salud mental y física debe poner de manifiesto una problemática que se puede y se debe afrontar de manera proactiva. La importancia del rol de la mujer como agente de la salud familiar debe quedar manifiesta, así como su correlación con la autoestima.

6.5.4 RESPUESTA SOCIAL

Esta tercera parte analiza la respuesta social a la problemática de salud del pueblo consultado bien sea la que se concreta en la oferta de servicios de salud de parte del Estado como aquella que proporciona el mismo pueblo a través de sus propios sistemas de salud tradicionales, los programas y coordinaciones de sus federaciones o la organización comunitaria.

La respuesta social en las consultas realizadas se ha analizado en base a tres grandes entradas de análisis, siendo la tercera un aporte complementario que incorpora la visión del personal de salud local o regional.

Grupo 8	Evaluación de los servicios y la atención del MINSA
Grupo 9	Evaluación de la situación y vigencia del Sistema de Salud propio del pueblo consultado
Grupo 10	Problemas principales del personal de salud que presta servicios al pueblo indígena consultado

6.5.4.1 GRUPO 8: Evaluación de los servicios y la atención del MINSA

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

La oferta de salud pública a los pueblos indígenas amazónicos cuenta con los índices más bajos del país. Los pueblos indígenas han estado al margen de los servicios de salud dispuestos por el Estado siendo la oferta oficial muy limitada en cuanto su cobertura, recursos y calidad, con rasgos discriminatorios y poco interesada en comprender o aprovechar las particularidades culturales y étnicas.

En ocasiones, el sistema de salud pública se ha enfrentado a los sistemas de salud tradicionales de los pueblos, como antes lo hicieran las misiones, contribuyendo a debilitar su confiabilidad principalmente entre las nuevas generaciones. El fuerte impacto de las nuevas enfermedades para las que la dinámica del conocimiento interno no ha contado con tiempo que le permita innovar respuestas es un nuevo factor de debilitamiento y un estímulo para el desplazamiento progresivo de la medicina tradicional y la subordinación dependiente de la medicina química de los poderosos fármacos modernos¹⁰⁰.

Este desplazamiento no es compensado por una adecuada oferta de los servicios públicos de salud creándose vacíos y estados de angustia e indefensión.

En los últimos años el MINSA ha mejorado la oferta de servicios en áreas rurales incluyendo las regiones amazónicas. No obstante, la menguada oferta sigue estando desorientada y los limitados recursos asignados no se distribuyen adecuadamente.

El desconocimiento de las verdaderas necesidades de la población, los múltiples prejuicios culturales y el poco aprecio por los importantísimos recursos de salud con que cuentan los pueblos amazónicos reduce la eficiencia de la asignación de recursos y las posibilidades de alcanzar metas y logros avalados por los usuarios.

Diversas iniciativas, entre las que se cuenta el impulso de la presente consulta, muestran que el MINSA comienza a interesarse en desarrollar políticas públicas interculturales que

¹⁰⁰ Es raro que un pueblo indígena reconozca la superioridad de un sistema médico como el occidental cuya lógica no comparte. Sin embargo, es general el reconocimiento de la gran efectividad de los remedios químicos en cuanto mejora tecnológica. Es por eso que cualquier campaña o iniciativa de salud que no esté respaldada por una buena provisión de remedios farmacéuticos tiene una aceptación muy limitada.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

mejoren la situación de salud de los pueblos indígenas y aproveche en bien del país los aportes de los diferentes sistemas de salud de los pueblos indígenas.

Este grupo busca una mirada crítica tanto hacia los servicios de salud pública como a la participación de las propias instancias organizativas en el mejoramiento de la salud.

Se intenta hacer explícitas las preferencias y la complementariedad en el uso de los servicios de salud públicos y la utilización de los propios recursos étnicos de salud.

Se evalúa la necesidad de la oferta pública de salud, los servicios y los diferentes programas, los sistemas y las instituciones pero también las personas y las actitudes de manera que se pueda tener un cuadro más explicativo que el que ofrece las cifras estadísticas de los establecimientos del sector.

Un punto de la mayor importancia en esta consulta es la evaluación del rol del personal técnico o experimentado que el pueblo indígena ha incorporado, directa o indirectamente, al servicio público de salud. Se parte del supuesto de que ellos pueden ser agentes fundamentales para posibilitar relaciones interculturales. Hoy día existen diversas propuestas, tanto del Sector Salud como de las Organizaciones Representativas indígenas, para desarrollar programas de formación bilingüe e intercultural para técnicos de salud de los diferentes pueblos.

Finalmente, como información específica de la respuesta del sector salud, incorporamos un pequeño conjunto de indicadores acerca del cumplimiento por parte del Estado de los compromisos adquiridos al ratificar el Convenio 169.

a.1 Evaluación de los servicios y la atención del MINSA

- Cobertura y capacidad resolutive del sistema
 - Establecimientos de salud, su tipo (hospitales, centros, puestos, botiquines). Explicitar distancias y dificultades de acceso.
 - Racionalización de la distribución de los servicios: evaluación.
 - Personal de salud local y su nivel profesional.
 - Posibilidad de acceso a intervenciones quirúrgicas.
 - Remedios: abastecimiento, acceso, costos, diversidad, adaptación a la realidad local, etc.
 - Emergencias.
 - Infraestructura (energía, por ejemplo)
 - Servicios (odontología, radiografías, laboratorio, etc.)
 - Aseo, higiene en los centros de salud pública.
 - Camas.
 - Movilidad fluvial y vial.
 - Cadena de frío.
 - Redes de comunicación
 - (Ubicación de la información en los mapas)
- Calidad de programas y servicios
 - Evaluación de las ELITES: frecuencia de las visitas, evaluación del servicio; coordinación de la planificación.
 - Visitas de personal de salud a la comunidad: frecuencia y evaluación.
 - Partos complicados, emergencias, enfermos crónicos u otros casos atendidos por personal de salud en la comunidad: evaluación.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

-
- Campañas de vacunación: evaluación
- Funcionamiento del seguro (SIS): evaluación de la cobertura y el servicio.
- Diagnóstico rápido de programas: EDA, IRA, TBC, Enfermedades Metaxénicas, ETS, etc.
- Ofidismo y abastecimiento de sueros antiofídicos.
- Capacitación e información: frecuencia, temas, evaluación.
- Vigilancia epidemiología (de enfermedades de alto riesgo en la región, por ejemplo rabia, hepatitis B u otras posibles).
- Supervisión y monitoreo; consultas a la comunidad acerca de la calidad de los servicios del MINSA

a.2 Atención al usuario indígena

- Evaluación del trato al paciente indígena de parte del personal de salud.
- Especial consideración a la atención de la mujer indígena.
- Discriminación observada.
- Traducción.
- Comprensión intercultural.
- Observaciones útiles.

a.3 Otros aportes externos a la salud

Evaluación de aportes a la salud de misiones, Municipio, ONGs, Fuerzas Armadas, empresas, ESSALUD, u otros presentes en la región: coordinación de esos aportes con las organizaciones representativas indígenas y las redes y microrredes del Sector Salud

a.4 Recursos comunales y organizativos

- Cómo se organiza la comunidad para la salud: autoevaluación.
- Botiquines comunales: aportes propios, control, funcionamiento.
- Botiquines comunales: abastecimiento, origen de los remedios, control de calidad y vigencia de los remedios, costos.
- Agrupaciones o asociaciones para adquisición de remedios si las hay.
- Movilidad comunal accesible a los agentes de salud.
- Infraestructura sanitaria.
- Comunicación.
- Evaluación general del trabajo de promotor de salud.
- Tareas frecuentes del promotor: responsabilidad que la comunidad le asigna.
- Promotores: responsabilidades que el MINSA le asigna y limitaciones que le impone.
- Incentivos de los promotores.
- Apoyo de la comunidad.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Problemas de la atención a las mujeres personal de salud varon (promotores o técnicos o médicos)
- Información que reciben los jóvenes escolares para cuidar su salud (especial atención a temas relacionados con ETS).
- La religión y la salud: en qué ayuda y en qué puede traer problemas¹⁰¹.
- Relaciones entre comunidades y centros de salud: planificación, coordinación, monitoreo de iniciativas comunes.
- Vigilancia comunitaria de epidemias y emergencias (si no existe, indagar sobre su posibilidad, ¿sería viable?).
- Incidencia en la salud de las organizaciones indígenas representativas: evaluación por los participantes
 - ¿Cuentan con instancias especializadas o con programas de salud en funcionamiento?
 - ¿Cómo se organizan las federaciones indígenas para coordinar con sus bases y con el MINSA?
 - ¿Cómo se planifican, ejecutan y evalúan operativos?
 - ¿Existen instituciones o mecanismos estables dentro del MINSA para velar por el problema de salud del pueblo indígena? Si no los hay, ¿habría interés en que se constituyan? ¿habría apoyo de la población a una iniciativa como esta? ¿Cómo podría funcionar, cuáles funciones serían las más oportunas para comenzar?

a.5 Educación, capacitación e información sobre salud

- Información
 - ¿Se hacen campañas educativas en las comunidades acerca de las diferentes enfermedades, intervenciones o programas?
 - ¿Cada cuánto?
- Programas de Capacitación y Formación de promotores
 - ¿Son frecuentes?
 - ¿Es la formación adecuada?
 - ¿Hay continuidad?
 - ¿Hay seguimiento?
 - Perfil del promotor: Las responsabilidades y atribuciones que se le asignan y para las que se capacita al promotor ¿son suficientes? ¿o están muy limitados?
 - Nivel de adaptación cultural de los programas y materiales educativos
- Formación del técnico sanitario indígena
 - Frecuencia.
 - Seguimiento.
 - Oportunidades a su disposición.
 - Formación de técnicas sanitarias mujeres.

¹⁰¹ Es conocido que las diferentes corrientes religiosas generan innumerables tipos de distorsiones que pueden incidir, algunas muy gravemente, sobre la salud. Sin embargo la experiencia de los talleres realizados recomienda que el tema religioso no sea objeto de debate. Es preferible obtener la información de su incidencia en ámbitos menos controversiales.

a.6 Evaluación de los técnicos sanitarios indígenas

- Ventajas de tenerlos.
- Evaluación de su nivel de preparación.
- Trato con los comuneros.
- Tipo de relación con el resto del personal de salud
- Equilibrio entre su papel como indígena y su papel como personal del MINSA
- Ante quién responden: responsabilidad ante los comuneros
- Apoyo que recibe de la comunidad
- Qué nivel de responsabilidad se le asigna por el MINSA: grado de autonomía e iniciativa. ¿Es el nivel conveniente o debiera tener otras o mayores atribuciones?
- Supervisión y apoyo del MINSA.

a.7 Repaso a indicadores de cumplimiento del Convenio 169 OIT¹⁰²

- Acceso preferencial del pueblo indígena a los programas de salud que existen en su zona de asentamiento.
- Aceptación y promoción oficial de prácticas tradicionales: aspectos en que se concreta.
- Contratación de personal indígena en niveles directivos, administrativos, técnicos, ejecutivos.
- Nivel de participación indígena en el manejo y promoción del sistema de salud (a través de sus organizaciones representativas).
- Frecuencia de la consulta previa para implementación de programas, operativos, iniciativas, actos administrativos, nombramientos, o disposiciones normativas que involucren o interesen a pueblos indígenas. Condiciones de las consultas.
- Adecuación de los servicios de salud a las particularidades culturales del pueblo indígena consultado. Esfuerzos para mejorar la traducción lingüística y cultural.
- Autonomía en la administración de recursos de salud. Instituciones e instancias especializadas, instancias de coordinación, programas delegados a o dirigidos por las propias instancias organizativas del pueblo indígena.

b) Recomendaciones:

- En este grupo hay que considerar la conveniencia de que participen o no los promotores de salud de las comunidades y los técnicos indígenas, generalmente vinculados al sector. Si las condiciones lo permiten podrían integrarse dos subgrupos, uno con promotores y técnicos y otro con jefes de comunidades tratando de profundizar en cada subgrupo determinados aspectos y concertar al final las conclusiones comunes y explicitar las divergencias entre los subgrupos.
- A la hora de evaluar establecimientos de salud puede ser importante diferenciar la información por establecimiento si es que el grupo considera que existen diferencias notables en la calidad de los servicios.

¹⁰² No es necesario que el grupo trabaje este apartado. Estos indicadores pueden ser cumplimentados por el propio facilitador o por el Equipo de Consulta a la luz de la información que surja durante los debates del grupo. Es importante, sin embargo, que esta evaluación se incluya en el ASIS.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Este es un grupo que en muchas ocasiones se sitúa en una posición de reclamaciones, exigencias o pedidos al Estado. El facilitador debe tratar de motivar un debate con orientación proactiva. La salud no es cosa del MINSA sino el resultado de una serie de intervenciones, la más importante la propia intervención de la población organizada, sea para exigir aquello a lo que tiene derecho, sea para liderar, concertar, coordinar, cogestionar o monitorear iniciativas y programas para mejorar la salud colectiva.

6.5.4.2 Grupo 9: Evaluación de la situación y vigencia del sistema de salud propio del pueblo consultado

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática¹⁰³

Durante muchos siglos los pueblos originarios americanos desarrollaron un extraordinario conjunto de conocimientos médicos transmitidos y actualizados por cada generación que les permitió prevenir y superar el dolor y la enfermedad con los propios recursos a su alcance.

La agresiva intervención foránea, de cinco siglos, contra el territorio, los recursos y las culturas indígenas ha generado un impacto devastador sobre los fundamentos materiales sobre los que descansaban esos peculiares sistemas médicos y sobre el patrimonio cultural acumulado. Perseguidos, ridiculizados, satanizados y desprestigiados los sabios sanadores tradicionales fueron desapareciendo así como las innovaciones relativas a prácticas y conocimientos.

Siendo que estos sistemas médicos contaban con la respuesta coherente a los problemas patológicos derivados de una cosmovisión particular ningún otro sistema ha podido sustituirlo con éxito y es perceptible la situación de angustia que este vacío ha originado en cada uno de los pueblos indígenas.

En la actualidad, tanto la OMS/OPS como buena parte del mundo científico han reconsiderado el mérito de los sistemas médicos autóctonos y han proclamado el valor incalculable de sus aportes a la medicina así como el potencial de esa diversidad de perspectivas médicas experimentadas durante milenios.

Hoy es conocido por todos que una parte muy considerable de los remedios farmacéuticos en uso tienen origen en productos vegetales y procesos procedentes del conocimiento autóctono de pueblos originarios. Y se valorizan no sólo sus plantas medicinales que aportan estos sistemas sino muchos de sus principios y sus procedimientos de atención.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS ha desarrollado acuerdos para lograr un proceso de complementación sobre la base de relaciones interculturales entre de ambos sistemas de salud. Ese es el principio que define la salud intercultural: dos sistemas médicos cuya conflictividad los inutiliza podrían multiplicar sus avances y eficiencia mutuos en una relación de cooperación intercultural creativa en beneficio de la población indígena y de la ciencia médica.

Pero ¿qué son los sistemas de salud indígena? Veamos lo que dicen los organismos internacionales.

“Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos indígenas los llamaremos sistemas de salud tradicionales o sistemas de salud indígena” (OPS/ OMS, 1997).

“Los *sistemas de salud indígena* comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, explicables o no (se entiende para los miembros de otras culturas) relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y

¹⁰³ Toda esta temática suele desarrollarse con diferentes herramientas metodológicas, principalmente en base a entrevistas con los propios agentes de los sistemas de salud tradicional si es que ellos deciden colaborar. En ocasiones ha sido necesario limitarse a los aportes de las fuentes secundarias y la información de conocedores accesibles. Sin embargo, es muy importante para los fines que se persiguen en la consulta conocer directamente de los participantes actitudes hacia su sistema de salud tradicional. Así mismo interesa que los participantes reciban el mensaje del reconocimiento e interés del Sector Salud en impulsar el desarrollo de esos sistemas de salud y de diseñar un modelo intercultural complementario donde se recojan los mejores aportes de ambos sistemas de salud.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

promoción de la salud. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos” (OPS/OMS, 1997).

En este grupo se va a tratar de caracterizar el sistema de salud del pueblo consultado, sus agentes, sus recursos terapéuticos, su vigencia y la evaluación que hace el propio pueblo de su estado actual y de sus posibilidades de reconstitución, desarrollo, aplicación o difusión. Siempre que sea posible, se tratará de encontrar la ubicación de estos elementos dentro de la cosmovisión en que se fundamenta el sistema.

Por último interesa contar con información relativa a la acogida del personal del MINSA respecto a estos sistemas de salud y los principales obstáculos para la concertación de ambos sistemas bajo el enfoque intercultural.

a.1 Recursos curativos

- Las plantas curativas
 - ¿Qué tipos de plantas existen en relación con la salud?
 - ¿Quién conoce? ¿Es un conocimiento general, abierto? ¿Existen especialistas? ¿Existen diferentes tipos de especialistas yerberos de acuerdo a tipo de plantas? ¿El conocimiento, cuidado o cultivo de las plantas está a cargo de las mujeres, los hombres, ambos?
 - Formas de uso y preparación que se conocen (extracto, cocimientos, ungüentos, etc.).
 - Conocimientos acerca de las plantas curativas¹⁰⁴: nombre de la planta, dónde se encuentra, para qué sirve, cómo se prepara, que cantidad, a qué tipo de paciente, contraindicaciones, incompatibilidades, conservación, efectos secundarios, sobredosis y su control, prevenciones especiales, duración del tratamiento, cuidados en el cultivo, cuidados y obligaciones del que usa la planta, casos en que no es efectiva, casos en que un mal uso puede restar eficacia a la planta, etc.
 - ¿Se siguen usando las plantas curativas como antes? Si no se siguen usando o si ha disminuido el uso ¿Por qué?
 - ¿Se sigue probando o investigando nuevas plantas o nuevas aplicaciones de plantas para nuevas enfermedades? ¿Quién lo hace? Si no se sigue investigando o si ha disminuido la investigación. ¿Por qué?
 - ¿Se sigue enseñando a los hijos(as)? ¿Quién enseña? ¿Cómo se enseña? Si no se siguen usando o si ha disminuido la transmisión a los hijos. ¿Por qué?
 - Las plantas curativas
- Otras plantas poderosas¹⁰⁵
 - ¿Se usan plantas para facilitar las curaciones, intermediar espiritualmente o ayudar anímicamente a los pacientes?
 - ¿Existen plantas con otros usos especiales (anticonceptivas, para calmar ansiedades en adolescentes, facilitar que el niño camine, ser buen cazador, tener atractivos, etc.)?
 - ¿Existen otras plantas con importancia para la salud (positiva o negativa)?

¹⁰⁴ Se trata de sondear conocimientos reales con alguna de las plantas de uso general que se hayan mencionado por los participantes. Se prueba tan solo con una planta determinada para saber qué tipo de información importa y cual no se considera importante.

¹⁰⁵ Es un tema a desarrollar si es que surge naturalmente o si existe apertura para informar de parte de los participantes.

a.2 Otros recursos curativos

- ¿Existen recursos no vegetales que se relacionan, ayudan u obstaculizan la buena salud?¹⁰⁶

a.3 Agentes de salud del sistema

Todo sistema de salud tradicional tiene un conjunto de agentes que directa o indirectamente intervienen en el proceso salud-enfermedad. El rol de estos sanadores puede trascender la salud y alcanzar funciones de guía espiritual o religioso o simplemente cumplir una función práctica especializada. Los prejuicios frente a estos agentes de salud son muy frecuentes y se han dado en todas las sociedades colonizadoras, oscurantistas o represivas; en muchos casos se han intentado erradicar violentamente, considerándose no como un conocimiento valioso, alternativo y complementario sino como un enemigo de la propia racionalidad médica occidental. Estas agresiones han afectado indudablemente no sólo la integridad del sistema sino el nivel de nuevas vocaciones.

- Sanadores y sus tipos¹⁰⁷
 - ¿Existen o no sanadores tradicionales (médico tradicional, sobadores, parteras, otros)?¹⁰⁸
 - Sanadores espiritualistas¹⁰⁹: tipos, nivel de especialización, recursos que utiliza, formación (¿Por quién?, ¿Por cuánto tiempo?, ¿Cómo?), tipo de enfermedades que curan, estatus social (antes/ahora), dificultades y riesgos.
 - Sanadores materialistas: tipos, vegetalistas (sus niveles de especialización), quiroprácticos, parteras u otros, recursos que utiliza, formación (por quién, por cuánto tiempo, cómo), tipo de enfermedades que curan, estatus social.
 - Otros tipos de agentes en relación con la salud
- ¿De qué modo una persona puede ser sanador? ¿Es hereditario, es vocacional, se revela por ciertos síntomas, alguien detecta el poder con que cuenta el posible futuro sanador?
- ¿Se siguen formando nuevos sanadores? Y si no ¿por qué?
- ¿Qué rol cumplen los promotores de salud y los técnicos sanitarios dentro del sistema tradicional de salud? ¿Coordinan, forman parte del sistema, lo enfrentan?
- ¿Los promotores envían enfermos al sanador tradicional? ¿En qué casos? ¿Existe una manera de reconocer que se trata de una enfermedad curable tan sólo por los sanadores tradicionales? ¿O la derivación al sanador es consecuencia de falta de respuesta a tratamientos comunes?

a.4. Tratamientos espirituales

- Descripción de los procesos de curación: en qué consisten¹¹⁰.

¹⁰⁶ Existen muchas veces piedras, amuletos, u objetos con características especiales que se utilizan para prevenir o curar.

¹⁰⁷ Todos los agentes deben denominarse con el denominativo que se le asigne (sea en castellano, en quechua o en el propio idioma)

¹⁰⁸ Es importante estar preparado para una primera respuesta negativa. Por eso es importante que este tema lo conduzcan los facilitadores autóctonos.

¹⁰⁹ Si el grupo no se siente cómodo en el tema es bueno pasar al tema de los sanadores vegetalistas para recoger la información más sensible en espacios más cerrados.

¹¹⁰ La cantidad de información depende de la apertura del grupo y del entrenamiento de los facilitadores. Es importante conocer hacia donde se dirigen los esfuerzos del sanador: sacar el mal, comunicarse con espíritus, conocer las causas, los causantes, tranquilizar al paciente, fortalecerle, etc.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Cuidados especiales y prescripciones frecuentes.
- Rol de la familia del paciente en los procesos curativos.
- Ceremoniales.
- Diagnósticos.
- Duración.
- Riesgos.
- ¿Ocurre que el sanador no quiera asumir la curación? ¿En qué casos? ¿Cuáles son las consecuencias?
- ¿Qué ocurre cuando el sanador no puede curar al enfermo?
- Enfermedades para las que se acude al sistema de salud pública
- Enfermedades que se atienden por especialistas del sistema de salud tradicional.
- Frecuencia relativa: ¿Cuánto se utiliza un sistema en comparación con el otro?
- Orden: ¿Cuál suele ser la secuencia que se sigue en caso de enfermedad? ¿A quién se acude primero y en qué casos varía este orden?
- ¿Cuándo se acude a los dos, indiferentemente?
- ¿Cuándo se acude a los dos, complementariamente? ¿En qué se pueden complementar? ¿O se trata de tratamientos incompatibles?
- ¿En qué casos se cambia el tratamiento de uno a otro sistema?

a.5 Evaluación

- Evaluación que hacen los participantes de su propio sistema de salud, de sus recursos curativos y de sus agentes.
 - Razones para la vigencia del propio sistema de salud.
 - Razones por las que se debilita o pierde aplicación.
 - Necesidad de conservar y desarrollar el sistema.
- Evaluación externa del sistema de salud tradicional.
 - Percepción acerca de la recepción del personal del MINSA de las prácticas tradicionales de salud.
 - Interés y consultas realizadas por el personal del MINSA acerca del sistema tradicional.
 - Coordinaciones o enfrentamientos entre ambos sistemas.

b) Recomendaciones:

- Toda esta temática suele desarrollarse con diferentes herramientas metodológicas, principalmente en base a entrevistas con los propios agentes del sistema de salud tradicional si es que ellos deciden colaborar. En ocasiones ha sido necesario limitarse a los aportes de las fuentes secundarias y la información de conocedores accesibles. Sin embargo, es muy importante para los fines que se persiguen en la consulta conocer directamente de los participantes actitudes hacia su sistema de salud tradicional. Así mismo interesa que los participantes reciban el mensaje del reconocimiento e interés del Sector Salud en impulsar el desarrollo de esos sistemas de salud y de diseñar un modelo intercultural complementario donde se recojan los mejores aportes de ambos sistemas de salud.

DOCUMENTO TÉCNICO:
**“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Es esencial que este tema lo conduzcan los facilitadores autóctonos especialmente entrenados para este fin.
- El rol de los facilitadores auxiliares (externos) también es muy importante puesto que mucha de la información va dirigida lógicamente a un interlocutor externo. Ese interlocutor debe estar bien entrenado en métodos interculturales pero sobre todo debe tener un real interés en conocer y en facilitar la aplicación y el desarrollo del sistema de salud del pueblo consultado.
- Para los participantes la propia interlocución debe ser legítima, esto es, debe tener una finalidad muy clara para todos, estar siempre bajo control colectivo y contar con garantías de que va a ser devuelta para orientar intervenciones en provecho de la salud grupal.
- Si el grupo no se siente cómodo con alguno de los temas se debe evaluar la posibilidad de insistir, de develar las razones de la incomodidad, de descartar el tema definitivamente o de darle un tratamiento metodológico alternativo.
- Por lo general mucha de la temática que involucra aspectos religiosos o espirituales exige espacios más íntimos para su tratamiento y una gran confianza previa en la buena fe del interlocutor externo.

6.5.4.3 Grupo 10: PROBLEMAS PRINCIPALES DEL PERSONAL DE SALUD QUE PRESTA SERVICIOS AL PUEBLO INDÍGENA CONSULTADO

a) Orientación preliminar: Posibles entradas a la temática

Se trata de un grupo que se conforma por el personal de salud que presta servicios directos o indirectos al pueblo indígena consultado.

Su objetivo es recoger percepciones colectivas del personal del sector relativas a sus problemas como profesionales, la calidad del servicio que prestan y sus dificultades y las características de sus relaciones interculturales con el pueblo, cuya situación de salud se trata de describir en el documento técnico de ASIS.

A la hora de trabajar en un proceso intercultural para el desarrollo de la salud hay que pensar a largo plazo y por ello considerar la estabilidad del personal, una estimulación apropiada, el perfeccionamiento de los sistemas de información etnográfica y antropológica, una adecuada promoción de actitudes y un eficiente entrenamiento práctico. Por lo general esas condiciones no se dan y el personal de salud que trabaja en estas regiones no cuenta con estímulos ni compensaciones suficientes para desarrollar un trabajo que le exige esfuerzos complementarios. En ocasiones pueden generarse actitudes negativas hacia la permanencia en la zona y prejuicios contra una población con la que no se entiende.

A las dificultades de comunicación (idiomática, cultural, etc.), logísticas, psicológicas, hay que añadir ciertos desajustes de la sistemática operativa del sector que, al no adaptarse a las condiciones locales, suscitan ineficiencia, sub registro o fraude registral.

Un aspecto a atender es la opinión del sector presente en la zona acerca de la morbi mortalidad local y los factores que pueden determinarla; es una información de importancia capital ya que son ellos los que se relacionan directamente con los enfermos que llegan a los centros y dependencias de salud.

Por último conviene enfocar el estado de las relaciones del sector con las organizaciones representativas de los pueblos indígenas. La desconexión entre el sector y la población y la ausencia de instancias de planificación, concertación y monitoreo, muchas veces reduce las vías del diálogo a la denuncia política de las organizaciones representativas contra el sector o sus servidores. Es una mecánica perniciosa que abre una espiral de desconfianza y mutuo rechazo: los enemigos principales de una apertura intercultural.

a.1 Problemas del personal de salud

- Estabilidad, condiciones laborales, satisfacción laboral.
- Principales problemas para el trabajo de periferia en la amazonía (en general y específicamente con comunidades alejadas).
- Costos de los desplazamientos, logística, tiempos, penalidades, riesgos.
- Acceso a recursos necesarios, dificultades de conservación de materiales, etc.
- Conocimiento de riesgos y entrenamiento previo en las habilidades necesarias para el trabajo en el entorno geográfico amazónico (por ejemplo, ¿saben nadar? ¿les dijeron que era necesario? ¿puede manejar una canoa? ¿soporta una trocha?).

a.2 Relación con usuarios indígenas

- Información previa
 - Tipo de información previa recibida para entrar a trabajar con el pueblo consultado.
 - Entrenamiento general para el trabajo con pueblos indígenas amazónicos.
- Actitudes
 - Evaluación de la actitud de las comunidades hacia la problemática de la salud.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

- Evaluación de la actitud de las comunidades hacia el personal de salud.
- Evaluación de los conocimientos de la población acerca de la salud.
- Interculturalidad
 - Conocimiento e interés en el idioma y la cultura del pueblo con el que trabaja.
 - ¿Ha dado a conocer ese interés a los comuneros? ¿Hay comuneros interesados en comunicarse al respecto?
 - Aspectos y prácticas culturales que consideran de interés para la salud.
 - Prácticas indígenas de interés sanitario estimuladas o promovidas desde el sector.
 - Hábitos culturales que consideran contraproducentes para la salud individual o colectiva.
 - Libertad y confianza mutua con la población para recibir y dar opiniones críticas sobre las culturas recíprocas.
 - Percepción del nivel de conocimientos, la educación y la cultura del pueblo consultado.
 - Conocimiento e interés en el sistema de salud propio del pueblo con el que labora.
 - Conocimiento e interés en los recursos terapéuticos propios del pueblo con el que labora. Impulso y promoción de tratamientos locales.
 - Conocimiento e interés por el trabajo de shamanes o médicos tradicionales.
 - Colaboración práctica con agentes y sanadores locales. Grado de incorporación a los operativos e iniciativas para mejorar la salud.

a.3 Servicios de salud en comunidades indígenas

- Usuarios
 - Dificultades mayores en las relaciones con usuarios indígenas (como individuos).
 - Barreras culturales, idiomáticas
 - Principales dificultades del trabajo con las comunidades indígenas.
 - Número, frecuencia, tipo y objetivos de visitas a las comunidades.
 - Descripción de los mecanismos de relacionamiento (a través de autoridades, de manera informal, de acuerdo a planificación, de manera inopinada, etc.)
- Organizaciones
 - Consulta a y participación de las organizaciones y comunidades indígenas en la ejecución de los programas de salud: dificultades y oportunidades.
 - Planificación, concertación y coordinación de programas, visitas, campañas, operativos.
 - Si existe un programa de salud de la organización, ¿cómo se coordina con el sector?
- Aspectos específicos, entre otros:
 - Evaluación de la calidad y oportunidad de las campañas de vacunación y sus dificultades.
 - Evaluación de los recursos logísticos a disposición del personal local.
 - Evaluación de los sistemas de diagnóstico.
 - Evaluación de los sistemas de medición de la productividad.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- Evaluación de la calidad de los registros y de la aplicación de metodología de control epidemiológico.
- Evaluación de la comunicación, información y educación para la salud.
- Evaluación del abastecimiento de remedios a las comunidades.
- Evaluación del funcionamiento del seguro y de sus problemas.
- Evaluación de los sistemas de respuesta a emergencias.
- Evaluación de las relaciones de las mujeres con el personal de salud.
- Agentes locales
 - Evaluación de la formación y el aporte de los promotores comunales.
 - Evaluación de la formación y el aporte de los técnicos indígenas (si existen).

a.4. Diagnóstico rápido de la situación de salud

- Problemas epidemiológicos de mayor preocupación.
- Percepción de las causas (percepción espontánea no datos estadísticos)
- Otros problemas de salud relevantes en esas comunidades (incluyendo problemas no encontrados frecuentemente en otras zonas o que se presentan en forma diferente).
- Percepción de los problemas sociales y económicos que, desde su punto de vista, afecta o complica la problemática de salud de las comunidades.
- FODA del estado de salud del pueblo consultado desde el punto de vista del personal de salud local.

a.5 Perspectivas

- Percepción de cambios socioeconómicos que van a afectar la salud de la población.
¿Qué aspectos pueden ser más vulnerables de acuerdo a la percepción de este personal?
- Ideas del personal de salud relativas al futuro sanitario de las comunidades indígenas de la zona.

a.6 Propuestas

- Propuestas para mejorar el nivel de satisfacción del personal de salud en la zona.
- Propuestas para construir y/o mejorar las relaciones interculturales de la población y el Sector Salud.
- Propuestas para mejorar la participación de la población organizada en los programas de salud.
- Propuestas para mejorar la calidad de los servicios de salud para las comunidades.

b) Recomendaciones:

- Este grupo requiere de un facilitador externo entrenado y conocedor de los objetivos del ASIS.
- Para que el grupo pueda expresarse con libertad conviene que el personal de salud pueda trabajar su problemática con cierto nivel de espontaneidad que no siempre se logra con la presencia de personal de rango superior. No obstante, en varias de las

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

entradas al tema se precisa una mirada integral al funcionamiento de todo el sistema de salud regional, incluyendo el nivel de la DIRESA. El facilitador deberá considerar en cada caso las ventajas e inconvenientes de la presencia, en este grupo, de alto personal directivo conjuntamente con el personal a su cargo.

- Debe recordarse el carácter de la consulta, donde se trata de conocer, para poder mejorar, la situación de salud de determinado pueblo indígena. No se trata entonces de que el personal de salud exponga un pliego de quejas respecto de su propia situación laboral o sus dificultades profesionales. Se trata de hacer el esfuerzo de pensar en estos problemas o dificultades en la medida que afectan la calidad del servicio con el objeto de introducir los cambios necesarios para progresar hacia una situación mejorada.
- Dado que se trata de una consulta a un Pueblo Indígena es lógico que muchos prejuicios se escondan y que el taller constituya un espacio transitorio de aparente comprensión intercultural allí donde esa comprensión no se da de manera natural en la cotidianidad. El facilitador debe procurar que los obstáculos al proceso intercultural afloren y que el personal de salud pueda verlos con una mirada nueva, como un problema a superar.
- Habitualmente no es fácil reunir al personal de salud por lo que posiblemente no se pueda contar con este grupo en más de una ocasión. Entonces interesa aprovechar la oportunidad para hacer el análisis y presentar las propuestas de mejora en la misma sesión.
- Ha habido dudas acerca de la conveniencia de presentar a plenaria las conclusiones y recomendaciones de este grupo. En algunas ocasiones, su exposición pública ha provocado fisuras entre el personal de salud y el pueblo consultado. En otras ocasiones sin embargo, el propio personal de salud se ha sentido marginado por no permitírseles presentar su trabajo ante la plenaria. En cualquier caso, una consulta a los dirigentes de las organizaciones representativas y la justificación de su resultado ante el personal de salud puede ayudar a tomar decisiones correctas y reducir los riesgos de conflictividad.

VII: ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta para Autoridades Comunales

ANEXO 2: Metodología para el análisis de la información de morbimortalidad procedente de los establecimientos de salud que atienden población indígena

ANEXO 3: Presentación de los resultados

ANEXO 1:

Encuesta para Autoridades Comunales

Como complemento a la información obtenida en los talleres de consulta, se aplica a cada comunidad una pequeña encuesta dirigida. En principio se trató de una ficha que debía rellenar cada comunidad y traerla completada a los talleres. Actualmente se aplica como una encuesta presencial a la delegación de cada comunidad con ayuda de traductores autóctonos entrenados al efecto.

La ficha que se presenta a continuación pretende recoger información uniforme que resulte de fácil procesamiento pero también cotejar la información que aporta el colectivo para corregir las posibles distorsiones que se pueden generar en esos espacios abiertos.

ENCUESTA PARA AUTORIDADES COMUNALES

DATOS GENERALES:

1. Nombre del encuestado:.....
2. Cargo dentro de la comunidad:.....
3. Nombre de la comunidad.....
4. La comunidad tiene título de propiedad: Si () No ()
Está inscrita en los Registros Públicos Si () No ()
Donde se encuentra:.....
5. La comunidad es anexo de.....
6. Distrito:.....
7. A que distancia de (Capital distrito) se encuentra: medio de transporte
..... tiempo (días / horas)

ORGANIZACIÓN COMUNAL

8. Cuántas familias hay en la comunidad?:
9. Cuántos habitantes hay en la comunidad?
10. Se registra a los recién nacidos..... Lugar.....
11. Qué Autoridades hay en tu comunidad: Jefe de la comunidad/ teniente gobernador/
agente municipal/ juez de paz/ Otro.....
12. Qué organizaciones comunales hay: club de madres/ comité vaso de leche/
asociación de artesanos/ organizaciones religiosas/ deportivas
13. La comunidad tiene radiofonía si() no () esta operativo si () No ()
14. La comunidad tiene bote motor Si () No () operativo Si () No ()

CONDICIONES DE VIDA

EDUCACIÓN

15. Qué centros educativos hay en tu comunidad: inicial/ primaria/ secundaria/
tecnológico/ otros.....

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

16. La escuela primaria de que material está construido: material de la zona/ cemento y madera/ noble/ otro.....

17. Implementación Recursos:

IMPLEMENTACION	ESTADO		
	BUENO	REGULAR	MALO
Local			
Pizarra			
Material didáctico			
Carpetas			
Mesas			
Sillas			

18. Implementación personal

Centros Educativos	Nº Alumnos		Nº Profesor Indígena	Nº Profesores mestizos	Nº Profesores Mestizos bilingües
Inicial					
Primaria					
Secundaria					
Programa de alfabetización					

19. En los centros educativos hay APAFAS: Si () No ()

20. Se reúnen: Si () No (). Cuantas veces al mes.....

SANEAMIENTO AMBIENTAL EN LA COMUNIDAD:

21. En la comunidad de donde juntan el agua para tomar: río/ pozo/ cocha / red pública/ otro.....

22. Cómo acostumbran a tomar el agua: natural/ hervida/ con cloro

23. Eliminación de excretas: río/ campo abierto/ letrina cavada/ letrina sin cavar/ otro.....

24. Dónde botan la basura: río/ campo abierto/ quema/ hueco / otro.

25. Principal Actividad económica en la comunidad:

ACTIVIDAD	CONSUMO	COMERCIO
Agricultura		
Pesca		
Artesanía		
Extracción de madera		
Ganadería		
Crianza de animales menores		
Otros		

RESPUESTA SOCIAL

26. Tu comunidad cuenta con establecimiento de salud del MINSA Si () no ()

27. Si la respuesta es no, a que establecimiento de salud acuden a atenderse?

.....

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

28. A qué distancia del establecimiento de salud se encuentra la comunidad: Tiempo (horas/ días)...
29. Medio de transporte..... tipo de motor:.....
30. Atiende personal : Técnico/ profesional/ indígena/ mestizo/ varón/ mujer
31. Implementación:

IMPLEMENTACION	ESTADO		
	BUENO	REGULAR	MALO
Local			
Medicamentos (en cantidad suficiente)			
Camas			
Combustible			
Radiofonía			
Atención			

32. Si la atención es B/R/M diga por qué?.....
33. Otros servicios de salud que recibe del Ministerio de Salud:

TIPO	Nª VISITAS EN EL PRESENTE AÑO
Campanas de salud	
Campanas vacunación	

34. Qué recursos de salud tiene la comunidad: curanderos (médicos, Vegetalistas) / sobadores (hueseros) / parteras/ promotores / otros
-

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

35. De qué se enferma más la gente en tu comunidad ? menciona.

Niño	Mujeres embarazadas	Adultos	Ancianos

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

36. Cuando enferman en tu comunidad a donde acuden primero

Tipo de enfermedad	Plantas medicinales	Medico	Botiquín	Establecimiento de salud (mencionar)	Otro
Enfermedad grave*					
En gestantes					
Abdomen agudo**					
Accidentes					
Mordedura de víboras					
Enfermedades frecuentes					
Diarrea y vomito					
Fiebre					
Resfríos					
Descensos vaginales					
Dolor al orinar					
Secreción uretral					

*Enfermedad grave ocurrida en este año y el anterior

**abdomen agudo: fiebre, dolor abdominal intenso, obstrucción intestinal

Mortalidad 2007 - 2008 en la Comunidad

Cuántos han muerto en tu comunidad durante los dos últimos años

Indagar por muerte en niños y embarazadas

Año	Edad*		Causa de Muerte	Código	Atención Recibida
	M	F			

DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"

Código:

E: Enfermedad

D: Daño

Ce: Causa Externa

Edad

- Bebe: No Camina
- Niño: Incluye de 1 Año a escolar primaria
- Joven: Termino la Primaria, tiene Familia
- Mayor: Tiene familia

Síndromes

- Fiebre
- Fiebre Y Tos
- Tos Con Sangre
- Ictérico
- Hemorragias
- Diarreas
- Dolor (Señalar Donde)
- Rigidez De Nuca
- Convulsiones

Causa Externa

- Ofidismo
- Lesiones
- Agresiones
- Ahogamiento
- Envenenamiento
- Accidentes
- Quemaduras

ANEXO 2:

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE MORBIMORTALIDAD PROCEDENTE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE ATIENDEN POBLACIÓN INDÍGENA¹¹¹.

Para realizar un análisis del proceso salud enfermedad, es decir de la mortalidad y morbilidad, primero se deberá hacer un diagnóstico de la fuente de información. Es importante mencionar que en aspectos de salud no existe información de los pueblos indígenas y sólo existen estudios de tipo cualitativo. Es por esta razón que se hace necesario incorporar a las fuentes de información oficial en salud la variable tipo de etnia si es que queremos conocer realmente la situación de salud de cada pueblo indígena.

A continuación explicaremos la forma como debería abordarse este análisis teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas.

1. ESTUDIO DE LA DEMANDA EN POBLACIÓN INDÍGENA

1.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA POTENCIAL

La demanda potencial es aquella que es registrada por los ES y expresa solo la demanda manifestada en búsqueda de atención.

A continuación se mencionan los pasos que se deben seguir para analizar este tipo de demanda:

- 1) Dado que el objetivo es conocer la morbilidad de un determinado pueblo indígena, lo ideal es tener la variable etnia en el HIS; sin embargo, de manera indirecta a través del conocimiento de la morbilidad de los establecimientos de salud y del área de influencia de estos se podrá tener un conocimiento aproximado de ello.
- 2) Analizar la jurisdicción de referencias de los establecimientos de salud (ES) e identificar las comunidades que concentran la mayor proporción de población indígena. Por ejemplo: si existen 20 comunidades shipibas y sabemos que hay 3 ES que les brindan atención, identificando el área de influencia de estas se podrá conocer la morbilidad de las comunidades.
- 3) Una vez identificados los ES (ES objetivo), ubicar todas las fuentes posibles de información oficial del sector, es decir, el HIS, formatos de registros de programas, reportes de vigilancia epidemiológica, Informes de los Equipos Itinerantes de Trabajo Extramural de Salud (ELITES), etc.
- 4) No se trabajará con la información de los ES que tiene mayor concentración de población mestiza.
- 5) Para la información procedente de los ES objetivo se asumirá que corresponde al pueblo indígena en estudio.
- 6) Hacer el análisis en función al sexo, grupos de edad según ciclos de vida.

Es importante conocer que tipo de información se generará a partir de cada una de las fuentes a usar:

- HIS: Es un sistema que identifica a un paciente que acude a un ES en función a variables de edad y sexo, asimismo nos informa si el paciente acude por primera vez, o si es continuador y principalmente el diagnóstico de la enfermedad motivo de consulta. Todos estos datos son enviados mensualmente a niveles administrativos superiores para su consolidación.

¹¹¹ En esta guía hemos puesto la atención sobre el enfoque metodológico general y la metodología de los talleres de consulta. No obstante presentamos aquí una breve introducción a la estrategia de análisis para dar una idea de cómo se vienen desarrollando los ASIS PAI en este aspecto.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”

- Informes de ELITES: Nos informa sobre el tipo de enfermedades predominantes en aquellas comunidades que tienen difícil accesibilidad.
- Sistema de vigilancia epidemiológica: A través de este sistema se identifica los daños que se notifica semanalmente y que son de importancia epidemiológica.
- Informes de programas: a través de estos se podrá tener información sobre algunos programas preventivos promocionales.

1.2 ANÁLISIS DE LA DEMANDA EXCLUIDA

La demanda excluida es aquella que no siempre es registrada por los ES y nos informa sobre la demanda que no llega a expresarse en atención. Esta información es muy importante debido a que si hablamos de población indígena nos referimos a un grupo poblacional excluido con limitado acceso a los servicios de salud producto de la diversidad de barreras existentes.

Para conocer la demanda excluida es necesario realizar estudios poblacionales porque no todas las necesidades sentidas se convierten en atención. Dado que la población indígena de algunos pueblos no se encuentran concentrados en determinadas comunidades, el realizar este tipo de estudios se torna algo difícil ya que se deberá contar con información que discrimine indígenas de mestizos. Sin embargo, no hay que olvidar que existen herramientas cualitativas que en estas situaciones son de real importancia. Por ello que la realización de talleres de consulta a informantes clave nos da un conocimiento que complementaría a la información cuantitativa de los registros oficiales.

2. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN PUEBLOS INDÍGENAS

La mortalidad en el país se registra a través de una única fuente, el certificado de defunción, el cual se consolida en una base de datos de los municipios y en el Ministerio de Salud. Ésta información está desagregada sólo hasta nivel distrital y no llega a un nivel de localidades o comunidades. Por otro lado no se consigna la variable etnia por lo cual no se puede conocer la situación de mortalidad por pueblo indígena.

A continuación se mencionan los pasos que se deben seguir para analizar la mortalidad:

- ✓ Dado que el objetivo es conocer la mortalidad de un determinado pueblo indígena, lo ideal es tener la variable etnia en el certificado de defunción; sin embargo, de manera indirecta a través del conocimiento de la mortalidad de los distritos con mayor población indígena.
- ✓ Analizar los distritos con población indígena. Para tener una aproximación de esto, se debe primero trabajar sólo a nivel distrital y segundo considerar a aquellos que tienen mayor población indígena según el censo de 1993. La información consignada en este último censo identifica el tipo de pueblo indígena por ubicación geográfica.
- ✓ Una vez identificados los distritos seleccionar la base de datos de mortalidad trabajando sólo con estos distritos.
- ✓ Para la información procedente de los distritos seleccionados se asumirá que corresponde al pueblo indígena en estudio.
- ✓ Al igual que la morbilidad el análisis se hará distribuyendo las causas según sexo y grupos de edad por ciclos de vida.
- ✓ Sabiendo que en promedio el sub registro de mortalidad en el país es alto siendo mayor en determinados departamentos, en los pueblos indígenas este problema adquiere magnitudes considerables. Por ello aquí también la información cualitativa es vital y complementará lo hallado en el análisis cuantitativo, para lo cual se debe recurrir a informantes claves por comunidad para averiguar datos como edad, sexo y causa de muerte. Esta última será poco objetiva, pero si se recurre a una buena entrevista se puede tener información en función a grandes síndromes, lo cual es de mucha importancia.

ANEXO 3:

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La presentación de los resultados depende, en cierta medida, de factores propios de la situación de salud de cada pueblo consultado.

Con frecuencia, al esquema ideal que el equipo ha propuesto para presentar el ASIS PAI se deben incorporar reportajes concretos referidos a particularidades bien sea de los factores condicionantes, o del proceso de salud - enfermedad.

Este es el caso del ASIS Nanti donde en el proceso salud - enfermedad se debe incorporar un especial reportaje de los impactos de las epidemias de origen externo en pueblos aislados y de alta vulnerabilidad; en el caso del pueblo Kandoshi no puede dejar de incluir un informe específico de la introducción de la Hepatitis B y Delta; o estudiar el caso del suicidio en el Pueblo Aguaruna.

Un factor condicionante del peso de los megaproyectos del Urubamba obliga a un análisis de las experiencias de pueblos indígenas en estas circunstancias que, con seguridad, deberán ameritar una atención específica y especial.

No obstante, y a pesar de estas consideraciones, el esquema ideal podría responder al utilizado en el ASIS del Pueblo Matsigenka del Cusco que presentamos a continuación a modo de ejemplo:

“Índice del ASIS del Pueblo Matsigenka

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD

2.1 Aproximación al Pueblo Matsigenka

2.1.1 *Información general*

2.1.2 *Auto denominación e idioma*

2.1.3 *Información histórica*

2.1.4 *Información ethnohistórica de interés epidemiológico*

2.1.5 *Población*

2.1.6 *Cambios en los patrones de distribución espacial poblacional*

2.2 El territorio matsigenka

2.2.1 *Enfoque territorial indígena*

2.2.2 *Concepción territorial matsigenka*

2.2.3 *Ubicación del territorio del pueblo Matsigenka*

2.2.4 *Situación legal*

2.2.5 *Amenazas externas*

2.2.7 *Problemas internos*

2.2.8 *El proyecto Camisea y la salud*

2.3 Cultura y sociedad matsigenka

2.3.1 *Actividades para la subsistencia*

DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"

- 2.3.2 *Patrones de residencia y viviendas*
- 2.3.3 *Suministro de agua y salubridad*
- 2.3.4 *Alimentación*
- 2.3.5 *Familia y ciclo de vida*
- 2.3.6 *Nacimiento e infancia*
- 2.3.7 *Pubertad y adolescencia*
- 2.3.8 *Escolarización*
- 2.3.9 *Matrimonio y fecundidad*
- 2.3.10 *Economía, desarrollo humano y pobreza*

SEGUNDA PARTE

III. ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

- 3.1 El proceso salud-enfermedad en la percepción matsigenka
 - 3.1.1 *Cosmovisión y salud*
- 3.2 Fundamentos de la salud a partir de la cosmovisión matsigenka
 - 3.2.1 *El concepto de salud que surge de la consulta*
 - 3.2.2 *La salud y la disponibilidad de recursos naturales*
- 3.3 La enfermedad
 - 3.3.1 *Una visión indígena de la enfermedad*
 - 3.3.2 *La enfermedad y el contexto socio-cultural*
 - 3.3.3 *Signos y síndromes contruidos culturalmente*
 - 3.3.4 *Percepción cultural de las epidemias*
- 3.4 Nuevas concepciones del proceso salud – enfermedad
 - 3.4.1 *Demanda y oferta en los servicios de salud*
- 3.5 Morbilidad y mortalidad comparadas
 - 3.5.1 *Percepción de los problemas de salud*
 - 3.5.2 *Análisis comparativo de la morbilidad*
 - 3.5.3 *Morbilidad general según causa externa*
 - 3.5.4 *Morbilidad según ciclos de vida*
- 3.6 Morbilidad según área de residencia
 - 3.6.1 *Escenario Bajo Urubamba, distrito de Echarate*
 - 3.6.2 *Escenario Alto Urubamba, distrito de Echarate*
 - 3.6.3 *Escenario Apurímac, distrito Kimbiri*
 - 3.6.4 *Escenario Parque del Manu, Madre de Dios*
- 3.7 Mortalidad
 - 3.7.1 *Análisis de la mortalidad general en los distritos de Echarate y Kimbiri en los registros de la DIRESA*
 - 3.7.2 *Otros indicadores de mortalidad*
- 3.8. Análisis de la mortalidad según área de residencia y ciclo(s) de vida

DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"

- 3.8.1 *Patrones de mortalidad en el escenario de Alto y Bajo Urubamba, distrito de Echarate*
- 3.8.2 *Patrones de mortalidad en el escenario Apurímac, distrito de Kimbiri*
- 3.8.3 *Patrones de mortalidad en el escenario Parque del Manu, Madre de Dios*
- 3.9 Análisis de la mortalidad según las encuestas de percepción
 - 3.9.1 *Mortalidad por sexo, zona de residencia y grupo de edad*
 - 3.9.2 *Principales causas de muerte según la encuesta de percepción*
 - 3.9.3 *Tasas brutas de mortalidad en comunidades Matsigenka*

TERCERA PARTE

IV. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

- 4.1 Sistemas de salud disponibles en los pueblos autóctonos
- 4.2 Caracterización del sistema de salud matsigenka
 - 4.2.1 *Recursos humanos: los agentes del sistema*
 - 4.2.2 *Recursos terapéuticos*
 - 4.2.2 *Otros recursos terapéuticos y procedimientos de curación*
 - 4.2.3 *¿Por qué se pierde la medicina tradicional?*
- 4.3 Los servicios de salud del Estado
 - 4.3.1 *Antecedentes de los servicios de la Red La Convención y sus microrredes*
 - 4.3.2 *Microrredes y oferta de servicios*
 - 4.3.3 *Percepción de la atención de salud en establecimientos de MINSA*

V. CONCLUSIONES

ANEXOS

MAPA

BIBLIOGRAFÍA

Lista de cuadros en el texto

- 1: Población en comunidades matsigenka
- 2: Migración Matsigenka a comunidades del Bajo Urubamba, 1993
- 3: Distritos y provincias a los que corresponde el territorio matsigenka
- 4: Situación legal de las comunidades matsigenka, 2005
- 5: Comunidades nativas de otros pueblos con familias matsigenka
- 6: Superficie titulada y bajo cesión en uso en comunidades matsigenka, 2005
- 7: Percepción de los cambios y causas más importantes de la disponibilidad de recursos
- 8: Tipo de vivienda y servicios en comunidades Matsigenka según censo de vivienda 1993
- 9: Cambios en la disponibilidad de alimentos, comunidades Matsigenka del Apurímac
- 10: Algunos menús de desayuno y almuerzo en comunidades del Apurímac
- 11: Percepción de los cambios en la educación de los hijos y sus consecuencias sociales

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

- 12: Principales problemas relacionados con la educación y la gestión de escuelas Matsigenka por zonas
- 13: Principales problemas sociales en las comunidades Matsigenka del alto y bajo Urubamba
- 14: Precios pagados por productos agrícolas en el alto Apurímac
- 15: Algunos signos y síntomas reconocidos por los Matsigenka
- 16: Percepción de los problemas de salud en las comunidades Matsigenka de la cuenca del alto Urubamba
- 17: Percepción de los problemas de salud en las comunidades Matsigenka de la cuenca del bajo Urubamba
- 18: Percepción de los problemas de salud en las comunidades Matsigenka de la cuenca del Apurímac
- 19: Proporción de consultas externas por enfermedades respiratorias en distritos con población Matsigenka, según ciclo de vida, 2003
- 20: Edad de defunción en el Pueblo Matsigenka y otras poblaciones
- 21: Matriz AVPP REM de priorización de causas de mortalidad en los distritos de Echarate y Kimbiri, 2002
- 22: Nacimientos y fallecimientos en las comunidades de Yombiato y Tayakome, 2000-2004
- 23: Mortalidad en las comunidades Matsigenka sexo y zona de residencia 2000 – 2003
- 24: Tasa bruta de mortalidad en comunidades Matsigenka por zona de residencia
- 25: Agentes del sistema de salud matsigenka
- 26: Uso de plantas recursos terapéuticos propios y establecimientos de salud
- 27: Establecimientos de salud que atienden a comunidades nativas Matsigenka en las microrredes de Camisea, Kiteni y Kimbiri por tipo de establecimiento
- 28: Número de visitas realizadas por el personal de salud a las comunidades Matsigenka durante el año 2003
- 29: Número de campañas de vacunación realizadas por el personal de salud a las comunidades Matsigenka en el año 2003

Lista de gráficos en el texto

- 1: Microrred Camisea: Casos de infecciones respiratorias y brotes epidémicos reportados, 2000-2003
- 2: Incidencia de IRA, por establecimientos de salud en la Microrred Camisea 2000 – 2003
- 3: Casos de EDA en la Microrred Camisea 2000 – 2003 *
- 4: Incidencia por EDAs en los establecimientos de salud de la Microrred Camisea, 2000 – 2003
- 5: Casos de enfermedad diarreica disentérica en la Microrred Camisea, 2000 – 2003
- 6: Casos de enfermedad diarreica aguda notificados por el Puesto de Salud de Yombiato, 2004
- 7: Casos de enfermedad diarreica aguda notificados por el Puesto de Salud de Tayakome, 2004

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

Lista de diagramas en el texto

- 1: Análisis ASIS
- 2: Flujo de insumos y productos en la Consulta de Salud con pueblos indígenas

Lista de Anexos

- 1: Lista de comunidades a las que pertenecen los participantes Matsigenka en los talleres de consulta
 - 1.1: Evaluación del estado actual de los recursos naturales para la alimentación
 - 1.2: Evaluación de la disponibilidad de plantas medicinales silvestres
 - 1.3: Algunos cuadros patológicos construidos culturalmente
- 2.1: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka
- 2.2: Proporción de la consulta externa según ciclos de vida en los establecimientos de salud de los distritos con población Matsigenka, 2003
- 2.3: Proporción de afecciones mal definidas según ciclos de vida en la consulta externa de los establecimientos de salud de los distritos con población Matsigenka, 2003
- 2.4: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población menor de un año, 2003
- 2.5: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población preescolar, 2003
- 2.6: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población escolar, 2003
- 2.7: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población adulta, 2003
- 2.8: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población en periodo reproductivo, 2003
- 2.9: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos con población Matsigenka, en población adulta mayor, 2003
- 2.10: Principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA del distrito de Echarate, 2003
- 2.11: Causas más frecuentes de consulta en los establecimientos de salud de la Microrred Camisea, 2003
- 2.12: Microrred Camisea: Incidencia de IRA, neumonía grave y muertes por establecimientos de salud, 2002 – 2003
- 2.13: Número de casos y tasa de incidencia de EDA por grupos de edad en la Microrred Camisea 2002-2003
- 2.14: Número de casos de EDA disentérica por grupos de edad en los establecimientos de salud de la Microrred Camisea, 2002-2003
- 2.15: Principales causas de consulta externa en la Microrred Kiteni, distrito de Echarate, 2003
- 2.16: Principales causas de consulta externa en niños menores de un año en la Microrred Kiteni, distrito de Echarate, 2003
- 2.17: Principales causas de consulta externa en niños de 1 a 4 años en la Microrred Kiteni, distrito de Echarate, 2003

**DOCUMENTO TÉCNICO:
"APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA"**

- 2.18: Principales causas de consulta externa en población en edad reproductiva en la Microrred Kiteni, distrito de Echarate, 2003
- 2.19: Causas de morbilidad en la Microrred Kimbiri, distrito de Kimbiri, 2003
- 2.20: Morbilidad neonatal, Microrred Kimbiri, 2003
- 2.21: Morbilidad infantil, Microrred Kimbiri, 2003
- 2.22: Morbilidad en niños de 5 a 9 años, Microrred Kimbiri, 2003
- 2.23: Morbilidad en adultos, Microrred Kimbiri, 2003
- 2.24: Morbilidad en la edad reproductiva, Microrred Kimbiri, 2003
- 2.25: Principales causas de consulta externa en población en las comunidades de Tayakome y Yomibato, distrito de Fitzcarrald, 2003
- 2.26: Detalle de las principales causas de consulta externa en las comunidades de Tayakome y Yomibato, distrito de Fitzcarrald, 2003
- 2.27: Morbilidad por ciclos de vida en las comunidades de Tayakome y Yomibato, distrito de Fitzcarrald, 2003
- 2.28: Contraste de casos notificados y registrados de enfermedad diarreica aguda, 2004
- 3.1: Población censada en las comunidades en las comunidades Matsigenka del departamento del Cusco según grupos de edad y sexo, 1993
- 3.2: Pirámide demográfica en comunidades Matsigenka censadas del departamento de Cusco, 1993
- 3.3: Población censada en las comunidades Matsigenka del departamento de Madre de Dios según grupos de edad y sexo, 1993
- 3.4: Pirámide demográfica en comunidades Matsigenka censadas del departamento de Madre de Dios, 1993
- 4.1: Principales causas agrupadas de mortalidad en los distritos de Echarate y Kimbiri con población Matsigenka, 2002
- 4.2: Principales causas específicas de mortalidad en los distritos de Echarate y Kimbiri con población Matsigenka, 2002
- 4.3: Diez primeras causas de muerte en el Perú, Cusco, distritos con mayor población indígena amazónica y los distritos con población Matsigenka
- 4.4: Matriz intercuartílica de priorización de causas de mortalidad en el distrito de Echarate, 2002
- 4.5: Matriz intercuartílica de priorización de causas de mortalidad en el distrito de Kimbiri, 2002
- 4.6: Principales causas de mortalidad por ciclo de vida en menores de 5 años en el distrito de Echarate, Cusco, 2000
- 4.7: Principales causas de mortalidad por ciclo de vida en mayores de 5 años en el distrito de Echarate, Cusco, 2000
- 4.8: Principales causas de mortalidad por ciclo de vida en menores de 5 años en el distrito de Kimbiri, Cusco, 2000
- 4.9: Tasa de mortalidad infantil en la Micro red Kimbiri, 2000 - 2003
- 4.10: Principales causas de mortalidad por ciclo de vida en mayores de 5 años en el distrito de Kimbiri, Cusco, 2000
- 4.11: Mortalidad en las comunidades Matsigenka según edad y zona de residencia en encuestas de percepción, 2002 – 2003

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“APORTES METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA PERUANA”**

- 4.12: Principales causas de mortalidad en las comunidades Matsigenka en encuestas de percepción, 2002– 2003
- 4.13: Causas de muerte en las comunidades Matsigenka por ciclos de vida en encuestas de percepción, 2002- 2003
- 4.14: Mortalidad en las comunidades Matsigenka por ciclos de vida en el Alto Urubamba, en encuestas de percepción, 2002-2003
- 4.15: Mortalidad en las comunidades Matsigenka por ciclos de vida en el Bajo Urubamba, en encuestas de percepción, 2002-2003
- 4.16: Mortalidad en las comunidades Matsigenka por ciclos de vida en el Apurímac, en encuestas de percepción, 2002-2003
- 4.17: Tasa bruta de mortalidad en comunidades Matsigenka del Alto Urubamba, 2002 – 2003
- 4.18: Tasa bruta de mortalidad en comunidades Matsigenka del Bajo Urubamba, 2002 – 2003
- 4.19: Tasa bruta de mortalidad en comunidades Matsigenka del Apurímac, 2002 – 2003
- 5.1: Microrredes y sus establecimientos de salud
- 6.1: Recomendaciones surgidas de los talleres de consulta para el ASIS del Pueblo Matsigenka”

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) AIDSESEP. San Lorenzo: Pueblos indígenas. Salud indígena, medio ambiente, interculturalidad. Los Cuadernos de San Lorenzo. Lima: AIDSESEP/Terra Nuova. 1995.
- 2) DGE. Análisis de situación y tendencias de salud del pueblo Matsigenka. Lima: Dirección General de Epidemiología del MINSA. 2006.
- 3) DGE. Análisis de la situación y tendencias de salud del pueblo Achuar. Lima: Dirección General de Epidemiología del MINSA. 2007.
- 4) DGE. Ministerio de Salud del Perú. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. 2008.
- 5) DGE. Análisis de situación y tendencias de salud del pueblo Shawi (sin publicar). Lima: Dirección General de Epidemiología del MINSA. 2008.
- 6) FAO. PESA. Guía Metodológica para la Sistematización de Experiencias. <http://www.slideshare.net/flamauno/guia-metodologica-de-sistematizacin>. 2004.
- 7) FIDAMERICA y PREVAL (Berdegué, et al., Guía Metodológica para la sistematización de experiencias locales de desarrollo rural. 2007.
- 8) GARCÍA HIERRO, Pedro (compilador). San Lorenzo: salud indígena, medio ambiente, interculturalidad. Lima: AIDSESEP. 1995.
- 9) GARCÍA HIERRO, Pedro. "Territorios Indígenas: Tocando a las puertas del Derecho"; en Revista de Indias, Vol. LXI (223). Madrid. 2002.
- 10) IBACACHE, J. Desarrollo de la epidemiología intercultural: marco conceptual. En Salud, cultura y territorio. Chile. Ministerio de Salud. 1998.
- 11) GARCÍA HIERRO, Pedro Derechos indígenas. Lima: Racimos de Ungurahui, CEA. 1999.
- 12) GARCÍA HIERRO, Pedro Biodiversidad, cultura y Desarrollo (1ª y 2 Parte). Lima: Racimos de Ungurahui, CEA. 2000.
- 13) OGE. Análisis de la situación de salud del pueblo Shipibo-Konibo. Lima: Oficina General de Epidemiología del MINSA. 2002.
- 14) OGE. Ministerio de Salud del Perú. Guía para el Análisis de Situación de Salud. 2002.
- 15) OGE. Ministerio de Salud del Perú. Bases para el análisis de la situación de salud Perú 2002.
- 16) OGE. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua – Río Camisea, Cusco. Lima: Oficina General de Epidemiología del MINSA. 2003.
- 17) OGE. Análisis de la Situación de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana. Lima: Oficina General de Epidemiología del MINSA. 2003.
- 18) OPS/ OMS. Giménez, C. Guía sobre interculturalidad. Guatemala: Cuadernos Q´anil. 2000.
- 19) OPS/ OMS. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y el desarrollo de recursos humanos. Washington DC: OPS. 1998.
- 20) OPS/ OMS. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base. Washington DC. 2000.
- 21) PASOLAC. Guía metodológica para la sistematización participativa de experiencias en agricultura sostenible. Mario Ardón Mejía. 2000.