



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: AT1120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número: 1 Artículo no.:56 Período: 1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2018.

TÍTULO: Promoviendo salud en las comunidades indígenas. Convergencias en América Latina.

AUTORES:

1. M.D. Oswaldo Sebastián Huilca Villena.
2. M.D. Carlos Alexander Borja Delgado.
3. M.D. Luis Andres Tapia Verdesoto.
4. M.D. Diego Alfredo Burbano Bastidas.
5. M.D. Eduardo Fabricio Calero Jiménez.
6. M.D. Nathaly Elizabeth Rivadeneira Guillen.

RESUMEN: En América Latina, la escasez de recursos sociales por parte de las comunidades indígenas, genera una exposición a mayores riesgos para la salud, en comparación con otros grupos poblacionales. La promoción de salud con enfoque intercultural, al identificar las necesidades propias de estos grupos, caracterizados por su alta vulnerabilidad, puede contribuir a disminuir las brechas culturales y de salud. Ello justifica el objetivo del presente estudio centrado en fundamentar los rasgos de la promoción de salud con enfoque intercultural orientada a la equidad y disminución de la morbimortalidad de la población indígena.

PALABRAS CLAVES: promoción de salud, vulnerabilidad, enfoque intercultural en salud, inequidad.

TITLE: Promoting health in indigenous communities. Convergences in Latin America.

AUTHORS:

1. M.D. Oswaldo Sebastián Huilca Villena.
2. M.D. Carlos Alexander Borja Delgado.
3. M.D. Luis Andres Tapia Verdesoto.
4. M.D. Diego Alfredo Burbano Bastidas.
5. M.D. Eduardo Fabricio Calero Jiménez.
6. M.D. Nathaly Elizabeth Rivadeneira Guillen.

ABSTRACT: In Latin America, the scarcity of social resources on the part of indigenous communities generates exposure to greater risks to health, in comparison with other population groups. The promotion of health with an intercultural approach, by identifying the specific needs of these groups, characterized by their high vulnerability, can contribute to reducing cultural and health gaps. This justifies the objective of this study focused on supporting the features of health promotion with an intercultural approach aimed at equity and reducing the morbidity and mortality of the indigenous population.

KEY WORDS: health promotion, vulnerability, intercultural approach in health, inequity.

INTRODUCCIÓN.

América Latina, hoy considerada como la región más inequitativa del mundo, es el escenario donde habitan grupos poblacionales indígenas carentes de muchos de los recursos sociales indispensables para el logro del bienestar y cuya escasez propicia un mayor riesgo para la salud si se les compara con los grupos de población más favorecidos. Este problema, de carácter ancestral encuentra sus bases en las reconocidas disparidades, causales de brechas crecientes en términos culturales y de acceso a los servicios de salud (PNUD, 2010; Juárez, Márquez, Salgado de Snyder, Pelcastre, Chin y Culotta, 2014; Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

Todo ello motiva que los pueblos indígenas reclamen por servicios de salud integrales e inclusivos, acordes con sus patrones culturales, capaces de propiciar modificaciones positivas al estado de salud como grupo de población y basados en el respeto a su autonomía. Esto ocurre aun transcurridas cuatro décadas de implementación de estrategias y desarrollo de iniciativas en torno a generar políticas públicas de salud que favorezcan a estas comunidades, según expresan Patiño y Sandín (2014), González (2015), Becerra (2015) y Meljem (2016).

Los pueblos originarios de la región se encuentran en un nivel de muy alta marginación, situación que refleja una pobreza extrema, factor determinante, que conduce a problemas de salud severos, cómo lo representan las altas tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, desnutrición en niños menores de 5 años y alta prevalencia de parasitismo intestinal, enfermedades trasmisibles y no trasmisibles, que se corresponden con condiciones de vida por lo general de extrema pobreza (Cardona, Rivera y Carmona, 2014).

La población indígena tiene sus conceptos propios de salud-enfermedad. Su desconocimiento por parte de la visión y enfoques de la medicina hegemónica, además de la incomunicación que impone el no dominio de las lenguas autóctonas, dificulta la gestión de los equipos oficiales de salud, que formados mayoritariamente bajo el enfoque biomédico, carecen de metodologías para trabajar en contextos de diversidad cultural; de esta manera, la prestación de servicios por estos equipos requiere el apoyo de nuevas estrategias de corte intercultural, basadas en el cultivo de relaciones recíprocas de prácticas y conocimientos (OPS, 2008; CEPAL, 2014; Bautista, Serván, Colchero, Ramírez y Sosa, 2014; Kirmayer, 2015; González, 2015).

Es en ese punto, que resulta esencial el papel de la Promoción de salud, vista como estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social, al cumplimentar sus objetivos de fortalecer habilidades y capacidades de las personas para en colectivo, ejercer control sobre los determinantes de la salud. Para ello debe lograrse la participación social en la definición de los problemas, la toma de decisiones y en las medidas a emprender para modificar y mejorar los factores determinantes de salud, aspectos que serán únicamente factibles y eficaces desde el respeto e intercambio con las

culturas indígenas y su cosmovisión. Desde esta posición, en lo epistemológico, el propósito de la presente investigación subyace en la necesidad de fundamentar los rasgos fundamentales de la promoción de salud con enfoque intercultural, orientada a la equidad y la disminución de la morbimortalidad de la población indígena.

DESARROLLO.

Se reconoce el carácter multicultural de la región de América Latina y el Caribe, lo que está dado por sus 44 millones de personas pertenecientes a la comunidad de los pueblos originarios, que a su vez representan el 8% de la población total en el continente. En diez años, esta comunidad creció en un 49% y en la actualidad ya son 826 los pueblos indígenas, siendo Guatemala, Bolivia, México y Ecuador los países que concentran el mayor número de miembros de esta etnia (CEPAL, 2014).

Gutiérrez y Hernández (2013) y Juárez et., al (2014) centran su atención en la escasez de políticas públicas orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población indígena latinoamericana, así como a la insuficiente cobertura de servicios de salud y su difícil acceso, dados fundamentalmente por la ubicación geográfica de los lugares en los que viven, así como a las barreras idiomáticas y culturales, situación agravada por la visión estigmatizada y discriminante de que son objeto desde tiempos ancestrales. Todo ello apunta desfavorablemente a la necesaria relación médico-paciente y condiciona la vulnerabilidad en salud que sufre este grupo poblacional. Llegados a este punto, no es ocioso recurrir a la definición conceptual que del constructo hacen Etienne (2013), Gutiérrez y Hernández (2013) y Juárez et., al. (2014) al que entienden como la desprotección de grupos poblacionales ante daños potenciales a la salud, que se incrementa por la carencia de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales.

Al calificar como vulnerables a las comunidades indígenas latinoamericanas queda clara la incapacidad para afrontar un contexto hostil, que incluye, en ocasiones, a la insensibilidad mostrada por las instituciones gubernamentales para con sus problemas. Al ser de naturaleza multidimensional, la vulnerabilidad responde a la acción concomitante de factores, que al

interactuar, originan una condición dinámica. Los bajos ingresos, el desempleo, la inequidad, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos ejemplos de estos determinantes, que actuando de conjunto, ponen a una persona o grupo en situación de desprotección; de ahí que las políticas públicas de salud deben incluir como punto a tratar la inequidad que estos factores originan (Juárez et al, 2014; Arias, 2017).

En respuesta a la situación de pobreza e inequidad de los grupos indígenas, surge la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas en 1993, como un medio de apoyo a la meta Salud para Todos y auspiciada por el concurso de los pueblos indígenas de las Américas y sus organizaciones, además de los gobiernos de la Región y las organizaciones no gubernamentales y cuyas líneas se encaminan a ampliar la evaluación de las condiciones de vida y situación de salud, incrementar y apoyar proyectos con comunidades indígenas para solucionar los problemas de salud, promover las investigaciones que estudien la salud de los grupos étnicos y llenar el vacío en términos de información, y hacer una promoción de salud que contribuya a curar, prevenir, controlar y rehabilitar basada en el perfil epidemiológico correspondiente (OPS/OMS,2008; Cardona, Rivera y Carmona, 2014).

Mientras que el concepto de salud para el modelo de salud biologicista y hegemónico entiende a la salud como bienestar biológico, psíquico y social, para los pueblos indígenas de acuerdo a su diferente cosmovisión es la armonía del individuo con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, para el logro del bienestar y la tranquilidad individual y social (OPS/OMS, 1997).

Los pueblos originarios son conocedores de un grupo de técnicas sobre el cuerpo humano, la convivencia entre los individuos, con los seres espirituales y con la naturaleza. Estas técnicas, armónicamente diseñadas, pueden ser consideradas como sistemas de salud tradicionales, pero en el proceso de movilización de los recursos disponibles, como un medio legítimo para alcanzar las metas de salud para todos; los sistemas de salud tradicionales/indígenas no han encontrado un espacio de manifestación total en los planes de salud de los países de la Región; por demás, se

considera que la sobrevivencia de estas comunidades se explica por la existencia y estructura de sus sistemas de salud, cuya cosmovisión está sustentada por la integralidad, la armonía y el equilibrio.

Consecuentemente, la Medicina indígena o tradicional agrupa procedimientos, ideas, creencias, conceptos y mitos, explicables o no, relacionados con las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales. A su vez, con estos conocimientos, transmitidos de generación en generación de manera verbal como parte de la herencia cultural, ellos explican la curación, prevención, diagnóstico, pronóstico etiología y nosología de las enfermedades. Esta particularidad dota a la medicina indígena de su carácter local, colectivo, anónimo y cerrado, llevando implícito los rasgos que la hacen también universal (OPS/OMS, 1997; OPS/OMS, 1998).

La concepción de la medicina biomédica, con su carácter hegemónico, niega desde la superioridad que le da su auto empoderamiento, a la concepción de la medicina tradicional y ello genera situaciones de desarticulación de la estructura social de las comunidades, conflictos de poder entre médicos y agentes portadores de “otras” culturas, e insuficiente adhesión y rechazo a las prácticas médicas de Occidente. Esto, en aquellos países cuya población es esencialmente multicultural, de hecho ya constituye un alerta muy en especial sobre la necesidad de reconocimiento de la cultura médica de los pueblos originarios, caracterizada por su propia cosmovisión, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y utilización de la herbolaria tradicional, basando sus relaciones en el uso respetuoso de los recursos naturales para el bienestar de toda la comunidad. Su forma holística de atención a problemas de salud, se singulariza no en la curación del síntoma, sino por la concepción que conduce a la restauración del equilibrio con la naturaleza.

Por su parte, la visión biomédica desarrollista, basada en la lógica Cartesiana, ha dicotomizado el alma del cuerpo (el espíritu de la materia) y su discurso higienista al aislar al paciente de su contexto, y enfocándose sólo en la enfermedad, transforma a la víctima en culpable de su mal y oscurece algunas de las referencias sociales y medio ambientales a las cuales hacen alusión las dolencias de filiación cultural basadas en la cosmovisión indígena. Estas interpretaciones y

paradigmas en lo cotidiano se manifiestan como barreras culturales. Ellas a su vez se suman a las barreras sociales, económicas y geográficas, conformando los complejos y diversos factores que condicionan la exclusión, el bajo acceso a los servicios de salud y la baja utilización de los servicios básicos por parte de esta población, generalmente localizada en zonas rurales y urbano marginales (OPS, s/f; Schemelkes, 2013; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2014; Mantilla, Oviedo, Hernández y Flórez, 2013; Portela, Astaiza, Guerrero y Rodríguez, 2013).

Cabe preguntarse, si entonces no es posible la integración dialéctica de dos sistemas de salud de tan diferente naturaleza con sus ventajas y limitaciones de una y otra parte. La coexistencia legal o no de sistemas de salud científicos con aquellos de raíces indígenas en la sociedad actual hace necesario activar los procesos de creación de modelos de salud que se correspondan plenamente con las necesidades materiales y culturales de las comunidades originarias, garantizando el respeto y el derecho de la salud, posicionados desde un enfoque de interculturalidad en salud. Ello es posible a partir de la promoción de salud como proceso, con un enfoque intercultural.

Hay que reconocer que no resulta simple identificar las intenciones del concepto de interculturalidad en salud, al moverse en un terreno en el que se manifiestan mecanismos de poder, con presencia del modelo hegemónico en salud cuyas reglas señalan saberes, prácticas y técnicas a aplicar en las esferas de atención, prevención y control de enfermedades, así como la promoción de las condiciones que en lo social deberán garantizar la salud. A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales —así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales— como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano.

Siendo la Promoción de salud el proceso que tiene como pilares la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes propicios, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud, por su propio objetivo

constituye una estrategia que vincula a las personas con sus entornos, combinando la responsabilidad social con la elección personal al fortalecer capacidades y habilidades para un efectivo control de los determinantes de salud (Castell-Florit, 2007; Espinosa, 2013; Cornejo y Blazquez, 2013).

Trabajar en salud y en específico en promoción de salud desde una perspectiva intercultural lleva implícito mantener una relación entre iguales que reconozca a las personas por igual, desarrolle una interacción en la que prime el afecto y el vínculo, que permita el uso de la comunicación en la generación de nuevas vías que validen a los demás desde sus categorías respectivas y que promuevan la confianza y la seguridad (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Todo ello se hace posible siempre que sea reconocida la diversidad con una mirada positiva, se proponga un dialogo entre culturas como iguales y se reconozca y negocie la diferencia, en aras de convertirla en fortaleza (OPS/OMS, 1999; Organización Panamericana de la Salud, 2008; Patiño y Sandín, 2014; Portela et. al., 2014).

Siguiendo ese orden de ideas, Portela et., al (2013) consideran, que la imposición del modelo biomédico conduce al fracaso del diálogo intercultural en salud entre los actores que representan la comunidad científica, los recursos humanos del sistema de salud y las comunidades indígenas; aspecto que se agudiza si no se conoce la cultura y naturaleza de la cosmovisión en salud de los grupos étnicos con sus construcciones históricas y sociales.

Según explica la OPS/OMS (1999), el incorporar el enfoque intercultural de la salud en la labor de promoción de salud en comunidades multiculturales resulta indispensable para la identificación de los lugares que ocupan las culturas en la sociedad nacional correspondiente, así como el comportamiento de los factores que describen y afectan el estado de salud y las condiciones de vida. De igual modo, explica los elementos que contribuyen a una mejor comprensión de las interrelaciones entre la cultura indígena y la no indígena, así como las relaciones de índole interna entre cada una de ellas; de este modo, el desafío lo constituye el alcanzar la equidad dentro de la dimensión intercultural. La operacionalización del concepto de interculturalidad, puede aportar la

base de una promoción de salud en la que se privilegie el diálogo, caracterizado por el respeto a la diferencia y la tolerancia a las contradicciones; de modo que desemboque en la solidaridad, el consenso y el cumplimiento de objetivos comunes y una amplia participación que tome en cuenta la representación y la consulta.

En la organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales, el diálogo, la convergencia, la concertación y la negociación transparente debe ser una práctica permanente en el desarrollo del proceso de abordaje del nexo salud-enfermedad, para garantizar la participación decisiva de los pueblos, evitando la asimilación cultural. El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa. Esto marca el encuentro de dos o más visiones sobre las posibles soluciones a los problemas de salud que parten de marcos contextuales distintos. Además, urge un cambio en los paradigmas pues esta búsqueda lleva a un análisis, no desde la visión biomédica sino desde aquella generada a través de la sensibilidad y el respeto hacia la diferencia y fundamentada en el principio de la vida (Patiño et., al., 2014; López, Christian, Vargas, Calcagno y Fuentealba, 2016).

La incorporación del enfoque intercultural en la promoción de salud supone contar con un equipo multidisciplinario. Los recursos humanos de la salud de los diferentes niveles de decisión y atención deberán constituirse en gestores de nexos que faciliten la participación de la comunidad y la comunicación de doble vía entre las instancias y servicios de la salud con la comunidad. Esto determinará la generación de un compromiso social mutuo que redunde en el desarrollo integral de la comunidad (Arango, 2008; OPS/OMS, s/f; OPS, 2016).

Convergencias en América Latina.

La pobreza, en algunas regiones, experimentó una cierta disminución a expensas del crecimiento económico global, pero ello no incidió en la eliminación de las inequidades sociales dentro de los

países de latinoamericanos, ni aun entre ellos. En la Región, las desigualdades sociales además de sentar las pautas en la distribución de enfermedades emergentes y altas prevalencias de enfermedades prevenibles, inciden además en su curso. La no asignación de igual valor social a las comunidades étnicas en comparación con otras en la sociedad es consecuencia de la histórica pauta de discriminación y segregación desde a cultura hegemónica etnocéntrica, que determina límites desfavorables a estos grupos (OPS 2016; OPS/OMS, 1998).

La mayoría de los países de América Latina no cuenta con datos específicos sobre las condiciones de su población indígena y solamente en nueve de ellos se incluye una definición de la misma en los censos nacionales. Esto ha llegado a dificultar la obtención veraz de información epidemiológica relevante, como por ejemplo en la prevalencia de VIH/Sida en las comunidades étnicas de la región (Zambrano, Castro, Lozano, Gómez y Rojas, 2013). La definición de etnicidad exhibe diferencias notables entre los países latinoamericanos, algunos de los cuales tienen como criterio únicamente a la lengua materna, mientras que en otros opera la propia percepción de su etnicidad. Las estimaciones censales varían de 14,6 a 34 millones de indígenas según las fuentes. Los países con mayor población indígena son México con 5,2 millones, que representan 9% de su población total; Perú con 3,6 millones (25% de la población total), Bolivia con 2,8 millones (54%) y Guatemala con 2,5 millones (42%) (López et., al., 2016; CEPAL, 2014).

Las comunidades indígenas se ven afectadas de manera particular por la pérdida de viabilidad de las formas de vida tradicional y de recursos culturales, por el deterioro ambiental, la migración, y los conflictos violentos; factores todos que determinan el deterioro de la calidad de vida de los grupos afectados (OPS/OMS,1998; Trofismos y Dos, 2014; Williamson, Andersen, Redman, Dadds, D'Este, Daniels, 2014; Wexler, Chandler, Gone, Cwik, Kirmayer y LaFromboise, 2015; Lozano y Salazar, 2018; OPS, 2016).

Los factores de riesgo psicosocial actúan muy desfavorablemente sobre las comunidades indígenas, particularmente golpeadas por los mecanismos de la economía de mercado, la integración de los recursos naturales en la competitividad internacional, y el interés en mantener insumos de bajo

costo para la producción industrial, con frecuencia ligado a la mano de obra accesible y barata; mientras tanto, continúan evidenciándose altas tasas de mortalidad infantil y de fecundidad, además de las desventajas en el acceso al trabajo y a los servicios, que generan estrés emocional y fortalecen las condiciones de pobreza y marginación (OPS,2016).

En América Latina se han desarrollado estrategias comunitarias de promoción y prevención basadas en el desarrollo de una importante base conceptual y práctica en las que se integran la problemática de la pobreza y la marginación. Dentro de esas estrategias se encuentran las que favorecen el apoyo de los recursos tradicionales de la medicina indígena y las orientadas al desarrollo de nuevas capacidades dentro del desarrollo comunitario. La estrategia más común, basada en los sistemas locales de salud, procura mediante la capacitación en el trabajo, la integración de los recursos comunitarios e institucionales. En algunos casos, se busca generar capacidades complementarias en los promotores comunitarios, subordinados con frecuencia a los proveedores externos. En otros casos, se promueve la generación de capacidades autónomas en la comunidad, dada la escasez de instituciones de salud en el medio rural. En estas áreas se procura con frecuencia la generación de capacidades derivadas de una visión cosmopolita de la salud, incluyendo además la promoción de grupos de apoyo.

Autores como Trofimov y Dowse (2014), Wexler, Chandler, Gone, Cwik, Kirmayer y LaFromboise (2015), OPS (2016), Kirmayer (2015), Williamson, Andersen, Redman, Dadds y D'Este (2014) se han referido a los problemas de salud que persisten y se agudizan en la población indígena, íntimamente asociados a insuficiencias en el saneamiento ambiental y condiciones de extrema pobreza además de falta de percepción del riesgo y que generan la ocurrencia de enfermedades transmisibles y carenciales, incluyendo ITS/VIH/Sida y Tuberculosis). Existe un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, además de los problemas de salud colectiva, relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo, de los que se derivan suicidios, homicidios y accidentes, alcoholismo, adicciones y destrucción del ambiente.

Adolescentes y jóvenes indígenas se ven afectados por la falta de oportunidades y de equidad. Al perfil de salud de la mujer joven indígena se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, por ser indígena y en no pocos casos por ser analfabeta y monolingüe.

CONCLUSIONES.

En fin, el planteamiento de una promoción de salud basada en la interculturalidad requiere partir de un concepto de relaciones respetuosas orientadas a la equidad, donde el paradigma de acción se genere a partir del encuentro y del respeto a las diferencias. El desafío, en consecuencia, es lograr la mejoría de salud de todos los pobladores mediante la integración de esfuerzos.

La integración del modelo de salud tradicional y del biomédico, desde el enfoque intercultural en salud, deberá contribuir al mejoramiento de condiciones de vida en general, considerando la cosmovisión propia de los pueblos indígenas y su organización social como fundamento para la elaboración de los planes, debiendo además impulsar trabajos coordinados, en el que participen todos los involucrados, todo lo cual permitirá generar modelos articulados basados en el respeto al conocimiento y capacidades de los pueblos originarios y en su participación social.

Es evidente la inequidad existente en la prestación de los servicios públicos de salud en la Región. Igualmente se puede constatar la naturaleza de las relaciones existentes entre el sistema oficial de salud y el tradicional, y la incapacidad de la medicina académica para satisfacer las necesidades de salud de la población indígena. Ante esta situación, se hace evidente la necesidad de plantear la articulación y coordinación de los dos sistemas; no obstante, cabe señalar que no se trata de una mera incorporación del sistema tradicional al oficial, sino que se trata de un valioso aporte en un clima de respeto a los derechos humanos de los pacientes, sus familias y la comunidad.

Si bien existen avances en materia de salud indígena entre los países de la Región de las Américas, éstos aun no resultan suficientes. La problemática indígena es compleja, el abordaje de esta problemática ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la

democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arango Panesso, Y. (2008). Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev. Cubana Salud Pública*, 34(1).
2. Arias, S.A. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac Nac Sal Púb.*, 35 (2), 186-196.
3. Bautista Arredondo, S., Serván Mori, E, Colchero, M.A., Ramírez Rodríguez, B. y Sosa Rubí, S.G. (2014). Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Publica Mex*,56,18-31. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i1.7319>
4. Becerra Posada, F. (2015). Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Rev. Panam Salud Publica*, 38,1-4.
5. Cardona Arias, J. A., Rivera Palomino, Y. y Carmona Fonseca, J. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Medicas UIS*, 27(2), 29-39.
6. Castell-Florit Serrate, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 33(2).
7. CEPAL. (2014). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
8. Chin, G & Culotta, E. (2014). The science of inequality: what the numbers tell us. *Science*, 344(6186),819-821.
9. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2014). Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014 – 2018. México: CDI.

10. Cornejo, M.y Blazquez, M. (2013) La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, (13), 11-30.
11. Espinosa, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Rev. Cubana Salud Pública*,39(1),1-3.
12. Etienne, C. (2013). Equity in health systems. *Rev. Panam Salud Publica.*, 33(2), 79-80.
13. Fajardo Dolci, G., Gutiérrez, J.P. y García Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex*, 57,180-186. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
14. González, L.A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*,33(1),7-14.
15. Gutiérrez, J. P. & Hernández, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000 - 2012. *Salud Publica Mex*, 55(supl 2), 83-90.
16. Juárez Ramírez, C., Márquez Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., y Reyes Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35 (4),284-290.
17. Kirmayer, L.J. (2015). The health and well-being of indigenous youth. *Acta Paediatr*,104(1),2-4.
18. López, D., Christian, C., Vargas, M., Calcagni, M., Fuentealba, R. (2016). Desigualdad y Territorio en los pueblos indígenas en Chile: un diagnóstico latinoamericano y propuestas de investigación desde Rimisp. Serie Documentos de Trabajo N°206. Grupo de Trabajo Desarrollo con Cohesión Territorial, Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Rimisp, Santiago, Chile.

19. Lozano Ordoñez, E. y Salazar Hena, M. (2018). Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social en salud. *Hacia Promoc. Salud*, 23(1),125-140. Recuperado de: DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.9
20. Mantilla, B.P., Oviedo, M.P., Hernández, A. y Flórez, N. Z. (2013). Educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de Chocó. *Hacia promoc. Salud*, 18(2),96-109.
21. Meljem Moctezuma, J. (2016). Conformación del Observatorio de Inequidades en Salud en México. *Salud Pública de México*, 58(6),606-607. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649652015>
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS (1999). *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C.
23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y provisión de Servicios de Salud en poblaciones multiculturales*. Washington, D.C.
24. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (1998). *Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas*. Washington, D.C.
25. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (sf) *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas*. Recuperado de:
http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-20104/files/docs/l_tiemp/9_i_Iniciativa%20de%20salud%201993%20OPS.pdf
26. Organización Panamericana de la Salud OPS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington D.C.: OPS.
27. Organización Panamericana de la Salud OPS. (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015*. Washington, D.C.: OPS

28. Organización Panamericana de la Salud OPS. (sf). La salud de los pueblos indígenas de Las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud.
29. Patiño Suaza, A.E. y Sandín Vásquez, M. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*,10(3), 379-396.
30. PNUD. (2010). Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión generacional de la desigualdad. San José de Costa Rica: PNUD.
31. Portela Guarín, H., Astaiza Bravo, N.X., Guerrero Pepinosa, N.Y., y Rodríguez Guarín, S. (2013). Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Revista Universidad y Salud*, 15(2), 238-255.
32. Schemelkes, S. (2013). Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Revista internacional de Estadística y Geografía*,4 (1).
33. Trofimovs, J. y Dowse, L. (2014). Mental health at the intersections: the impact of complex needs on police contact and custody for indigenous Australian men. *Int J Law Psychiatry*,37(4),390-8.
34. Wexler, L., Chandler, M., Gone, J.P., Cwik, M., Kirmayer, L.J. & LaFromboise, T. et al. (2015). Advancing suicide prevention research with rural american Indian and Alaska native populations. *Am J Public Health*, 105(5),891-899.
35. Williamson, A., Andersen, M., Redman, S., Dadds, M., D' Este, C., Daniels, J. et al. (2014). Measuring health in indigenous young people: a review of the literature from 1998-2008. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 19 (2), 260-72.
36. Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N. y Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Investigaciones Andina*, 15(26).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ibacache Burgos, J., Chureo, F., McFall, S. & Quidel Lincoleo, J. (2001). Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los mapuche de Makewe_Pelale de Chile. Serie salud de los pueblos indígenas (Vol. 16). OPS.
2. Villatoro, E. (2001). Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Maya de Guatemala. Serie salud de los pueblos indígenas (Vol. 15). OPS.

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Oswaldo Sebastián Huilca Villena.** Doctor en Medicina General y Médico en Derivaciones IESS ECU 911, Subdirección Médica del IESS Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: sebastianhuilca@gmail.com
2. **Carlos Alexander Borja Delgado.** Doctor en Medicina General y Evaluador médico de la Coordinación Provincial de prestación de servicios IESS Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: alex2254cabd@outlook.com
3. **Luis Andres Tapia Verdesoto.** Doctor en Medicina General y Director del Puesto de Salud de Cumbantsa en Morona Santiago, Médico Rural en Taisha, Morona Santiago, Ecuador. Correo electrónico: luisandrestapiaverdesoto@hotmail.com
4. **Diego Alfredo Burbano Bastidas.** Doctor en Medicina General. Correo electrónico: dabb_666@hotmail.com
5. **Eduardo Fabricio Calero Jiménez.** Doctor en Medicina General. Correo electrónico: fabricio.calero.jimenez@gmail.com
6. **Nathaly Elizabeth Rivadeneira Guillen.** Doctora en Medicina General. Correo electrónico: naty_rigui09@hotmail.com

RECIBIDO: 20 de junio del 2018.

APROBADO: 20 de julio del 2018.