



**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico
Departamento de Entomología Médica**

GUIA METODOLÓGICA PARA EL ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA MALARIA EN LA COMARCA KUNA DE MADUNGANDI

**Lorenzo Cáceres, Margarita Griffith,
José Calzada, José Rovira y Rolando Torres**





**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico
Departamento de Entomología Médica**

GUIA METODOLÓGICA PARA EL ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA MALARIA EN LA COMARCA KUNA DE MADUNGANDI



**Lorenzo Cáceres, Margarita Griffith,
José Calzada, José Rovira y Rolando Torres**

Índice	2
Presentación	4
Reconocimientos	6
Introducción	7
1. Población y pueblos indígenas de Panamá	10
1.1 Situación socioeconómica de la población indígena	12
2. Comarca kuna de Madungandi	14
2.1 Localidades seleccionadas para el desarrollo de la guía	15
2.2 Aspectos demográficos	18
2.3 Situación socioeconómica de la Comarca de Madungandi	18
2.4 Indicadores de salud en la Comarca de Madungandi	19
2.5 Aspectos jurídicos normativos	21
2.6 Aspectos generales de la cultura kuna	23
3. La malaria como enfermedad y su impacto en las poblaciones indígenas	25
3.1 La malaria como problema de salud en las Américas	26
3.2 Malaria en Panamá	28
3.3 Malaria como problema de salud en la Comarca Kuna de Madungandi	29
4. El abordaje intercultural, una gran necesidad para la atención de los problemas de salud de la población indígena	33
4.1 El enfoque intercultural	35
4.2 La interculturalidad en la salud	37
4.2.1 La estructura de los servicios de salud	38
4.2.2 El establecimiento o espacio de salud	38
4.2.3 El personal prestador de servicios de salud	38
4.2.4 Las personas consultantes o usuarias	38
4.2.5 Malaria e interculturalidad	38
5. Concepto de la salud, enfermedad y muerte en la cultura kuna	39
5.1 Percepciones de la malaria en la cultura kuna	41
6. Metodología para la elaboración de la guía intercultural	42
6.1 Análisis FODA	42
6.2 Encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP's)	43
6.3 Estudio cualitativo	45
6.4 Taller de validación de la guía	46
7. Componentes de la metodología de abordaje intercultural de la malaria	47
7.1 Esquema metodológico para el de abordaje intercultural de la malaria	48
7.1.1 FASE No.1 Intervención a nivel político-normativo	48
7.1.2 FASE No.2 Intervención a nivel regional-operativo	51
7.1.2.1 Interacción entre las autoridades tradicionales con las autoridades gubernamentales indígenas	53
7.1.3 FASE No.3 Intervención a nivel de los prestadores del servicio de salud	54
7.1.4 FASE No.4 Intervenciones a nivel de las autoridades, líderes y médicos tradicionales	57
7.1.5 FASE No.5 Intervenciones a nivel comunitario	59
8. Pasos que el del funcionario debe seguir al realizar trabajo de campo en una comunidad Indígena	63
9. Glosario de palabras y frases kunas utilizadas en la prevención, vigilancia y control de la malaria	66
10. Conclusiones	70
11. Recomendaciones	71
12. Referencias bibliográficas	72

Presentación

En Panamá habitan alrededor de 284,754 indígenas pertenecientes a ocho pueblos diferentes: Ngäbe, Buglé, Kunas, Emberá, Wounaan, Bri-Bri, Bokota y Naso/Teribe, quienes conforman el 10% de la población panameña. Estos pueblos representan los sectores más afectados de la sociedad panameña, mostrando diferencias marcadas en sus indicadores de salud con respecto al promedio nacional. Los índices de mortalidad materna, la desnutrición, las altas tasas de morbilidad por causas prevenibles, las grandes limitantes de acceso y la no utilización de los servicios de salud por barreras geográficas, económicas y culturales, son algunos de los problemas que afectan a la mayoría de las comunidades indígenas. Estos factores inciden en que sea un verdadero reto el encontrar soluciones a los problemas de salud que sean acordes a sus características culturales como la lengua, sus tradiciones, creencias y cosmovisión de la vida.

Este documento representa una experiencia innovadora en nuestro país en un esfuerzo para reconocer el valor de los pueblos y culturas indígenas, sus aportes al crecimiento de Panamá, y la importancia que tiene que se establezcan políticas de salud acorde con sus realidades y cosmovisiones. A través de esta guía, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) contribuye con el Ministerio del Salud (MINSA) en la atención de la malaria mediante el abordaje intercultural en la población indígena kuna de la Comarca de Madungandi. Para que se garantice su sostenibilidad en el tiempo, esta guía de abordaje intercultural de la malaria deberá aplicarse por parte de los programas sanitarios de forma integral, multisectorial, con una fundamental y prioritaria participación de las autoridades y médicos tradicionales indígenas, grupos comunitarios organizados, actores claves o líderes naturales de las comunidades, autoridades locales (Representantes de Corregimientos y Corregidores), autoridades del nivel nacional, regional y local de salud.

Esta guía metodológica ofrece lineamientos y estrategias concretas para el abordaje intercultural de la malaria en la Comarca Indígena de Madungandi. La elaboración de la misma contó con un proceso de 12 meses de duración en los cuales se realizó un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de las políticas de salud dirigidas a los pueblos indígenas, un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's) sobre la malaria y un estudio cualitativo sobre las representaciones sociales de la malaria. A raíz de este diagnóstico macro se finaliza la confección de esta propuesta metodológica consensuada con la presencia de autoridades del nivel nacional, regional y local del MINSA y con las propias autoridades tradicionales indígenas (Sahilas), médicos tradicionales y actores sociales de la Comarca Kuna de Madungandi.

Esta iniciativa fue liderizada por un equipo multidisciplinario de investigadores del ICGES constituye la primera experiencia en el país en desarrollar una metodología de abordaje intercultural para la atención de la salud en pueblos indígenas, enfocada al problema de la malaria para así contribuir a mejorar, reorientar, rediseñar y fortalecer las políticas, planes y programas sanitarios del MINSA, con ello se busca reconocer el valor del patrimonio cultural, el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos. Esta experiencia innovadora, podrá ser fortalecida y replicada en otras poblaciones indígenas que presentan problemas similares de salud en el país.

Dr. Néstor Sosa

Director General del ICGES



Reconocimientos

Esta guía es el producto del trabajo investigativo realizado durante un periodo de 12 meses por investigadores del ICGES y un sinnúmero de actores valiosos sin los cuales no hubiera sido posible la culminación exitosa de este proyecto. Procedemos a mencionar a algunos de los más destacados a quienes les brindamos nuestro más profundo agradecimiento.

Por parte del MINSA, deseamos reconocer la colaboración y apoyo brindado por la Dirección General de Salud a través de los departamentos de Vigilancia Epidemiológica y Control de Vectores. Deseamos agradecer en especial al Licdo. Carlos Victoria Jefe del Programa Nacional de Malaria. Igualmente deseamos reconocer el aporte y contribución brindada por la Dra. Carolina Freire y su equipo, que desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud en su momento, quienes brindaron aportes y orientaciones en todo el desarrollo de este trabajo. Por último deseamos agradecer el apoyo del Dr. Enrique Donado Director Nacional de Asuntos Sanitarios Indígenas.

Por parte de la Dirección Regional de Salud de Panamá Este, mencionamos la labor destacada de los señores León González, Andrés Ruiz, Santiago Cherigo de Control de Vectores y la Licda. Xiomara De León de Promoción de la Salud. Igualmente, destacamos el acompañamiento invaluable de los inspectores de control de vectores José García y Julio Fernández, quienes estuvieron apoyando en las giras al campo.

A nivel comunitario, fueron muchas las personas que de manera desinteresada ofrecieron información, experiencias y anécdotas. No contamos con los nombres de todos, pero sí deseamos hacer especial mención a los sahilas de las tres comunidades quienes nos dieron apertura para entrar a sus comunidades: Pedro Esquivel (q.e.p.d.), Félix Matos, Claudio Hernández y Abelardo Brenes (q.e.p.d.). También agradecemos al señor Avelino Hernández y Otilio Solís por su apoyo en la organización de las reuniones comunitarias y la Organización Kuna de Madungandi (ORKUN), encabezada por Manuel Martínez. Un agradecimiento especial a la Licda. Doris Bill, quien apoyo y colaboró en la concertación de las diferentes actividades y como traductora de la lengua kuna, siendo invaluable su apoyo en el desarrollo de los trabajos comunitarios.

Quedan muchos otros compañeros y compañeras más que, sin estar mencionados aquí, brindaron grandes aportes al desarrollo de esta investigación y permitieron que este proyecto culminara de una manera satisfactoria. A todos ellos: MUCHAS GRACIAS!

Introducción

En los últimos años, el concepto de interculturalidad en salud ha tomado mayor fuerza a medida que los pueblos indígenas reclaman sus derechos a la diversidad y a la conservación de sus prácticas culturales. Otro aspecto que ha motivado el debate entre salud y cultura, es el hecho que a nivel del Continente Americano los pueblos indígenas continúan padeciendo de enfermedades ya controladas en otros grupos poblacionales. La hipótesis indica que el poco entendimiento que se maneja en relación a los sistemas culturales de estos pueblos: su cosmovisión, sistemas médicos de salud y tradiciones, puedan estar incidiendo como barreras para que adquieran las mismas condiciones de salud del resto de la población.

En general, la cultura abarca distintas formas y expresiones de una sociedad determinada. Por lo tanto, las costumbres, las prácticas, las maneras de ser, los rituales, los tipos de vestimenta y las normas de comportamiento son aspectos incluidos en la cultura. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de los individuos seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella se disciernen los valores y se toman decisiones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden (UNESCO, 1982).

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU): “las poblaciones indígenas están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país en la época en que personas de una cultura u origen étnico diferente llegaron procedentes de otra parte del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de no dominancia o colonial; que hoy viven más de conformidad con sus [propias] costumbres y tradiciones sociales, económicas o culturales -más que con las de los países de los que ahora forman parte-, a las que han incorporado características nacionales, sociales y culturales de otros segmentos de la población que son predominantes” (ONU, 2004).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, en el Artículo No. 1, define a los pueblos indígenas como: “pueblos [...] cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otras secciones de la comunidad nacional y cuyo estatus está regulado por sus propias costumbres o tradiciones o por leyes o reglamentos especiales [...]. En tanto que en el Artículo No. 2, indica [...] Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad. Por su parte, el Artículo No. 5, expresa: [...] deberán reconocer y proteger los valores y practicas sociales, culturales, religiosas y espirituales propio de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en

consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente [...] (OIT, 1999).

La definición del Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas, por su parte indica que se trata de grupos poblacionales que, desde tiempos antiguos han habitado las tierras donde viven y que son conscientes de tener un carácter propio con tradiciones sociales como el criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican sus provisiones.

La atención de la salud en los pueblos indígenas a parte de las dificultades principales de aislamiento geográfico, limitaciones en acceso a los servicios de salud, pobreza y analfabetismo, los sistemas de salud también se enfrentan a dificultades relacionadas a la falta de un adecuado abordaje de atención realizado por parte del personal de salud, diferencias culturales, barreras de lengua y comunicación, la falta de comprensión de las creencias, costumbres, tradiciones y valores de las poblaciones indígenas.

La atención de la salud en los pueblos indígenas de Panamá no escapa a estas dificultades. Existen diversas situaciones y experiencias que ejemplifican las limitaciones por parte de los sistemas de salud. Un caso específico que evidencia el problema existente entre las culturas indígenas y los sistemas de salud, lo representa el caso ocurrido en la Comarca Kuna de Madungandi durante el brote epidémico de malaria por *Plasmodium falciparum* en el 2004, donde los rituales de protección contra la enfermedad que realizaban los Neles o sabios kunas, conocidos como la ceremonia de “*La Fuma de la Pipa*”, no fueron suficientemente entendidos y se interpretaron como un rechazo del pueblo kuna a recibir ayuda en esta situación de emergencia por parte del personal del MINSA. Esta dificultad que afronta los sistemas de salud, obedece principalmente al desconocimiento de la cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas y que hasta el presente no existe una metodología de atención de la salud culturalmente adaptada para atender los problemas de salud en las poblaciones indígenas. Estos hechos representan una seria barrera para lograr prevenir y controlar la malaria, así como otros problemas de salud en las poblaciones indígenas del país.

Ante esta realidad, y sumándose a las iniciativas de salud en pueblos indígena que se realizan a nivel de la región, el ICGES con el apoyo de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT) y la colaboración del MINSA, llevó a cabo la ejecución del proyecto: *Estudio del comportamiento de la malaria en la comarca indígena de Madungandi: Aporte para una mejor estrategia de abordaje intercultural de la malaria en poblaciones indígenas*. Este proyecto tuvo como principal objetivo generar una propuesta de abordaje intercultural de la malaria en poblaciones indígenas para lograr un entendimiento mutuo entre el sistema tradicional de salud del pueblo Kuna de Madungandi y el sistema de salud del MINSA. Como resultado de este proyecto se elaboró esta guía metodológica que presenta los lineamientos a implementar para poder proveer a la población kuna de Madungandi una atención de salud culturalmente apropiada para la vigilancia, prevención y control de la malaria.

El propósito de esta guía es dar un paso inicial hacia el abordaje intercultural de la malaria en la población indígena kuna, específicamente en la Comarca de Madungandi, este documento puede servir como herramienta que contribuirá a la reducción de esta enfermedad mediante una atención culturalmente apropiada. Para lograr cumplir el objetivo, es necesario brindar información adecuada al personal de salud, a las autoridades y médicos tradicionales, líderes y actores comunitarios para fortalecer las capacidades y sensibilidades, con el propósito de difundir las prácticas relacionadas con el abordaje intercultural de manera efectividad y respetando las diferencias culturales.

Esta guía podrá ser implementada por parte de los programas sanitarios del MINSA y ejecutada por el personal de salud involucrados en la atención de la malaria a nivel nacional, regional y local, autoridades y médicos tradicionales, grupos comunitarios organizados y actores sociales locales. La guía servirá como un instrumento facilitador que permitirá potenciar las políticas dirigidas hacia las poblaciones indígenas. Por considerarse la misma como un paso inicial en el abordaje intercultural de la malaria, deberá a través del tiempo cambiar, ser enriquecida e innovarse con cada una de las experiencias por parte del personal de salud y la población indígena.

La guía inicia haciendo referencia a las poblaciones indígenas en el país y su situación sociocultural. Seguidamente se aborda sobre la Comarca de Madungandi, considerando los aspectos socioeconómicos y culturales. A continuación se hace referencia a la malaria, su impacto como enfermedad en la población indígena. Se considera el abordaje intercultural de la malaria y los aspectos culturales relacionados con la malaria en la población kuna. Posteriormente, se indica la metodología empleada para la elaboración de la guía, los componentes de la metodología de abordaje intercultural de la malaria, la presentación de un glosario y las indicaciones para los trabajadores de la salud al momento de encontrarse en una comunidad indígena kuna. Por último, se presenta las conclusiones, recomendaciones y la bibliografía citada.

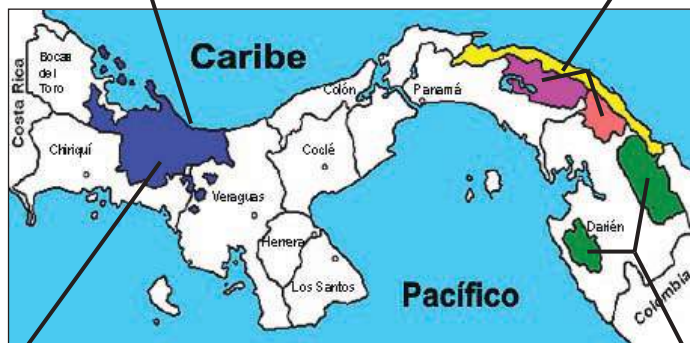
Estamos conscientes que esta guía no es un documento terminado, más bien es el inicio de una propuesta metodológica que deberá fortalecerse con trabajos investigativos posteriores. Aun así estamos complacidos en que este esfuerzo inicial redundará a impulsar la transformación de los enfoques del MINSA para brindar una atención de salud de calidad; satisfaciendo las necesidades de la población indígena en un marco de respeto a su diversidad e identidad cultural.

1. Población y pueblos Indígenas de Panamá

Las poblaciones indígenas representan un importante valor cultural. La gran diversidad de costumbres, tradiciones, valores y su cosmovisión hacen que estas poblaciones sean valoradas y tomadas en cuenta de forma justa en el desarrollo socioeconómico del país. Los pueblos indígenas mantienen su propia forma de autogobierno y territorial reconocida por el Gobierno panameño, a través de la denominación legal conocida como “comarca”, donde habitan la mayoría de las etnias indígenas. Según Aresio Valiente, Director del Programa Pueblos Indígenas del Centro de Asistencia Legal Popular-CEALP “La Comarca es una división política especial del territorio panameño, regida de acuerdo a la ley que la crea, a las normas, costumbres o cosmovisión del pueblo indígena que la habita o de los pueblos indígenas que la habitan, basada en las instituciones tradicionales indígenas creadas de acuerdo a sus valores espirituales, sociales, económicas, culturales, jurídicas y políticas, cuya autoridad máxima es el Congreso General Indígena o el Consejo Indígena o la entidad política creada por ellos, cuyo representante es el Cacique o una autoridad tradicional elegido por ellos de acuerdo a su tradición” (Valiente, 2004). Un 63% de los pueblos indígenas vive dentro de las comarcas. Los indígenas dentro de estos territorios gozan de autonomía para la creación de sus leyes. Cada Pueblo mantiene su propia lengua tradicional, costumbres y formas de vida. En la actualidad, Panamá cuenta con cinco Comarcas indígenas, la Ngäbe-Buglé, Wargandi, Madungandi, Kuna Yala y Emberá-Wounaan, que comprende aproximadamente una extensión de 15,103.4 km² de la superficie total del país, lo que equivale a un 20% del territorio nacional (MINSa, 2000).

En Panamá la participación de los pueblos indígenas en el ámbito nacional se encuentra garantizada en cuatro instrumentos normativos principales: la Constitución Política de la República, el Convenio No. 169 de la OIT, la Ley General del Ambiente y las leyes Comarcales. Adicionalmente, el Estado panameño, generalmente como resultado de la interacción con los líderes indígenas, han creado tres entidades para velar por el cumplimiento de la normativa antes señalada: (a) La Comisión de Asuntos Indígenas de la Asamblea Nacional tiene como función velar por la promoción, la defensa y el respeto de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas, y por su participación efectiva en el Estado; (b) El Consejo Nacional de Desarrollo Indígena (CNDI), adscrito al Ministerio de Gobierno, tiene por objetivo: “Promover relaciones con organismos bilaterales o multilaterales de cooperación técnica y organismos gubernamentales nacionales, ligados al desarrollo indígena y velar por el cumplimiento de los compromisos internacionales que se adquieran, asegurando la participación de los pueblos indígenas” y (c) La Dirección Nacional de Política Indigenista, del Ministerio de Gobierno, órgano encargado de promover, coordinar, supervisar y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos con enfoque de género para el desarrollo de los pueblos indígenas, respetando su identidad étnica y cultural, y sus formas de organización. En el ámbito de la salud, esta la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del MINSa.

Mapa 1. Comarcas indígenas de la República de Panamá



 Kuna Yala
Ley 16 de 1953

 Embera-Wounaan
Ley 22 de 1983

 Madungandi
Ley 24 de 1996

 Ngäbe Bugle
Ley 10 de 1997

 Wargandi
Ley 34 de 2000

Según datos del X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del año 2010, Los pueblos indígenas de Panamá se agrupan en ocho pueblos principales: Ngäbe, Buglé, Kuna, Emberá, Wounaan, Naso/Teribe, Bokota y Bri-Bri (CGR, 2010).

La población indígena kuna, es el segundo grupo indígena más grande de Panamá, representan el 21.6% de toda la población indígena. Según la encuesta de Niveles de Vida del 2008, el 51% de la población vive en la Comarca Kuna Yala. La agricultura es la actividad primaria, aunque también se caracterizan por la pesca y la artesanía. Los kunas viven en comunidades que son caracterizadas por su cohesión social y fuerte organización política y administrativa. La Comarca Kuna Yala ha sido pionera en la creación de leyes que protegen el territorio, plasman su cosmovisión e identidad indígena, y definen la estructura política y administrativa de la misma (Inchauste y Cancho, 2010).

Cuadro 1. Población y Pueblos Indígenas de Panamá. 2010

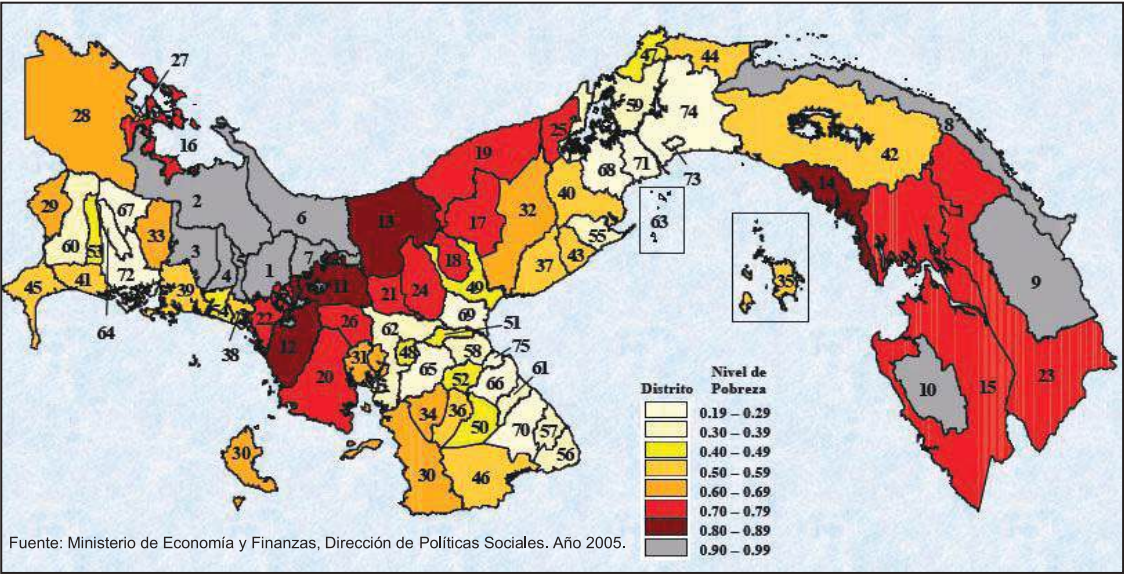
ETNIA INDÍGENA	Población Censada
Ngäbe	260.058
Bugle	24,912
Kuna	80.526
Emberá	31284
Wounaan	7,279
Naso/Teribe	4046
Bokota	1959
Bri-Bri	1068
Otro	460

Fuente: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Panamá, 2010

1.1 Situación socioeconómica de la población indígena

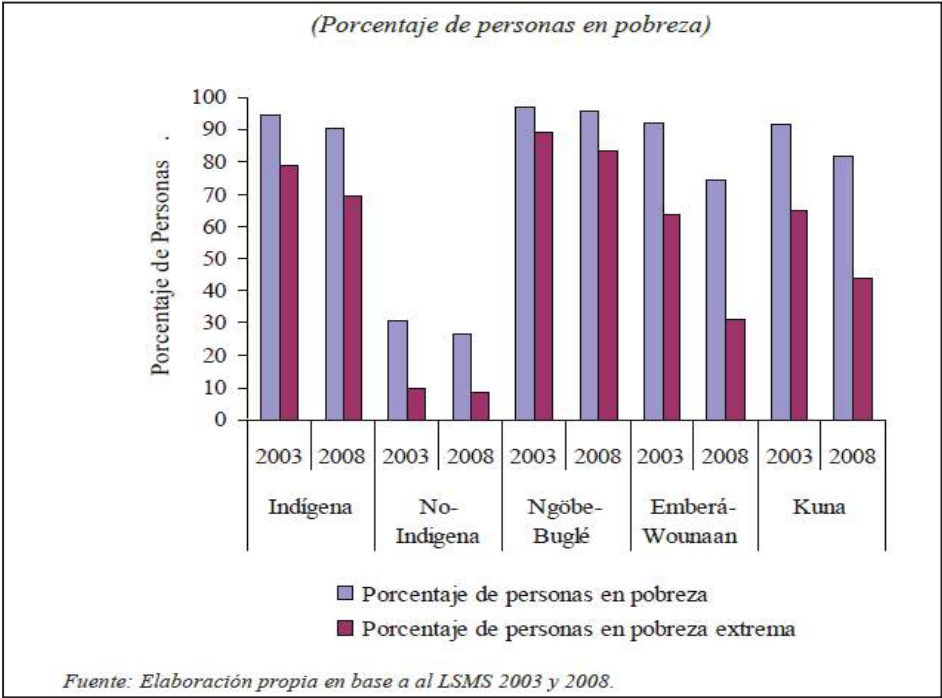
Los pueblos indígenas claramente definidos histórica, étnica, geográfica, jurídica y administrativamente, configuran su extremo más crítico de exclusión social en Panamá. La pobreza en los pueblos indígenas de Panamá, es catalogada de “abismal” por el Banco Mundial y de “masiva y profunda” por el Gobierno Nacional (PNUD, 2002). La encuesta de hogares del 2008 encuentra que el 90% de la población indígena de Panamá es pobre, y el 69.5% está en pobreza extrema (Gráfica 1). Si bien esto representa una reducción del 4.3% en el nivel de pobreza en los últimos cinco años, continúa muy por encima de los niveles de pobreza en hogares no-indígenas, quienes tuvieron una reducción del 14% en sus niveles de pobreza durante el mismo periodo. Las estadísticas revelan que son los pueblos indígenas los que sufren de mayor cantidad de problemas relacionados a la salud y calidad de vida (Coba, 2005). Esto es notorio al comparar la esperanza de vida de los indígenas que es de 63.4 años con la esperanza de vida del resto del país que es de 72.4 años. Otro ejemplo palpable que muestra la situación deplorable en la que se encuentra sumida la población indígena es que el 68% de la población indígena sufre de desnutrición (Alvarado, 2002). De igual manera, la población indígena cuenta con los niveles más altos de enfermedades respiratorias como la tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores como la malaria (MINSA, 2005).

Mapa 2. Incidencia de pobreza general por distrito en la República de Panamá.



Nota: La incidencia de pobreza general corresponde a la proporción de la población total de cada distrito que vive en esta situación. El consumo total de las personas en pobreza general es menor a B/. 953 anuales. La incidencia de la pobreza general incluye la pobreza extrema y no extrema.

Gráfica 1. Evolución de indicadores de pobreza en población indígena y no indígena, 2003-2008



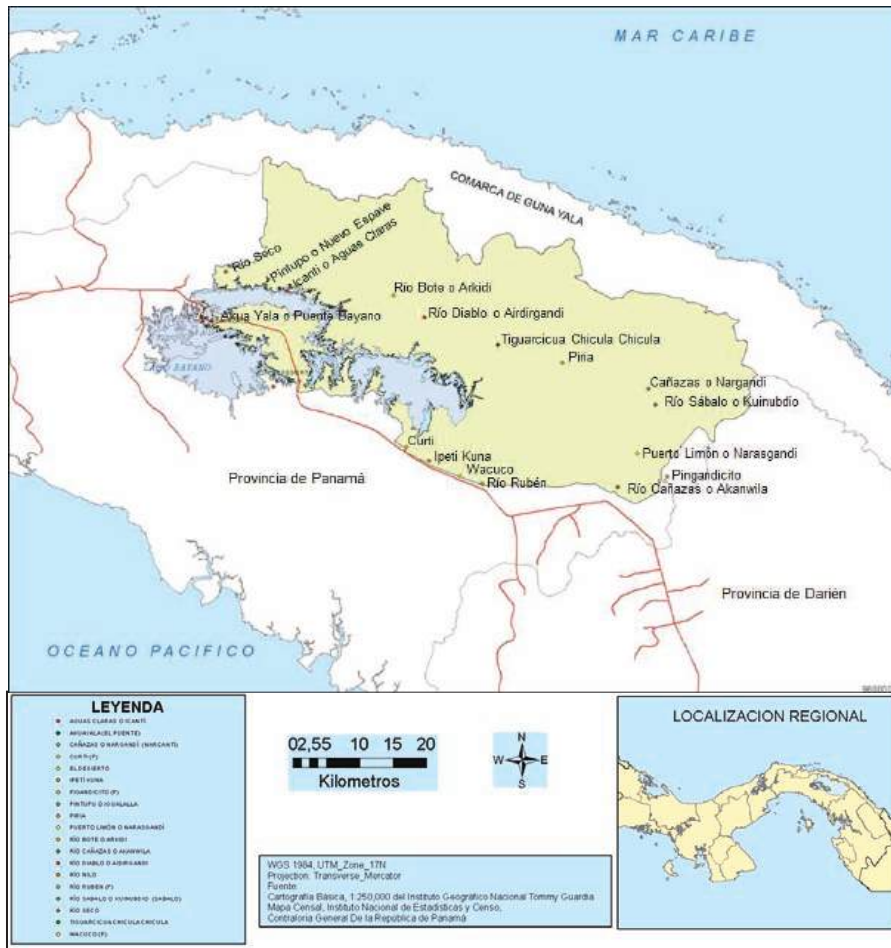
En las poblaciones indígenas la falta de servicio de agua afecta al 58% de la población indígena, en tanto que 56% de las viviendas en las áreas indígenas no tienen ningún tipo de servicio sanitario o letrinas. El 92% de los hogares carecen de electricidad y utilizan principalmente el querosín para alumbrarse. Los hogares pobres rurales e indígenas cocinan básicamente con leña, lo que incide directamente en el deterioro del medio ambiente y la presencia de enfermedades respiratorias entre los pobres (MEF, 1999).

2. Comarca indígena Kuna de Madungandi

La Comarca Kuna de Madungandi fue creada por la Ley 24 del 12 de enero de 1996 (Gaceta Oficial, N° 22,951 del 15 enero de 1996). Se encuentra localizada en la Provincia de Panamá, en el Distrito de Chepo, en los Corregimientos de El Llano y Cañitas. Madungandi es una comarca a nivel de corregimiento, a diferencia de las Comarcas de Kuna Yala, Emberá-Wounaan y Ngäbe-Buglé que fueron creadas a nivel de provincias. En este sentido, Madungandi figura como un corregimiento del distrito de Chepo. Su superficie es de 2318,8 km² y se localiza en las proximidades del lago Bayano. En la actualidad tiene una población de 4,271 personas (CGR, 2010).

De acuerdo a la Carta Orgánica, la máxima autoridad es el Congreso General Kuna de Madungandi (CGKM), que es la asamblea general de las 14 comunidades que conforman el territorio de Madungandi. El cacique, representa la autoridad superior tradicional de la Comarca Kuna de Madungandi, es escogido democráticamente por el Congreso General. En cada una de las poblaciones que conforman la Comarca existe un sahila, que es escogido de acuerdo con los procedimientos que señala la carta orgánica, y cuyas atribuciones están establecidas en ésta. Las decisiones del CGKM son tomadas en consenso y se emiten a través de resolución. La ley reconoce y garantiza, los congresos regionales y locales de conformidad con su tradición y su carta orgánica; siempre y cuando las decisiones que se emanen de estos congresos, no sean contrarias a la Constitución y la Ley. Es característico que a pesar del transcurrir de los años, el pueblo kuna de Madungandi mantiene su identidad y su cultura ancestral. Estos valores quedan expuestos y se evidencia en las comunidades durante las ceremonias culturales que practican.

Mapa 3. Ubicación geográfica y límites territoriales de la Comarca de Madungandi



Fuente: ICGES, 2012

2.1 Localidades seleccionadas para el desarrollo de la guía

Basado en la información proporcionada por el Programa de Malaria del MINSA en cuanto a la magnitud del problema de la malaria en Panamá, y particularmente en zonas con población indígena, se seleccionaron para el desarrollo de la esta guía las siguientes localidades por ser históricamente maláricas:

- **Akua Yala o Puente Bayano** (74164 m E y 1013978 m N), está localizada a orillas de la carretera Panamericana y mantiene vínculos cercanos con la población latina del área, dado que está en una zona de tránsito. esta localidad cuenta con un total de 48 viviendas y 274 habitantes en el 2011. Es la comunidad de entrada a la comarca, está ubicada en las orillas del Lago Bayano y es la única localidad con acceso por carretera. En esa comunidad encontramos varios sitios de expendio de alimentos administrados por la propia comunidad. Hay un restaurante, se encuentra

la Sub Estación de Policía de Chepo, la Corregiduría, un Puesto de Salud y una Escuela Primaria. Es una zona muy concurrida por la población latina, turistas y los indígenas del área han adoptado sus formas de vida. Esto se deja de manifiesto en el hecho que un alto porcentaje de la población domina el idioma español. Es puerto de partida y llegada a través de botes o pequeñas embarcaciones a las distintas localidades que se encuentran en las márgenes del Lago Bayano o en las orillas de los ríos tributarios del lago.



Foto: Lorenzo Cáceres

Localidad de Akua Yala o Puente Bayano



Foto: Lorenzo Cáceres

Akua Yala esta ubicada a orillas de la carretera Panamericana

- **Pintupo o Nuevo Espave** (750704 m E y 1020975 m N), cuenta con un total de 28 viviendas y 225 habitantes en el 2011. Es la primera comunidad de acceso hacia al norte del lago por vía fluvial. Cuenta con una escuela primaria y pequeños abarrotes o tiendas.



Foto: Lorenzo Cáceres

Localidad de Pintupo o Nuevo Espave



Foto: Lorenzo Cáceres

Pintupo esta localizado en las márgenes del lago Bayano

Observaciones propias del equipo de investigación.

- **Icantí o Aguas Claras** (753123 m E y 1019994 m N), registra un total de 78 viviendas y 820 habitantes en el 2011. Igualmente se encuentra ubicada en las márgenes del Lago Bayano, es la comunidad más céntrica y punto de llegada y salida de embarcaciones de las localidades que se encuentran ubicadas al noreste del Lago Bayano. Cuenta con una escuela primaria, que a su vez sirve como escuela secundaria básica.

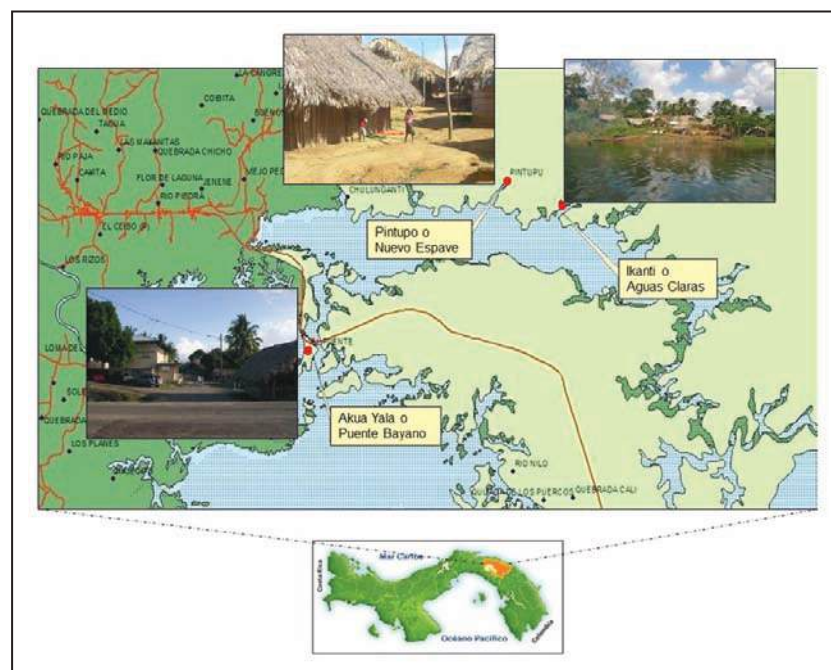


Localidad de Icantí o Aguas Claras



Icantí esta ubicado a orillas del lago Bayano

Figura 1. Localización de las localidades de Pintupo, Akua Yala e Ikandi en la Comarca de Madungandi.



Fuente: ICGES, 2012

2.2 Aspectos demográficos

Según los datos del censo de 2000, en la comarca existían 433 viviendas y 3,305 personas. Para el 2010, estas cifras aumentan a 650 viviendas y 4,271 personas; de las cuales 2,159 son hombres y 2,112 mujeres. El siguiente cuadro muestra el total de habitantes de los lugares poblados de la Comarca de Madungandi de acuerdo al Censo del 2000 [Cuadro 2] (CGR, 2010).

Cuadro 2. Número de habitantes por sexo en las distintas localidades de la Comarca de Madungandi

Poblado	Total	Hombres	Mujeres
AGUAS CLARAS O ICANTI*	595	283	312
AKUA YALA O PUENTE BAYANO*	198	92	106
CAÑAZAS O NARGANDI	186	87	99
CURTI	239	122	117
EL DESIERTO	36	16	20
IPETI KUNA	702	365	337
PIGANDICITO	180	93	87
PINTUPU O IGUALALLA*	272	134	138
PIRIA	414	197	217
PUERTO LIMON O NARASGANDI	277	146	131
RIO BOTE O ARKIDI	88	45	43
RIO CAÑAZAS O AKANWILA	17	8	9
RIO DIABLO O AIDIRGANDI	253	132	121
RIO NILO	11	6	5
RIO RUBEN	14	6	8
RIO SABALO O KUINUBDIO	225	118	107
RIO SECO	12	7	5
TIGUARCICUA CHICULA CHICULA	272	137	135
WACUCO)	280	149	131
TOTAL	4,271	2,143	2,128

Fuente: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Panamá 2000. *Localidades seleccionadas para el estudio

2.3 Situación socioeconómica de la Comarca de Madungandi

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de 2002, la comarca de Madungandi se encuentra entre los diez distritos con más carencias, con una tasa de analfabetismo de un 63.7%. Entre las principales actividades económicas de hombres y mujeres que viven en la comarca de Madungandi, destacan la confección de molas, la agricultura, en donde predomina la siembra y cosecha de plátano, guineo, maíz, yuca, cacao, caña de azúcar y aguacate entre otros cultivos. Los hombres son los que generalmente salen todas las mañanas a buscar el sustento de la familia. La economía de esta comarca se basa principalmente de una economía de subsistencia. Otras de las actividades

económicas esta la cacería, que es una actividad de importancia para los indígenas kunas de Madungandi, la actividad de caza esta relacionada principalmente a la cacería de mamíferos y aves, entre ellos saíno, ñeque, macho de monte, conejo pintado, pava y venado (Cuadro 3). Otras actividades son la cría de animales domésticos, la pesca, transporte y durante los últimos años el turismo y la venta de árboles maderables (CGK, 2010).

Cuadro 3. Actividades económicas de la población de las localidades de estudio, de 10 años y más edad, de acuerdo al Censo de 2000.

Comunidades del Estudio	Ocupados			Desocupados	Población no económicamente activa
	Total de Población	total	En actividades agropecuarias		
ICANTI	595	130	123	3	232
AKUA YALA	198	40	31	4	89
PINTUPU	272	70	58	22	122

Fuente: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Panamá 2000



Foto: Lorenzo Cáceres

Transporte de persona a distintos puntos del Lago Bayano, Comarca de Madungandi



Foto: Lorenzo Cáceres

Comercio de madera en la localidad de Icanti, Comarca de Madungandi

2.4 Indicadores de salud en la Comarca de Madungandi

El patrón de uso de los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y las áreas de residencia de los habitantes. Los pobres y extremadamente pobres en comparación con los no pobres, consultan en menor proporción a los médicos y acuden más a familiares o a la automedicación en caso de enfermedad o accidente; lo mismo ocurre en las áreas rurales y las indígenas, en comparación con el área urbana. El porcentaje de población que se estima morirá antes de los 40 años se ve afectado por las condiciones ambientales y por el acceso a servicios básicos (Cuadro 2). En la Comarca de Madungandi, el 76.3% de la población no cuenta con agua potable, un 84.3% carece de saneamiento básico, un 63.1% de la población mantiene un ingreso

bajo de la canasta básica y con un nivel de vida para su población de 74.6%. La población de la comarca de Madungandi para acceder al servicios de salud deben viajar al puesto de Salud de Akua Yala o al Centro de Salud de Ipeti Kuna, ambas instalaciones están ubicadas a orillas de la Carretera Panamericana y distantes a la mayoría de los pueblos ubicados en las márgenes del Lago Bayano y ríos tributarios del mismo. Las localidades de Pintupo, Aguas Claras y Puente Bayano la mayoría de las viviendas no tienen letrina, depositan sus excretas y basura al lago Bayano. Entre las principales enfermedades causantes de morbilidad en la comarca están:

- Piodermitis
- Infecciones de vías respiratorias
- Malaria
- Lumbago
- Parasitosis intestinales
- Desnutrición
- Tuberculosis

Entre las principales enfermedades causantes de mortalidad están:

- Infecciones de vías respiratorias
- Paro cardio-respiratorio
- Desnutrición
- Infecciones de vías respiratorias

Fuente: Comunicación personal, Licda. Gloribeth Velázquez Vigilancia Epidemiológica de la Región de Salud de Panamá Este.

Es importante manifestar que en la comarca en localidades de difícil acceso se registran muertes de niños y adultos que no son reportados y se desconoce el origen del deceso. Por otro lado, se observa en la población infantil una alta incidencia de parasitosis intestinales que pueden ser el origen de algunas muertes. En Aguas Claras durante una gira de trabajo, se observó en un día el entierro de dos niños que murieron en uno o dos días antes en sus hogares.



Mujeres indígenas kunas preparando la comida



La alimentación kuna es principalmente de plátano, yuca, guineo y pescado o carne.

2.5 Aspectos jurídicos normativos

La Comarca Kuna de Madungandi constituye una división política especial, en donde su funcionamiento, organización y administración son regidos por la Constitución de la República. La Carta Orgánica Administrativa fue adoptada con el Decreto Ejecutivo N° 228 del 3 de diciembre de 1998. El Congreso General Kuna es el máximo organismo político-administrativo de deliberación y decisión de la Comarca de Kuna de Madungandi; sus pronunciamientos y resoluciones serán de cumplimiento obligatorio para todas las autoridades y comunidades de la comarca, a partir de su divulgación (Prestan, 1991; CGK, 2001).

La Ley de la Comarca Kuna de Madungandi reconoce a las autoridades y las instituciones indígenas, como los congresos (General, Regional y locales), y los caciques y sahilas (Art. 5-7). La dinámica de autogobierno kuna se basa en una estructura de carácter religioso-cultural y político-administrativo, que es la base de la autonomía kuna, de la siguiente forma:

- a. Onmaked Dummad Namakaled (Congreso General de la Cultura Kuna).
- b. Onmaked Dummad Sunmakaled (Congreso General Kuna).
- c. Sailagan Dummagagan (Caciques Generales Kunas).
- d. Onmaked Negkuebur (Congreso Local).
- e. Sailagan (guías o autoridades) de las comunidades.

Los *Sahilagan Dummagagan* (Cacique General) es la autoridad comarcal, quien será representante y portavoz del Congreso General Kuna y de la Comarca ante el Estado, autoridades públicas y privadas y organismos internacionales (Congreso General Kuna; 2001:20). El Congreso Local es el máximo organismo de expresión religiosa, cultural y político-administrativa de una comunidad; sus decisiones son de cumplimiento obligatorio para las autoridades y miembros de esa comunidad y demás personas que se encuentren en ella (Congreso General Kuna; 2001:22). Dentro de los Congresos locales, las autoridades administrativas son el "*Sahila*" (autoridad de la comunidad), el "*Argar*" (vocero), y el "*Sualibed*" (vigilante de la comunidad), cuyo número varía de un pueblo a otro.

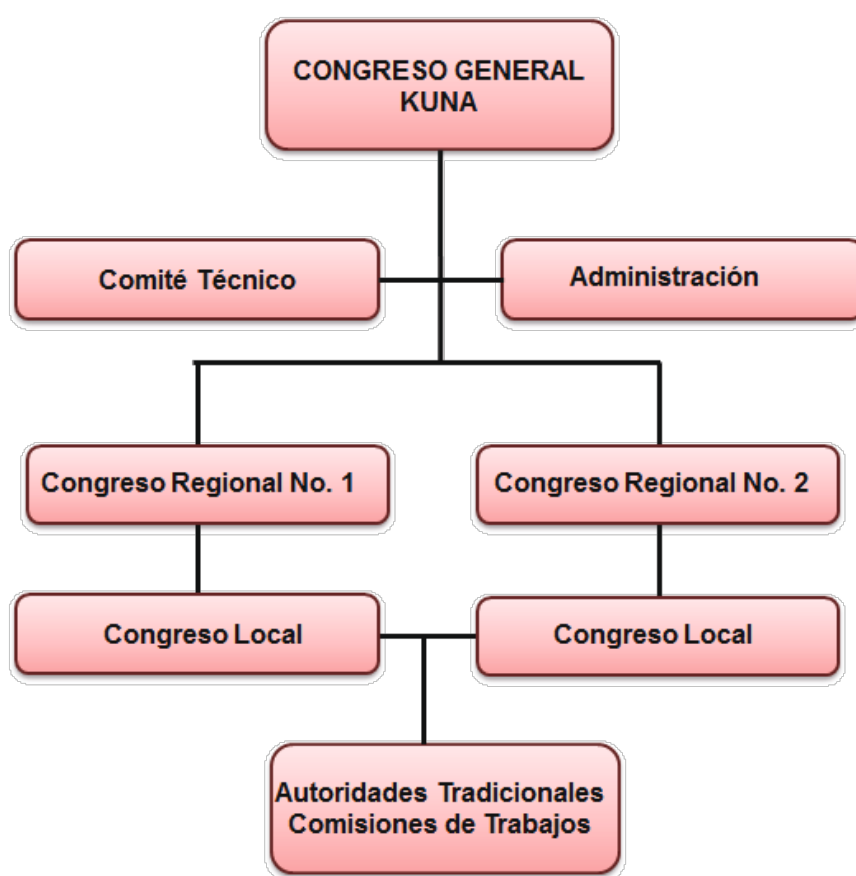
Artículo 4. La Comarca Kuna de Madungandi constituye una división política especial y su cabecera estará en Akua Yala (Puente Bayano). Su financiamiento, administración y organización estarán sujetos a la Constitución Política de la República, al régimen especial de la presente Ley y a la Carta Orgánica aprobada por el Órgano Ejecutivo.

La ley reconoce y garantiza, los congresos regionales y locales de conformidad con su tradición y su carta orgánica; siempre y cuando las decisiones que emanen de estos congresos, no sean contrarias a la Constitución y la Ley. El cacique, que representa la autoridad superior tradicional de la Comarca Kuna de Madungandi, es escogido democráticamente por el Congreso General. En cada una de las poblaciones que

conforman la Comarca existe un Sahila, que es escogido de acuerdo con los procedimientos que señala la carta orgánica, y cuyas atribuciones están establecidas en ésta (CGK, 2010).

En consideración a que en las comarcas se llevan a cabo distintos tipos de proyectos de desarrollo, el Congreso General Kuna, estableció que todos los proyectos que se lleven a acabo en las comarcas sean manejados, ejecutados y administrados por los Congresos, a través de sus organismos no gubernamentales (ONG's) como entidades técnicas de los Congresos. En la Comarca de Madungandi para ese fin se creó la Organización Kuna de Madungandi (ORKUM) que es una instancia técnica del Congreso Kuna de Madungandi, para que respondiera a las necesidades de las diferentes comunidades de la comarca en su desarrollo económico y social, es la instancia que elabora y ejecuta los proyectos de desarrollo dentro de la comarca.

Figura 3. Organigrama de la estructura orgánica y funcional del Congreso General



Fuente: Organigrama suministrado por el Congreso de la Comarca de Madungandi, 2011

2.6 Aspectos generales de la cultura kuna

En forma general la cultura kuna es conservadora, a pesar de las fuertes influencias aculturativas que a través de distintos medios son vistos, oídos y practicados, a pesar de estas influencias mantiene aún patrones culturales propios entre los que se destacan la organización política, organización social, mitología, tradiciones históricas, y aún el vestido femenino y la vivienda.

En cuanto a la organización social, la estructura familiar de los kunas se fundamenta en el matrimonio monogámico, donde rige el concepto de sociedad patriarcal. Las viviendas de los kunas son muy características y son muy predominantes en los poblados, están construidas de material vegetal como pencas de palma real, gira, caña blanca, cañazas o bambú, con piso de tierra, donde el mobiliario es escaso, no obstante, utilizan las hamacas para dormir. La vivienda familiar esta constituida por una vivienda grande para dormir, la cual recibe el nombre de “*Nega Tumat*” (casa grande). Otra vivienda contigua, esta destinada para los quehaceres domésticos y preparación de alimentos (cocina) se le conoce como “*Soenga*” (casa de fuego). En las poblaciones kunas, generalmente existe una casa comunal donde se realizan las ceremonias y fiestas, que se conoce como “*Ina-Nega*” (casa de la chicha). Otra casa comunal dentro los poblados kunas es la casa del congreso o “*Onmaged*”, donde se realizan las reuniones con las autoridades locales tradicionales.

La familia esta formada por el padre, encargado de llevar los alimentos y todo lo necesario al hogar, la madre, quien conduce al varón y está encargada de las actividades domésticas, los hijos, que según su sexo se dedican a diferentes actividades, ayudando a sus padres y por último otros parientes, si los hay, que también según su sexo se encargan de ayudar a la familia.



Foto: Lorenzo Cáceres

En la familia kuna la mujer ocupa un papel importante en mantenimiento del hogar



Foto: Lorenzo Cáceres

El nacimiento de los hijos en la cultura kuna es celebrado con cantos

Dentro de la cultura kuna, el nacimiento es un acontecimiento importante donde se cantan cantos ceremoniales mientras la madre y la criatura en nacimiento son atendidas por la partera y el curandero. Otro componente cultural kuna, son los ritos de pasaje, uno de ellos es la colocación de una argolla de oro en la nariz (*ico-inna*) o fiesta de la aguja. Otro rito es la "*inna-suit*" o primer corte de cabello realizado a los cuatro o cinco años de edad y es en esta ceremonia donde la niña recibe un nombre. En la pubertad existen dos ceremonias, la primera, "*inna-mutiki*", inicia con la primera menstruación de la niña, la que es encerrada en una "*surba*" o habitación de baño por el tiempo que dure el periodo menstrual y será bañada por las mujeres de la aldea. Al terminar se hace una fiesta que reúne la mayoría de las personas del pueblo. La segunda ceremonia de pubertad, "*inna-nuga*", remplace a la "*inna-suit*", y aquí la señorita recibirá el nombre que usará por el resto de su vida. Es una fiesta de gran importancia y lujo que dura varios días. Cuando termina, el "*kantule*" entona una canción, durante la cual se le corta el cabello a la señorita y se le da un nombre. Este es un ritual prematrimonial, ya que después de ser celebrado la señorita podrá contraer matrimonio.

En cuanto al matrimonio, es monógamo y matriarcal tanto para los que viven en Kuna Yala como para los de la región continental, donde el esposo trabajará para la familia de la esposa según la Carta Orgánica, la que señala en el Artículo 37 que "en el matrimonio, la mujer lleva al varón, quien está obligado a trabajar al servicio de la familia de su esposa".

Un aspecto de importancia también dentro de la cultura kuna, es la medicina tradicional, para los indígenas, la salud es el estado de equilibrio en el ser humano, pues creen que la enfermedad se da cuando hay un desequilibrio, que puede surgir de la naturaleza o del ecosistema. Ellos consideran que la naturaleza tiene un espíritu y que, si se atenta contra ella, se desatan las enfermedades. En su relación con la naturaleza hay una profunda mitología, un profundo sentido filosófico y humano. En cada pueblo kuna hay uno o más "*Innatuledi*" (especialista en botánica), "*Nele*" (especialista en el mundo espiritual) y "*Absogued*" (especialista en cantos que alejan los espíritus responsables de la enfermedad).

Hoy en día se acepta que la medicina indígena forma parte de la prevención y curación de enfermedades, ya que anteriormente los médicos indígenas eran considerados brujos. Con el paso del tiempo hay una mayor aceptación de los poderes curativos de esta medicina, al grado de que son objeto de investigación de científicos occidentales.

El Ministerio de Salud de Panamá trata de promover la medicina tradicional y ha creado la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI). Asimismo, en el Convenio sobre la Diversidad Biológica se establece que se deben promover los conocimientos indígenas en materia de uso de recursos naturales (Art. 8j), lo cual debe entenderse también del uso de plantas medicinales.



Foto: Lorenzo Cáceres

Persona enferma atendiéndose con el médico tradicional



Foto: Lorenzo Cáceres

Otilio Solís, médico tradicional de la comunidad de Pintupo

En referencia a la religión kuna, esta es monoteísta, creen en un Dios que creó la tierra, el sol, las plantas, los animales, en fin, todo lo existente. Creen que solo verán a Dios el día de su muerte y que él aquí en la tierra dejó sus ángeles para que los cuiden. En su cultura, después que fue creada la tierra, Dios mandó una serie de "héroes" para que los guiaran y les enseñaran las costumbres que debían seguir. De ahí que los indígenas se vistan, canten, desarrollen artes, etc., de la manera en que lo hacen.



Foto: Lorenzo Cáceres



Foto: Lorenzo Cáceres

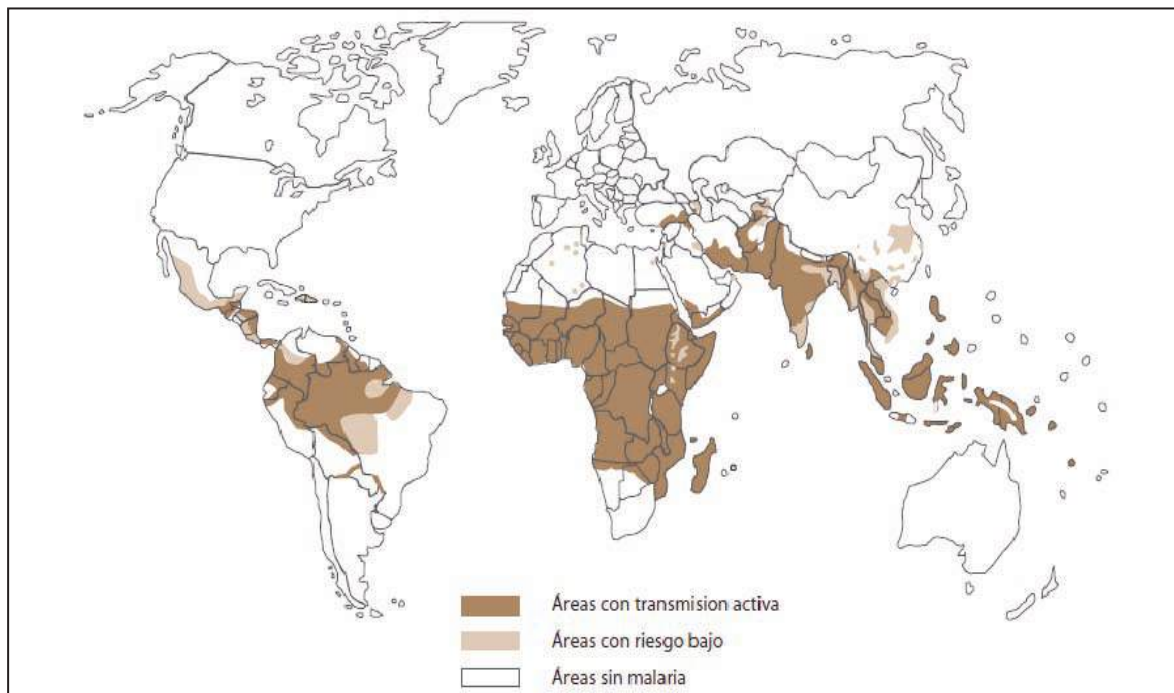
En la cultura kuna el uso de "nuchos" siempre están presente en los hogares

3. La malaria como enfermedad y su impacto en las poblaciones indígenas

La malaria o paludismo es la principal enfermedad de origen parasitario transmitida por mosquitos vectores que afecta grandemente la salud y la capacidad de trabajo de cientos de millones de personas y es uno de los grandes obstáculos que ha frenado el desarrollo social y económico de muchas regiones del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 3 200 millones de personas viven en riesgo de contraer esta enfermedad. En el 2010, se registraron un total de 216 millones de casos

de malaria y unas 655 000 muertes (WHO, 2005; WHO, 2011). La malaria sigue siendo la enfermedad infecciosa con mayor prevalencia en regiones tropicales, causando 5 000 muertes diariamente, en su gran mayoría niños (Epstein, 2000; Martens, 1998).

Mapa 4. Distribución de la malaria en el trópico y subtrópico a nivel global



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010

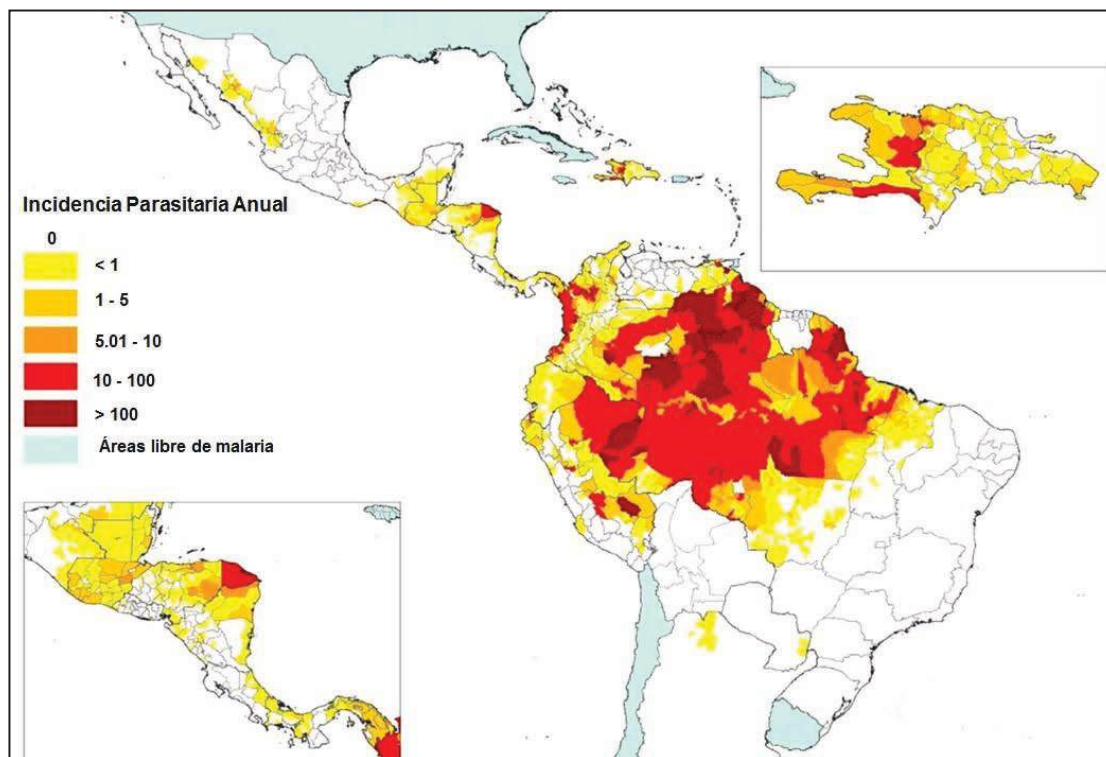
3.1 La malaria como problema de salud en las Américas

La transmisión de la malaria o paludismo se produce en 21 países de la región de las Américas, donde aproximadamente 3 de cada 10 personas están en diversos grados de riesgo de transmisión de la malaria. El *Plasmodium vivax* registra el 77% de todos los casos reportados en el 2008, pero el porcentaje de casos debido a *P. falciparum* fue casi el 100% en Haití y República Dominicana (WHO, 2011).

En la Región de las Américas, la diversidad cultural es innegable y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente entre 45 y 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 600 grupos étnicos que viven en las Américas en la actualidad. Comprenden casi 10% de la población total. La OMS, ha destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud, en diferentes condiciones y grupos sociales; una de ellas existente en los grupos raciales o étnicos. Tradicionalmente, las poblaciones indígenas padecen tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, de malnutrición y de enfermedades infecciosas (Rocha MB. Et al., 2010).

La malaria en las poblaciones indígenas, es una de las enfermedades que afecta en gran medida a estos grupos poblacionales. Las principales causas de la problemática, es que estas poblaciones se ven afectadas por la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio y las grandes limitantes de acceso y la no utilización de los servicios de salud por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. Aunque los datos disponibles sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas no siempre son completos ni pueden ser comparados entre sí, varios informes muestran la magnitud de la malaria en zonas con alta proporción de población indígena y la inequidad que los afecta. Por ejemplo, en Perú, en 1993, el 49% de los casos notificados provenían de las zonas indígenas. En Guyana, en 1994, el 50% de los casos reportados estaban afectando a personas indígenas entre 0 y 39 años de edad, particularmente a los niños y niñas entre 0-9 años. En Panamá, en 1999 se reportaron 988 casos de malaria, de los cuales el 81% provenían de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala, zonas donde se localizan las poblaciones indígenas. En Honduras, el 51% de los casos reportados en el 2000 estaban afectando a personas indígenas provenientes de los departamentos de Colón y Olancho, zona de asentamiento de los pueblos garífunas, pech y nahualt (OPS, 2002).

Mapa 5. Distribución de la malaria en las Américas



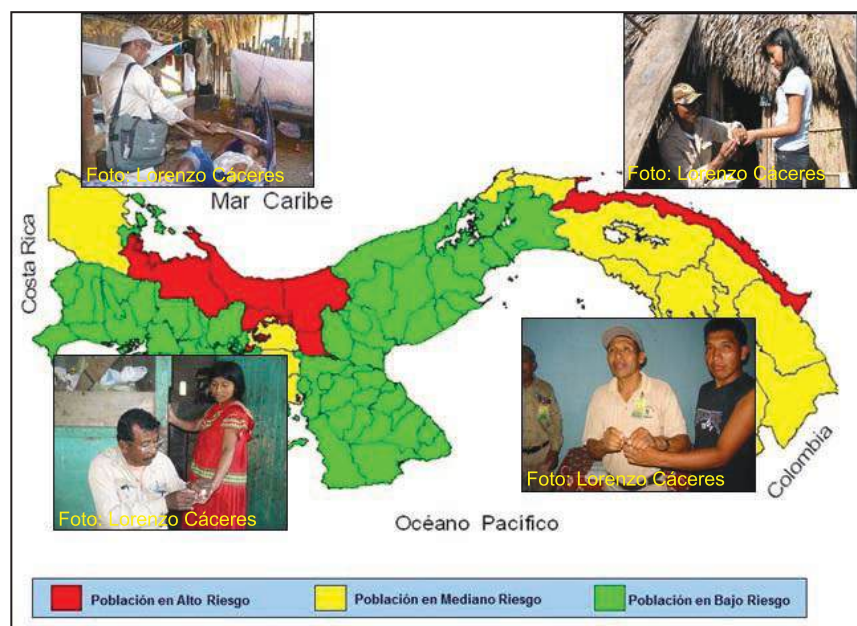
Fuente: OPS/OMS, 2010

3.2 El Paludismo o Malaria en Panamá

La malaria en Panamá, siempre ha representado un serio problema de salud pública, debido a su alto costo social, económico y es considerada la enfermedad re-emergentes más importante (Samudio F. et al, 2005; Cáceres L. et al., 2012). El programa de malaria registró en 1957, una tasa de morbilidad elevada de 765,7/100 mil hab. y una tasa de mortalidad de 18,9/100 mil hab.; hasta lograr reducir la tasa de morbilidad a 5.8 y la mortalidad a 0,1 en 1985. A partir del 2002, se inicia un incremento de la malaria, alcanzando en el 2004, la más alta incidencia con 5,095 casos de malaria y tasa de morbilidad de 160,6/100 mil hab., retrocediendo el comportamiento de la malaria a 35 años atrás (MINSA, 2005). En 2010 se registraron en Panamá 418 casos de paludismo, 398 fueron por *P. vivax* y 20 por *P. falciparum*. La incidencia de paludismo fue de 0,1/1000 hab. (MINSA, 2011). El principal vector, es *An. albimanus*, las especies *An. punctimacula* y *An. pseudopunctipennis* son considerados como vectores secundarios (Loaiza JR, et al, 2008). La malaria es causada principalmente por *P. vivax*, registrando casi el 90% de los casos diagnosticados (OPS, 2010).

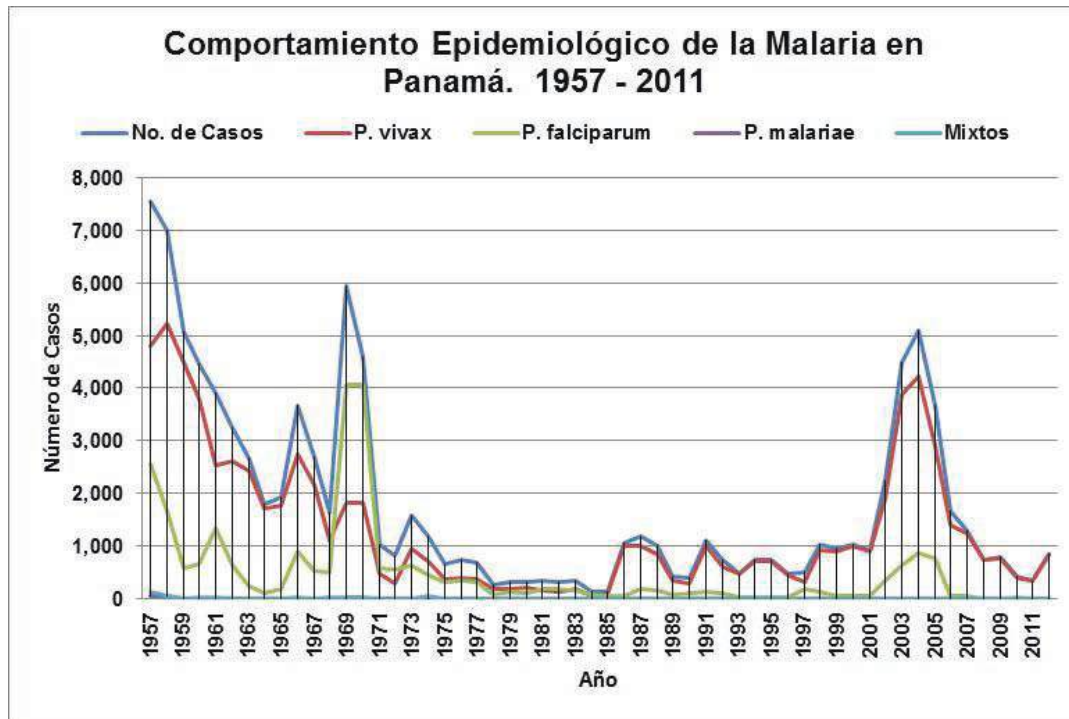
Cuando inicia el Programa Nacional de Erradicación de la Malaria en 1956, esta enfermedad se encontraba distribuida en casi todo el país. En la actualidad el análisis de la situación de la malaria en el país durante las últimas décadas, permite establecer que la distribución geográfica y los patrones epidemiológicos de la enfermedad, la misma se encuentra distribuida en regiones con poblaciones rurales y principalmente indígenas. En estas regiones geográficas es donde se registra más del 85 % del total de los casos diagnosticados a nivel nacional y en ellas habitan solamente el 14 % de la población total del país (OPS, 2010; Cáceres et al., 2011).

Mapa 6. Distribución de la malaria según área de riesgo en Panamá, 2011



Fuente: ICGES, 2011

Gráfica 2. Comportamiento epidemiológico de la malaria en Panamá. 1957 - 2012



Fuente: Elaboración por personal investigador del ICGES con datos suministrados por el MINSA

3.3 La malaria como problema de salud en la Comarca Kuna de Madungandi

La malaria en Panamá, al igual que en la mayoría de los países, está distribuida en áreas rurales, pobres e indígenas, como es el caso de la Comarca de Madungandi. Una de las principales razones que posiblemente puedan explicar la situación endémica histórica de la malaria en las regiones indígenas del país, apuntan particularmente a la falta o poca pertenencia cultural que tienen los programas sanitarios frente a los problemas salud de los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas enfrentan también situaciones de compleja vulnerabilidad derivadas de su marginalidad económica, política y social, potenciando las dificultades de acceso a la salud, falta de adecuación de los sistemas de salud a las características lingüísticas-culturales y el no reconocimiento de sistemas de salud diversos.

El análisis de la situación de la malaria en los últimos años en el país establece que entre los principales factores que mantienen el carácter endémico de esta enfermedad principalmente en las regiones indígenas del país, figuran la migración constante de las poblaciones no inmunes a áreas palúdicas; las condiciones socioeconómicas, culturales, viviendas desprotegidas; la falta de políticas y estrategias culturalmente adaptadas y recursos adecuados para la vigilancia, prevención y control de la enfermedad; además del desconocimiento de la bionomía y comportamiento de las diferentes especies de anofelinos vectores de malaria, la resistencia del vector a los insecticidas y el parásito a los medicamentos antimaláricos.



Foto: Lorenzo Cáceres

Toma de muestra de sangre a sospechoso de malaria en Barranco Adentro, Bocas del Toro



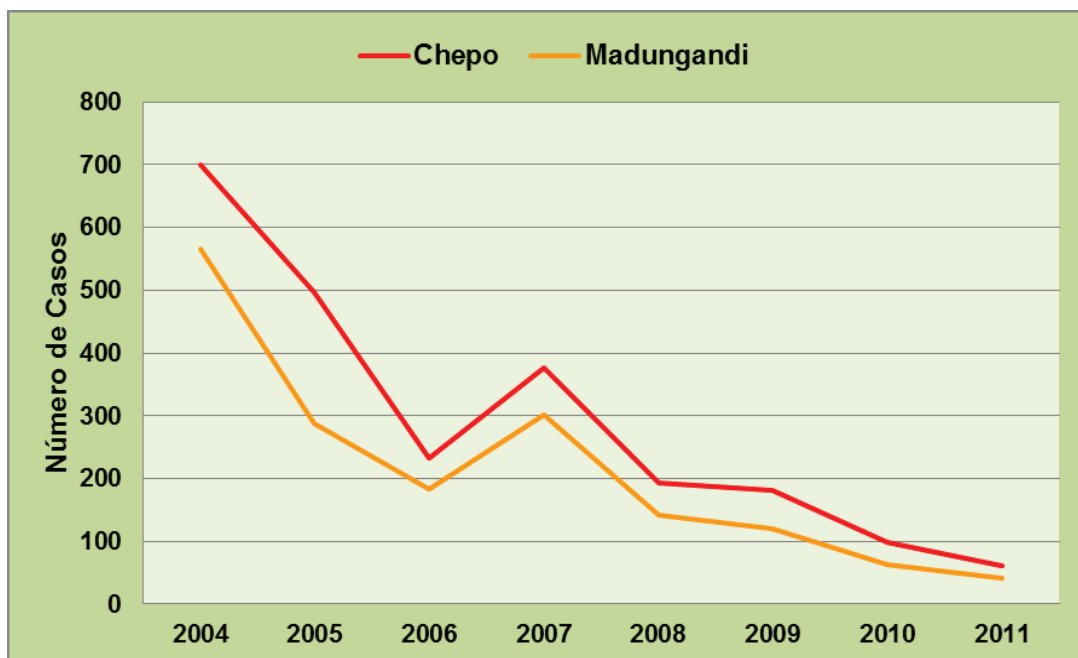
Foto: Lorenzo Cáceres

La toma de muestra de sangre, es importante en la vigilancia y control de la malaria

La comarca de Madungandi se caracteriza por ser una región endémica, durante los últimos años (2004 al 2011) esta región registra el 72.8% de los casos de malaria diagnosticados en el Distrito de Chepo, comportamiento que se ha registrado a través del tiempo (Gráfica 3). En esta comarca las localidades de Pintupo, Ikandi y Akua Yala, son reconocidas históricamente como áreas de transmisión de malaria (Gráfica 4). En Madungandi, durante el 2010 se registró un total de 62 casos de malaria todos por *P. vivax*, en donde el sexo masculino registró el 64.5 % del total de los casos. En tanto que en el 2011, se diagnosticaron 42 casos de malaria, donde el sexo masculino registro el 59.5% del total de los casos. Es importante indicar que en el 2010, los menores de edad entre 0 - 9 años, registraron el 55.0% de los casos diagnosticados. Esto puede indicar que la transmisión de la malaria por mosquitos anofelinos vectores ocurrió en intradomicilio y peridomicilio inmediato (Gráfica 5).

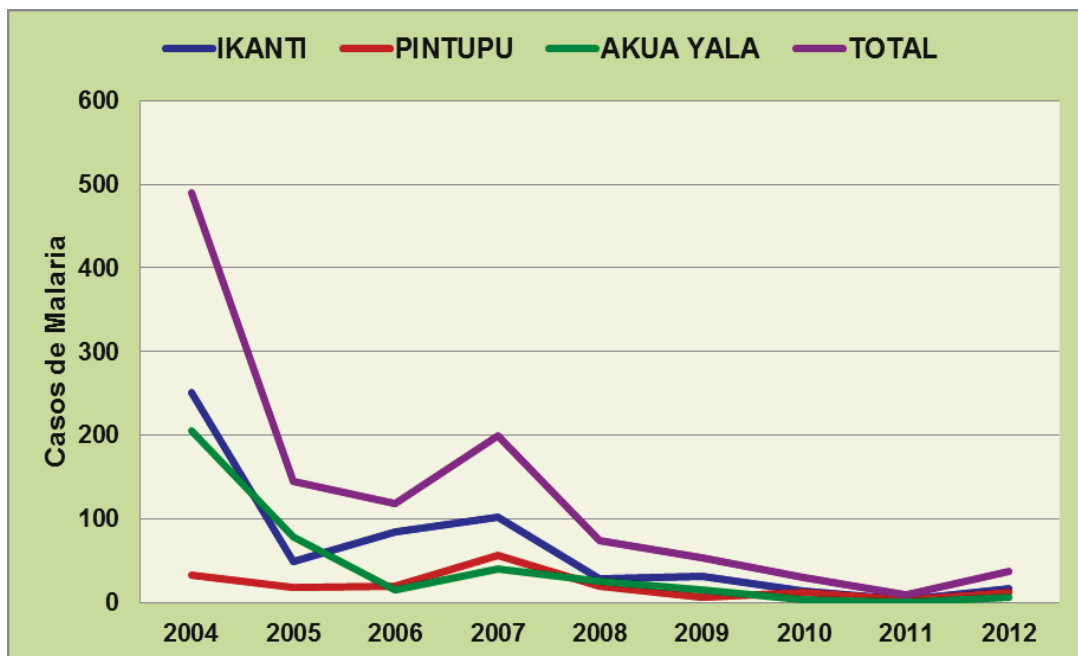
En cuanto a las tres localidades bajo estudio, sobre una población de 1 404 habitantes que vivían en las tres localidades seleccionadas, se obtuvo y examinaron un total de 805 láminas de gota gruesa (57.3 % de la población) durante el año 2011. La incidencia parasitaria anual (IPA) fue de 6.4/1000 hab., estableciéndose esta área endémica con un moderado riesgo de transmisión de malaria. El índice de láminas (muestras) positivas (ILP) de 0,09%. El ILP indica la magnitud de la positividad y la eficiencia de la toma de gota gruesa para el diagnóstico de la enfermedad, y no tiene una relación directa con el IPA. Por otro lado, el índice anual de exámenes de sangre (IAES) fue 220.1%., expresando el buen rendimiento de la búsqueda de casos sospechosos de malaria por estrato, foco local o región. Del total de muestras de personas sospechosas de malaria, nueve muestras se confirmaron microscópicamente el diagnóstico de malaria, correspondiendo en un 100% a *P. vivax*. El principal vector en esta región es *An. albimanus*, también se han identificados las especies *An. punctimacula*, *An. malefactor*, *An. apicimacula* y *An. triannulatus*.

Gráfica 3. Comportamiento de la malaria en la Región de Salud de Panamá Este y Comarca de Madungandi. 2004 – 2011.



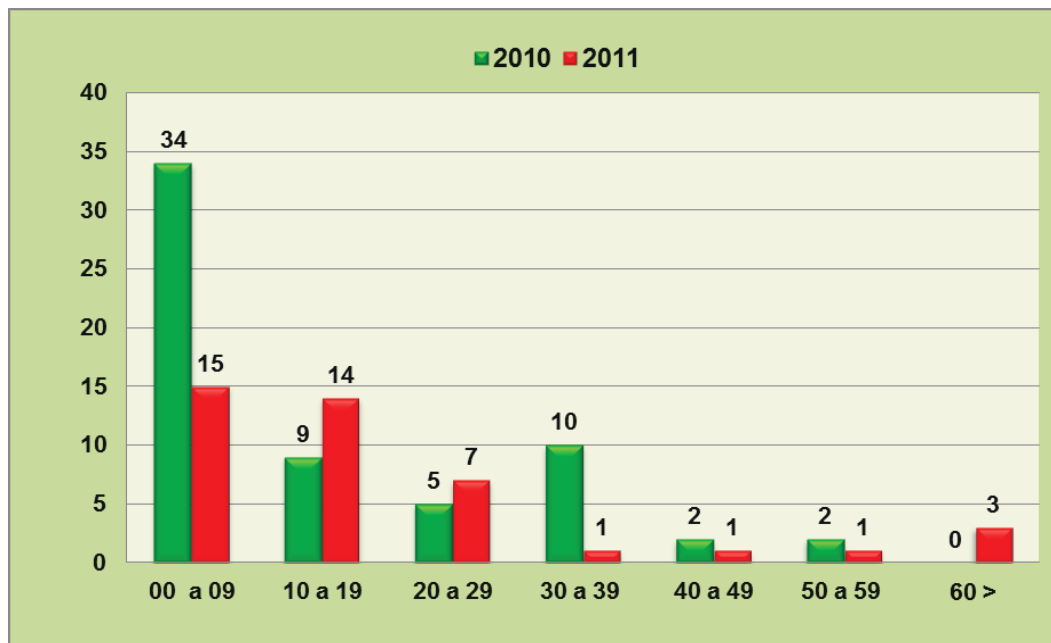
Fuente: Elaboración por personal investigador del ICGES con datos suministrados por el MINSA

Gráfica 4. Comportamiento de la malaria en las localidades en estudios en la Comarca de Madungandi, Panamá



Fuente: Elaboración por personal investigador del ICGES con datos suministrados por el MINSA

Gráfica 5. Número de casos de malaria registrados por grupo de edad en la Comarca de Madungandi. 2010 - 2011



Fuente: Elaboración por personal investigador del ICGES con datos suministrados por el MINSA

En cuanto a las tres localidades bajo estudio, sobre una población de 1 404 habitantes que vivían en las tres localidades seleccionadas, se obtuvo y examinaron un total de 805 láminas de gota gruesa (57.3 % de la población) durante el año 2011. Del total de muestras de personas sospechosas de malaria, nueve muestras se confirmaron microscópicamente el diagnóstico de malaria, correspondiendo en un 100% a *P. vivax*. El principal vector es *An. albimanus*, también se han identificados las especies *An. punctimacula*, *An. malefactor*, *An. apicimacula* y *An. triannulatus*. Las áreas con riesgo de malaria se definen en función del nivel de la exposición al riesgo de transmisión y es el resultado de la interacción de diversos factores relacionados con desplazamientos humanos, estabilidad social y la adopción de actitudes y comportamientos individuales y colectivos que previenen o facilitan el contacto con los vectores (Spencer, 1986).

Se puede indicar que la comarca de Madungandi es una región endémica, en donde la mayoría de las localidades muestran receptividad en la aparición de casos de malaria, debido a la presencia de mosquitos anofelinos vectores y a la existencia de factores ecológicos, ambientales, socioeconómicos, culturales y climáticos que favorecen la transmisión de la malaria. Igualmente, las localidades sin registro de casos de malaria muestran vulnerabilidad, debido a la cercanía o proximidad de localidades maláricas o expuestas al riesgo de transmisión por la llegada de personas enfermas o grupos humanos infectados o de anófeles infecciosos o de ambos, y casos importados de malaria que provienen de otros lugares y que están entrando a las localidades periódicamente.



Foto: Lorenzo Cáceres

Medicación de niño con malaria en la comunidad de Icanti, Madungandi



Foto: Lorenzo Cáceres

Es importante completar el tratamiento contra la malaria para eliminar la enfermedad

Figura 4. El diagnóstico a tiempo y el tratamiento oportuno de los casos son de vital importancia para controlar la malaria.



Foto: Lorenzo Cáceres

4. El abordaje intercultural, una gran necesidad para la atención de los problemas de salud en las poblaciones indígenas.

La interculturalidad guarda entre sí relaciones muy diversas, a menudo conflictivas, pero que en ocasiones también revelan puntos de convergencia y aprendizajes recíprocos. Sin embargo, ante al creciente reconocimiento de la diversidad de culturas y de los derechos sociales y culturales de los pueblos indígenas, han surgido durante

los últimos años propuestas de políticas públicas culturalmente adaptadas dirigidas a la atención de la salud de los pueblos indígenas.

La implementación del abordaje intercultural o interculturalidad en los servicios de salud es un proceso en construcción que aún no ha logrado un posicionamiento real en los diversos niveles de decisión del sector nacional, regional o local. Más que su implementación o incorporación en las actividades o los servicios de salud, debe ser entendida como una asimilación por parte de los recursos humanos de salud en su cotidiano relacionamiento con miembros de otra cultura, y expresada en las actitudes y aptitudes de respeto por la diferencia; esto es, ser concebida como un derecho de nuestros interlocutores a ser tratados con respeto, a entender su cultura y esforzarnos por una convivencia o articulación armoniosa de nuestros pensares, actitudes y aptitudes de los miembros de una cultura diferente (INS, 2012).

En Panamá el abordaje de la malaria en poblaciones indígenas por parte de los sistema de salud han confrontando dificultades al realizar la labor de vigilancia, prevención y control de esta enfermedad, en especial en la población kuna y específicamente en la Comarca de Madungandi. Esta es una de las bases fundamentales que validaron la necesidad de llevar a cabo este trabajo sobre las representaciones sociales de la malaria y entender a mayor profundidad los elementos culturales que facilitan o dificultan las acciones de vigilancia, prevención y control de la malaria por parte del personal del MINSA. Como anteriormente indicamos, la dificultad que afrontan los sistemas de salud, obedece principalmente al desconocimiento de la cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas, en especial sobre la concepción en la población indígena sobre la salud, enfermedad y muerte. Esto revela la gran necesidad de contar con una guía de atención culturalmente adaptada para atender los problemas de salud en las poblaciones indígenas.



Foto: Lorenzo Cáceres
Paciente kuna de Madungandi atendiéndose con médico del Ministerio de Salud



Foto: Lorenzo Cáceres
Los trabajadores y servicios de salud deben adecuar su atención considerando las culturas indígenas

4.1 El enfoque intercultural

La interculturalidad se refiere a la interacción entre dos culturas de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos. Estos se resuelven mediante el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia (Salinas, 2007).

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (Austin, 2004; OPS, 2008)

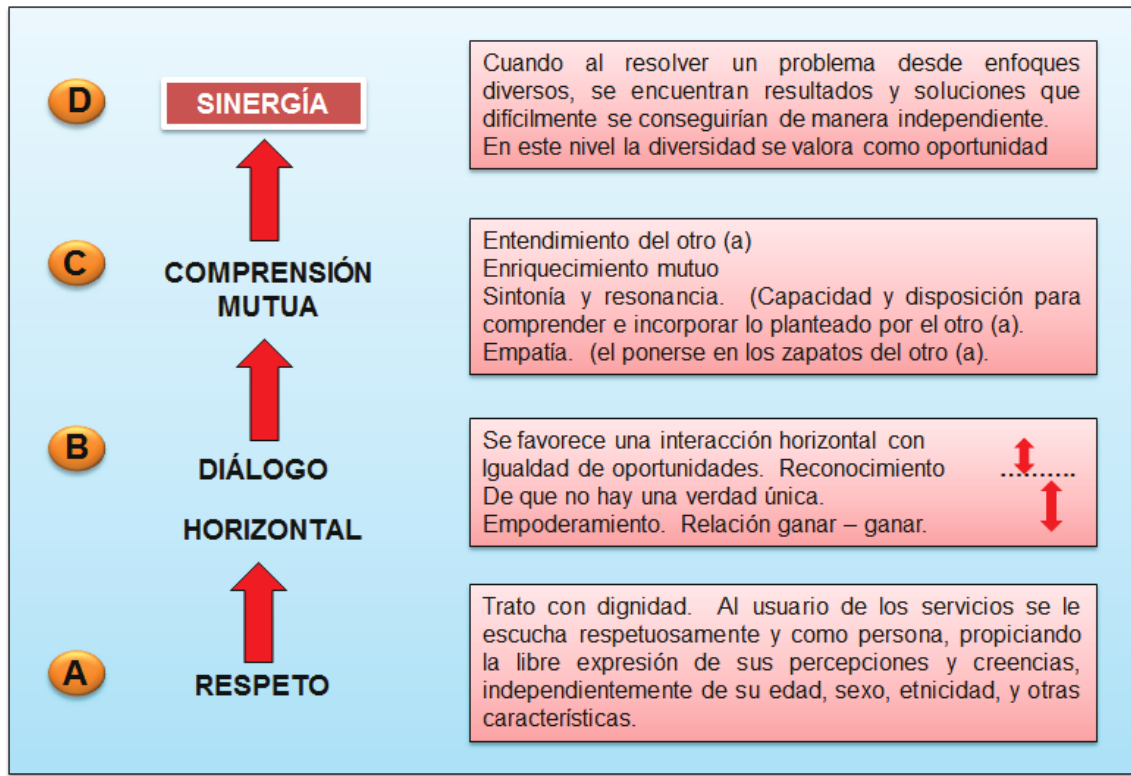
En un modelo intercultural, ambas culturas comparten su cosmovisión y forma de ver la vida de manera equitativa y dentro del marco del respeto y la convivencia solidaria. El planteamiento que define a la interculturalidad es que no existe una verdad absoluta, ni que ninguna cultura es inferior a otra. Las culturas están en constante cambio y transformación, y sus valores y normas en un momento determinado son válidas y merecen ser valoradas.

Estas visiones y modelo de interacción resultan sumamente valiosos en las sociedades pluriculturales en donde vivimos. Pluriculturalidad se refiere a la convivencia de varias culturales en un mismo sitio, e interculturalidad hace alusión a la relación existente entre estas culturas. La interculturalidad se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad.
- Respeto a las diferencias.
- Relaciones equitativas.
- Enriquecimiento mutuo.

En la figura 5, se detalla los elementos que definen un modelo intercultural, iniciando con el respeto que se traduce en un trato digno. Luego, sigue el diálogo horizontal, en donde no existe una verdad única, sino que todas las opiniones son permitidas. Este diálogo horizontal promueve una comprensión mutua y finalmente un espíritu de cooperación y sinergia. Al llegar a este estado de sinergia es donde se dan las relaciones productivas y se alcanzan resultados y productos que benefician a todas las partes involucradas por igual.

Figura 5. Elementos que definen el proceso de interculturalidad



Fuente: Secretaría de Salud de México. Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud, Año 2000.

Uno de los objetivos principales que persigue el modelo intercultural es que exista sinergia y mutuo entendimiento entre las partes involucradas². La interculturalidad busca:

- Crear un espacio de encuentro en común entre los grupos humanos en donde existen diferencias culturales como la etnia, religión, tradiciones, costumbres entre otros.
- Eliminar las barreras discriminatorias que obligan a los grupos minoritarios a sentirse excluidos y marginados.
- Promover un entendimiento entre las culturas y grupos humanos que conviven en un mismo entorno social.
- Enseñarnos que como seres humanos, las diferencias existentes se solucionan utilizando la razón y no la fuerza.
- Crear conciencia que existimos en un mundo global e interdependiente, en donde todos gozamos de derechos y deberes en igual medida.

² Se comprende por sinergia la asociación de diferentes elementos que actuando conjuntamente generan un producto mayor del que se deriva de la suma del empleo individual de cada uno de ellos.

4.2 La interculturalidad en la salud

El término de interculturalidad en salud tiene que ver con la atención que las personas reciben por parte del sistema de salud público. Todas las personas tienen el derecho de recibir un trato justo e igualitario, independientemente de su etnia, la religión que profesan, sus creencias, sus tradiciones o sus formas de vestir. La diferenciación en el trato de salud ocurre generalmente en las poblaciones minoritarias que tienen que amoldarse al sistema de salud de otro grupo mayoritario o dominante. La queja del grupo minoritario es que son discriminados o no son tratados con los mismos beneficios que recibe la población mayoritaria. Se señalan como evidencia de esta discriminación el maltrato, los regaños y la burla frente a las creencias que el grupo guarda.

Con respecto a los pueblos indígenas, existen políticas a nivel internacional que promueven un trato justo libre de discriminaciones. Una de estas es la Iniciativa de Salud y Pueblos Indígenas impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que enfatiza la necesidad de que los sistemas de salud incorporen un abordaje intercultural de la salud. También existe la Iniciativa de Medicina Tradicional de la Organización Mundial de la Salud que promueve un acercamiento a los pueblos indígenas desde el respeto de sus propias creencias y fomenta el rescate de la medicina tradicional (OPS, 2002).



Foto: Lorenzo Cáceres

Persona sospechosa de malaria de la etnia Ngäbe de Barú, Chiriquí



Foto: Rolando Torres

Persona sospechosa de malaria de la etnia kuna de Icanti, Madungandi

Estas políticas de interculturalidad en salud desean promover que los servicios de salud sean culturalmente adaptados, respetando las creencias de cada individuo y fundamentándose en la solidaridad y calidad de atención; rompiendo las barreras culturales que puedan existir. Estas “barreras culturales” pueden identificarse desde cuatro ámbitos que detallamos a continuación:

4.2.1 La estructura de los servicios de salud

Estas barreras tienen que ver con la organización del sistema de salud, el sistema directivo, las normas que existen, los valores que se establecen y el ejercicio de poder sobre los usuarios. En el caso de las poblaciones indígenas, la manera en que están estructurados los servicios de salud difiere en gran manera de su propio sistema médico, en donde la población cuenta con libre acceso al médico tradicional. En los sistemas de salud pública deben de formar largas filas y sacar cupo para luego ser atendidos.

4.2.2 El establecimiento o espacio de salud

Estas barreras tienen están relacionadas con el espacio físico donde se brinda la atención de la salud, las facilidades que se le brindan a los usuarios como las camas, mobiliarios, albergues para familiares de enfermo, capillas de oración. También, está relacionado con la dieta que recibe el paciente durante su permanencia en la instalación de salud.

4.2.3 El personal prestador de servicios de salud

Estas barreras están relacionadas con la capacidad del prestador de salud para relacionarse con los diversos grupos poblacionales que acceden a los servicios, la lengua que utiliza, la comunicación no verbal, conocimiento en relación a la cultura y creencias que profesan los usuarios del servicio de salud.

4.2.4 Las personas consultantes o usuarias

Los elementos que intervienen como barreras culturales están relacionados con el concepto de “*salud - enfermedad*” que tienen los usuarios, su nivel de educación, la medicina y prácticas tradicionales de salud que realizan, su concepción en relación al sistema de salud. Estas barreras por lo general son las más difíciles de que se reflejen, dado que tienen que ver con sentimientos y percepciones que muchas veces los usuarios temen dar a conocer (Reverte, 2011).

Un sistema de salud que ponga en práctica un abordaje intercultural logrará minimizar estas barreras culturales que se dan en los diversos ámbitos detallados, convirtiéndose en un sistema de salud que ofrezca empatía hacia los usuarios y en donde todos son atendidos con respeto y equidad.

4.2.5 Malaria e interculturalidad

En el caso específico de la malaria, es un hecho ya estudiado que esta enfermedad no es únicamente biológica ni que se controla únicamente a través de la vigilancia epidemiológica. La malaria tiene un soporte contextual, ligado al medio ambiente, pero también un soporte cultural, ligado a la forma que las personas ven la vida, a la manera de entender el mundo y validarlo. Esta enfermedad es un “*hecho biológico*”, pero también un “*hecho social*” en donde el individuo juega un papel preponderante en la prevención de la misma, al igual como las distintas organizaciones e instituciones que conforman la sociedad: la familia, la escuela, el sistema de salud, el sistema jurídico y el sistema político.

En general, podemos citar los siguientes indicadores como potenciales para una mayor proliferación de la malaria:

- Pobreza
- analfabetismo
- desempleo
- carencia de tierra y territorio
- altas tasas de morbilidad

Existen también indicadores potenciales ligados a factores culturales propios de la población, como lo son su lengua, patrones migratorios, prácticas y rituales; los cuales en general no son entendidos por los trabajadores de la salud. En este aspecto, la medicina tradicional juega un papel de mucha importancia en la cultura y población kuna, que al no ser entendida y consideradas sus prácticas, muchas veces son vistas como un obstáculo a las acciones de prevención y control de la malaria por parte del personal de salud. Esto se da por la no comprensión y la falta empoderamiento cultural de los programas sanitarios. El documento *“Diagnóstico situacional del uso del DDT y control de la malaria en Panamá”* se indica que la principal barrera identificada en los programas sanitarios en Panamá históricamente ha sido de índole cultural. Un problema básico ha sido la diferencia lingüísticas entre la población de los grupos indígenas y los no indígenas (Guerra, 2001).

Sumado a estos factores presentes en los pueblos indígenas se suman otros fenómenos más recientes y que agravan la proliferación de la malaria, como la migración, la explotación de recursos naturales y la colonización de tierras de manera indiscriminada. Además, estudios previos nos dan a entender que es posible la existencia de concepciones distintas asociadas a la enfermedad de la malaria. Por un lado está la concepción que recibe la malaria desde el punto de vista médico- occidental y aquella que tradicionalmente es aceptada por el sistema etnomédico de un pueblo.

5. Concepto de la salud, enfermedad y muerte en la cultura kuna

Para el mundo occidental, la enfermedad es un hecho científico que se da producto de un virus, una bacteria, un parásito u otro patógeno que invade el cuerpo. También existen patologías propias del sistema nervioso y mental, que tienen su origen en traumas sufridos en el presente o en el pasado de una persona. Hay otras enfermedades de tipo hereditario, en donde los genes de una generación son traspasados a otras generaciones. Las enfermedades tienen una causa científica y de igual manera un tratamiento científico para lograr su curación.

Esto no ocurre en las sociedades indígenas, donde tradicionalmente no se concibe la enfermedad a razón de un virus, vectores o bacterias; si no más bien de manera holística e integral. Según los relatos antiguos del pueblo kuna, *“Pap Dummand”*, el Dios supremo, creó en un principio todo el universo: las plantas, los animales, a *“Olobilipiler”* (el hombre) y a *“Oloporsubi”* (la mujer). Los hombres y mujeres creados por *“Pap Dumand”* no cuidaron la naturaleza e hicieron actividades incorrectas. A raíz

de esto, la tierra fue castigada con mucho males, siendo uno de estos el Padre de las Enfermedades, quien recibe el nombre "*Kuchuca*". El azotaba la tierra con terribles dolencias y epidemias que mataban a las personas.³

Para ayudar a los seres humanos a hacerle frente a "*Kuchuca*", "*Pap Dummand*" envió a "*Tad Ibed*", el padre de la Salud. "*Tad Ibed*" se preparó con medicinas junto a los cuatro "Neles Poderosos": "*Nele Keligwa*" (cacao), "*Nele Pinaiseba*" (Ají conguito) "*Nele Inadoyagabaler*" (tabaco) y "*Nele Kwamaka*" (la pipa). Estos cuatro Neles junto con "*Tad Ibed*" enfrentaron a "*Kuchuca*" y lograron encerrarlo lejos de la tierra, en el cuarto nivel, donde permanece todavía. Desde entonces sólo hay enfermedades ocasionales cuando "*Kuchuca*" es violentado desde el lugar sagrado donde se encuentra. "*Tad Ibed*" enseñó a los hombres a utilizar los cuatro ayudantes: el cacao, ají conguito, el tabaco y la pipa para hacerle frente a las enfermedades y plagas como es el caso de la malaria.

Como lo indica el relato, para el pueblo kuna de Madungandi, la salud se entiende como el resultado de la integración de factores mágicos-sociales y biológicos, y cuyo desequilibrio, causado por el incumplimiento a la regla social, descuido en medidas de higiene o desorden en la naturaleza, causa la enfermedad. Los causantes de la enfermedad son los espíritus y la única manera de restaurar el orden y obtener la sanidad es logrando estar en paz con ellos. Esta restauración se logra a través de la medicina tradicional.

Para el kuna, la muerte sucede porque tiene que suceder, y no por accidentes o negligencias médicas. En nuestras visitas de observación de campo tuvimos la oportunidad de estar al momento en que se dieron tres muertes de niños en la comunidad. Hubo llanto por parte de los padres y amistades, pero no se recurrió a la búsqueda de algún médico para determinar la causa de la muerte. Se atribuyó que era el momento que los niños debían morir y sus muertes fueron aceptadas como un hecho que tenía que darse.

5.1 Percepciones de la malaria en la cultura kuna

Dentro de la cultura Kuna, la enfermedad adquiere un carácter espiritual y se pone de manifiesto al experimentarse una ruptura en las relaciones entre el individuo y el medio social o natural.

Valiéndonos de este marco representativo, la malaria como enfermedad es concebida como exógena, es decir con variables externas y no controlables por el ser humano. Entre estas variables se encuentran los aspectos mágicos, místicos y espirituales. Para lidiar con este mundo espiritual y establecer el orden y la salud dentro de la población,

³ Información recabada a través de entrevistas con informantes claves dentro de la propia comunidad. Existen pocos documentos que relaten esta información de manera escrita, dado que son conocimientos que han logrado sobrevivir gracias a la transmisión oral.

el kuna requiere de la asistencia del "*Nele*"⁴ o "*Absogued*"⁵ que gozan de la facultad de atar espíritus malignos a través de sus cantos y sus ritos de "*Fuma de la Pipa*".

Al ser concebida la malaria como una enfermedad de afuera, y el mosquito transmisor como un elemento del ecosistema que siempre estará presente, las acciones de prevención no cobran vigencia dentro de esta población. Se percibe como una realidad insuperable que los mosquitos han existido desde siempre y que siempre seguirán existiendo. No hay un empoderamiento en cuanto al hecho que ellos como comunidad poseen la facultad de incidir cambios en el control de esta enfermedad. El control no reside en las personas sino más bien en los espíritus protectores y los médicos tradicionales, dado que son ellos los que pueden contrarrestar esta enfermedad y proteger a la comunidad. La muerte de personas o niños por la malaria tampoco provee de una motivación para realizar un cambio conductual, dado que la muerte es concebida como un hecho previsto que tiene que ocurrir y en donde el ser humano no juega ningún control.

La población en general muestra un desconocimiento en relación a las causas científicas de la malaria, sus síntomas y sus medidas de prevención. Para tratar la malaria, ellos utilizan sus prácticas medicinales tradicionales como lo es el ritual de "*Waa Ued*" o "*Fuma de la Pipa*". Según los datos recabados en torno a este ritual, los kunas tienen sitios sagrados llamados "*Kalu*" (espacios siderales donde viven las fuerzas de la naturaleza, los espíritus y los dioses), ubicados en las montañas, en los ríos y en toda la naturaleza. Cuando uno de estos sitios es profanado, la ira de los espíritus se encienden y se traducen en epidemias que ocasiona la muerte de varios miembros de la comunidad. Para calmar esta ira, los hombres de la comunidad deben reunirse para "*Fumar la Pipa*" y de esta manera sanear la comunidad.

El ritual de la "*Fuma de la Pipa*" se puede dar varias veces al año. Al momento que la comunidad determina la existencia de un número alto de muertes seguidas, recurren a los servicios de un "*Nele*" para que a través de visiones interprete la razón de las muertes. Esto puede tomar unos cinco días. Una vez el "*Nele*" tenga revelación, no se permite que nadie entre ni salga de la comunidad donde se realizará el ritual de la "*Fuma de la Pipa*". Durante esos días tampoco se permite tener relaciones sexuales ni beber licor dado que son días que deben respetarse. A la vez que se "*Fuma la Pipa*", que es un tipo de brea, también se fuma el cacao, que se cree tener propiedades mágicas curativas. Este proceso puede durar uno o dos días. Posteriormente, hay que esperar de cuatro a ocho días para conocer si el ritual logró los resultados deseados.

Esta situación evidencia que el pueblo kuna mantiene un sistema de salud tradicional en el que cree fervientemente. El pueblo kuna que habita la comarca de Madungandi ha desarrollado un conjunto de prácticas, conocimientos y costumbres sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los

⁴ El **Nele** es el médico tradicional que nace con poderes especiales que perfeccionará con el entrenamiento.

⁵ El **Absogued** es el médico tradicional que trata específicamente las epidemias.

seres espirituales. Este sistema de creencias y prácticas relativas a la salud y la relación del hombre con el medio ambiente se le denomina “*medicina tradicional*”. La medicina tradicional comprende un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades.

Este sistema de salud tradicional forma parte de su cultura y debe ser respetado. La alternativa no es eliminar su sistema de salud, sino dotar también al Kuna del conocimientos sobre la enfermedad mediante educación sanitaria culturalmente adaptada para que tenga mayores alternativas para curar y prevenir la malaria. Esto es en sí lo que se busca a través de esta guía y el modelo de abordaje intercultural que se propone.

6. Metodología para la elaboración de la guía intercultural

Para el desarrollo de esta guía se dieron una serie de procesos que detallamos a continuación:

6.1. Análisis FODA

El primer paso para el desarrollo de esta guía de abordaje intercultural fue la realización de un diagnóstico de la situación en torno a las políticas de salud dirigidas a la atención de la malaria en los Pueblos Indígenas, especialmente en la comarca de Madungandi. Para esto, se escogió la herramienta del diagnóstico FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, que facilita el diagnóstico de una situación determinada y provee de los insumos necesarios para el proceso de planeación estratégica, implementación de acciones correctivas y la generación de nuevos o mejores políticas, planes y programas.



Foto: Lorenzo Cáceres

Diagnostico FODA de las políticas de salud en poblaciones indígenas



Foto: Lorenzo Cáceres

Las políticas de salud en poblaciones indígenas deben ser adecuadas a las culturas indígenas

El objetivo principal de aplicar el FODA, fue que a partir de los resultados obtenidos del diagnóstico se generaran propuestas que contribuyeran en la definición de políticas de salud que permita identificar las limitantes jurídicas, éticas, técnicas y culturales, así como las barreras particulares que impiden mejorar las oportunidades en el acceso al derecho a la salud, específicamente la atención de la malaria y, a las mejoras en el modo de vida de las poblaciones indígenas, teniendo en consideración su cosmovisión, sistemas médicos de salud y su cultura. En este sentido, para el diagnóstico FODA se consideró tanto la situación actual dentro del nivel nacional de salud, regional, local, los funcionarios de salud, las autoridades tradicionales indígenas y la comunidad.

Para el desarrollo del análisis FODA se convocaron a expertos de instancias que tienen inherencia directa en los aspectos de la atención de la malaria en las áreas indígenas del país, como lo son:

- Dirección Nacional de Promoción de la Salud del MINSA
- Departamento de Control de Vectores, MINSA
- Departamento de Epidemiología, MINSA
- Departamento de Control de Vectores de Panamá Este
- Departamento de Promoción de la Salud, Panamá Este
- Dirección de Política Indigenista, Ministerio de Gobierno
- Departamento de Entomología, ICGES
- Universidad de Panamá

Los representantes de estas instancias, todos con experticia en su área y conocedores de la realidad indígena trabajaron en dos jornadas distintas. Como producto, se elaboró un documento para el MINSA con las recomendaciones y conclusiones emitidas de este grupo de trabajo.

6.2 Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's)

El segundo paso en la realización de este proyecto fue el diseño, aplicación y evaluación de una encuesta CAP's; que busca determinar el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) de una población sobre un aspecto y/o problema específico, en este caso la malaria. Se estableció como estrategia para la aplicación de la encuesta, realizar la misma en una muestra de la población de cada una de las tres comunidades seleccionadas. En total se aplicaron 55 encuestas: 18 en Akua Yala, 29 en Ikantí y ocho en Pintupu.

El objetivo de la aplicación de esta encuesta CAP's fue identificar los hábitos, costumbres y prácticas de la población indígena kuna que favorecen o no la transmisión de la malaria. De igual manera busca identificar los conocimientos y creencias que mantiene la población sobre la malaria, sus formas de curación, el uso de la medicina tradicional para atender esta enfermedad y las percepciones en relación a las acciones de prevención, vigilancia y monitoreo que realiza el personal de vectores en las comunidades seleccionadas.



Foto: Lorenzo Cáceres

Aplicación de encuesta CAP's a familia de Icanti, Madungandi



Foto: Lorenzo Cáceres

Indígenas kunas capacitándose en la aplicación de la encuesta CAP's

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la encuesta CAP's, el mismo que fue elaborado y diseñado por el equipo de investigadores del ICGES. Primeramente se realizó una validación técnica por parte de funcionarios de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud del MINSA, tanto del nivel nacional como regional. Una vez revisado, corregido y aprobado fue reproducido para su validación. La validación comunitaria se realizó en cada una de las tres comunidades.

La encuesta contempló seis componentes: datos generales, conocimientos, actitudes, prácticas, percepción de población sobre las acciones del MINSA, acceso a la red de servicios de salud y participación comunitaria. La encuesta incluyó un total de 51 preguntas. Entre otras cosas, la encuesta CAP's evidenció que un elevado porcentaje de la población (85%) está consciente que la malaria se cura a través de las pastillas que suministra el personal de Control de Vectores; a pesar de esto, un alto porcentaje de la población también recurre al uso de la medicina tradicional y cree fervientemente en la efectividad de la misma (63%).

La encuesta también evidenció gran desconocimiento en la población sobre la malaria, los síntomas y sus medidas de prevención. Un alto porcentaje de la población no ve la relación entre las acciones de saneamiento ambiental y eliminación de criaderos con el control de la malaria. A través de esta encuesta se corroboró que en todas las comunidades existen personas que curan la malaria y que la medicina tradicional sigue siendo un elemento esencial al que la población se aferra tanto por necesidad y como parte de su cultura. De ahí que se hace necesario un abordaje intercultural de la malaria.

6.3. Estudio cualitativo

El tercer paso en el desarrollo de esta guía fue la elaboración de un estudio cualitativo. Este estudio cualitativo se realizó a través de una investigación descriptiva de tipo exploratorio llevado a cabo en la Comarca Kuna de Madungandi. El objetivo de la investigación consistió en indagar y explorar las representaciones sociales que guarda la malaria dentro de esta población, entendiendo como representación social las percepciones e ideologías en relación a un objeto o fenómeno. La investigación también enfatizó el determinar la importancia de la medicina tradicional, las prácticas tradicionales mayormente utilizadas para curar la malaria y las actitudes de la población en relación al trabajo conjunto con el Sistema de Salud en miras a crear una metodología de abordaje conjunto para la prevención de esta enfermedad. La información se recabó a través de las técnicas antropológicas de observación participante, grupos focales, y entrevistas a profundidad; herramientas que brindan datos cualitativos que explican el significado de fenómenos y eventos; así como su injerencia en la construcción de la realidad social y formas de vida de un pueblo o cultura.



Foto: Lorenzo Cáceres

Entrevista a grupo focal de la comunidad de Akua Yala



Foto: Lorenzo Cáceres

Entrevista a grupo focal de la comunidad de Pintupo

Este estudio evidenció que en la cosmovisión indígena de este pueblo en particular, la enfermedad adquiere un carácter espiritual y se pone de manifiesto al experimentarse una ruptura en las relaciones entre el individuo y el medio social o natural. Valiéndonos de este marco representativo, la malaria como enfermedad es concebida como exógena, es decir con variables externas y no controlables por el ser humano. Entre estas variables se encuentran los aspectos mágicos, místicos y espirituales. Para lidiar con este mundo espiritual y establecer el orden y la salud dentro de la población, el kuna requiere de la asistencia del “Nele” u “Absogued” que gozan de la facultad de atar espíritus malignos a través de sus cantos y sus ritos de la “Fuma de la Pipa”.

Al ser concebida la malaria como una enfermedad de afuera, y el mosquito transmisor como un elemento del ecosistema que siempre estará presente, las acciones de

prevención no cobran vigencia dentro de esta población. Se percibe como una realidad insuperable que los mosquitos han existido desde siempre y que siempre seguirán existiendo. No hay un empoderamiento en cuanto al hecho que ellos como comunidad poseen la facultad de incidir cambios en el control de esta enfermedad. El control no reside en las personas sino más bien en los espíritus protectores y los médicos tradicionales, dado que son ellos los que pueden contrarrestar esta enfermedad y proteger a la comunidad. La muerte de personas o niños por la malaria tampoco provee de una motivación para realizar un cambio conductual, dado que la muerte es concebida como un hecho previsto que tiene que ocurrir y en donde el ser humano no juega ningún control.

Otra conclusión que se llega a partir de este estudio cualitativo es que la población en general muestra un desconocimiento en relación a las causas científicas de la malaria, sus síntomas y sus medidas de prevención. Se evidencia que la población ha recibido poca información al respecto y que existen sectores específicos motivados y anuentes a obtener estos conocimientos. Es muy importante indicar que uno de estos sectores lo constituyen las mujeres por el deseo de proveer de mejor salud para sus hijos. El otro sector lo constituyen los adolescentes y jóvenes quienes luchan por tener acceso a los mismos recursos que la población latina

6.4 Taller de validación de la guía

El último paso para el desarrollo de esta guía fue la realización de un taller para la validación de la misma. En este taller participaron 30 personas, entre ellas las autoridades y médicos tradicionales, actores sociales claves, representantes de grupos comunitarios organizados de las tres comunidades y la autoridad local (Corregidor). También se dieron cita funcionarios de salud de los departamentos de Control de Vectores, Vigilancia Epidemiológica, Promoción de la Salud del nivel nacional y regional. Los participantes del taller se dividieron en grupos de trabajo dentro de los cuales se analizaron los planteamientos de la guía para el abordaje intercultural de la malaria y se agregaron otras estrategias que fueron incorporadas. Cada grupo estuvo liderado por un facilitador miembro del equipo de investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas o funcionario del MINSA, quienes apoyaron en la organización de las ideas vertidas por el grupo.

Durante esta actividad, se pudo observar el gran interés tanto de las autoridades y médicos tradicionales indígenas, actores sociales claves de las localidades de Pintupo, Aguas Claras y Puente Bayano, prestadores de salud del nivel local, regional y local, en cuanto al abordaje intercultural de la malaria. Por parte los médicos tradicionales, manifestaron la necesidad de tener un convenio con el MINSA para la colaboración en la atención de la malaria y otras enfermedades, al igual que su reconocimiento como médicos tradicionales.



Foto: Lorenzo Cáceres

Participantes en la validación de la guía de abordaje intercultural de la malaria



Foto: Lorenzo Cáceres

Autoridades tradicionales y locales en validación de la guía

7. Componentes de la metodología de abordaje intercultural de la malaria

Método implica un proceso para llegar de un punto a otro extremo. Con esta guía pretendemos brindar las orientaciones necesarias para que las instancias pertinentes del MINSA logren desarrollar un abordaje de salud de la malaria culturalmente adaptado a las necesidades del pueblo kuna de la Comarca de Madungandi.

El modelo propuesto consiste en la realización de acciones específicas en cinco niveles de intervención dentro de las cuales consideramos que se deben realizar estructuraciones y adecuaciones:

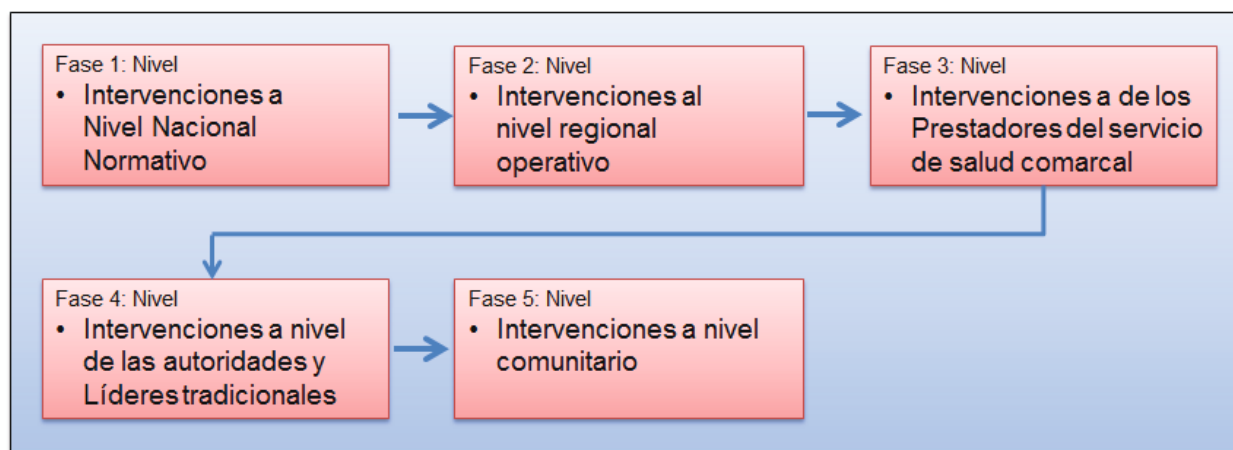
1. Nivel político-normativo
2. Nivel regional-operativo
3. Nivel de los prestadores del servicio de salud,
4. Nivel de las autoridades y médicos tradicionales
5. Nivel comunitario

El modelo establece los objetivos y las actividades a desarrollar en cada uno de los cinco niveles de intervención (Figura 6). Más que una receta específica para el logro de un producto, esta guía ofrece lineamientos a implementar por el MINSA para garantizar un abordaje de la malaria culturalmente aceptado por la población indígena de Madungandi. En cada nivel de intervención también se definen indicadores que determinarán el logro del objetivo. Hemos denominado a estos como “Indicadores de Progreso” dado que el objetivo a alcanzar no está limitado en el tiempo ni en el espacio. Son los resultados obtenidos a través de las acciones que se implementen las que nos permitirá medir los resultados y rediseñar la metodología a medida que se dé un mejor aprendizaje para el abordaje cultural de estos pueblos.

Consideramos que las fases de intervención no deben darse necesariamente en el orden que se establecen, pero sí creemos que se requiere la ejecución de todas ellas,

indiscriminadamente del orden en que se den. Experiencias anteriores nos demuestran que el no desarrollar este modelo de abordaje en su cabalidad a todos los niveles establecidos, se limitan los resultados a obtener.

Figura 6. Niveles de intervenciones de la metodología de interculturalidad



7.1 Esquema metodológico para el de abordaje intercultural de la malaria

A continuación se presenta el modelo detallado, con sus fases de intervención, sus objetivos, acciones a desarrollar y los indicadores de progreso que permitirán medir el alcance de los objetivos:

7.1.1 FASE No.1 Intervención a nivel político-normativo

A nivel nacional existen acuerdos, decretos y convenios; tanto ministeriales, nacionales e internacionales que avalan el desarrollo de políticas interculturales. Gran cantidad de esos decretos se dan como resultado directo de los mandatos establecidos durante el Decenio de los Pueblos Indígenas (2000-.2010) decretado por las Naciones Unidas. En estos años, también se termina de redactar la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas, para los países miembros de Naciones Unidas, en donde Panamá es signatario.

En seguimiento a estos lineamientos internacionales, durante el periodo político de 2000-2004; se estableció como tercera meta de la Agenda Social de la Presidencia: *"Una política para y con los Pueblos Indígenas"*. Bajo este marco, se crea la Sección de Medicina Tradicional de Pueblos Indígena y La Sección de Pueblos Indígenas dentro de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Esta fue la primera experiencia de una instancia a nivel nacional destinada exclusivamente a velar por la salud de la población indígena. Esta estrategia de sectorización contribuyó a la designación de fondos específicos para atender la situación de salud de las poblaciones indígenas, y a crear iniciativas novedosas como la propuesta del Decreto Nacional de Medicina Tradicional

indígena⁶. En el 2011, se crea la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI), congregando todas las instancias que atienden la salud en poblaciones indígenas dentro del MINSA. El objetivo estratégico de esta dirección es la de *“operacionalizar las acciones de salud integral con enfoque de interculturalidad dirigidas a los pueblos indígenas de la República de Panamá”*. A lo interno, esta Dirección mantiene una relación vertical directa con todas las unidades administrativas bajo competencia y una relación horizontal de coordinación con el resto de las direcciones de la institución. A lo externo. Igualmente, La DASI mantiene una relación horizontal de coordinación con unidades homólogas o equivalentes del sector, entidades gubernamentales y externas o internacionales, a través del Despacho Superior.

A la fecha, a pesar de la existencia de la DASI persisten grandes retos en relación a la coordinación con otras dependencias y programas del MINSA. Igualmente existe muy poca relación entre las acciones que realiza esta dirección a nivel nacional y las que se llevan a cabo en el nivel regional.

Objetivo:

Fortalecer las políticas de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI) y su injerencia dentro de los planes y programas sanitarios que se realizan en las comarcas y comunidades indígenas a nivel nacional por el MINSA.

Tomando en cuenta la experiencia analizada de los casi ocho años de funcionamiento de la Sección de Pueblos Indígenas dentro de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, recomendamos las siguientes actividades a ser desarrolladas por el MINSA.

Actividades:

1. Fortalecer la DASI con recursos financieros necesarios para dar sostenibilidad a las acciones de salud que se desarrollen en las áreas indígenas
Se requiere que se establezcan fondos exclusivos para el fortaleciendo de esta Dirección y los programas que desarrolla. Estos fondos deberán ser destinados de manera sostenible.
2. Fortalecer la DASI con personal idóneo para el monitoreo de las acciones de salud en las comarcas y comunidades indígenas.
Al momento de su creación, la Sección de Pueblos Indígenas contaba con el siguiente personal: • Un médico • Una antropóloga • Un médico tradicional de la etnia Emberá

⁶ Este Decreto se trabajó en primer debate dentro de la Asamblea Legislativa durante los años 2000-2004, pero finalmente no fue aprobado.

- Una licenciada en ambiente del pueblo Kuna
- Una secretaria del pueblo Ngäbe

Además de las funciones propias de su cargo, los integrantes de la sección perteneciente a un pueblo indígena fungían como representantes de ese pueblo en reuniones y giras a las comunidades. De esta manera, los pueblos indígenas mayoritarios del país se sentían representados dentro del MINSA.

Este esquema de tener representantes indígenas laborando dentro del MINSA, se puede replicar en La DASI, dado que anteriormente resultó ser exitoso.

3. Lograr mayor captación de fondos internacionales destinados para mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas a través de la elaboración y presentación de proyectos de salud

A nivel internacional existen organizaciones como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS/OMS que apoyan la investigación en temas de interculturalidad, malaria, salud y pueblos indígenas. Una de las funciones principales de la DASI será la de establecer alianzas estratégicas con organismos internacionales interesados en la vigilancia, prevención y control de la malaria y presentar propuestas de proyectos. También se requiere que esta Dirección pueda gestionar presupuesto para el tema de investigaciones antropológicas sobre la cultura de las etnias indígenas.

4. Fortalecer la coordinación inter y extrasectorial entre todos los sectores a nivel nacional que manejan el tema de salud indígena

Un abordaje intercultural requiere de una coordinación inter y extrasectorial. La DASI, en su nivel nacional como ente normativo de la salud en las comarcas y áreas indígenas, debe garantizar que exista coordinación entre las diversas instancias del MINSA. Una estrategia para el logro de esta actividad sería la reactivación de la Comisión para la Prevención de Malaria con los departamentos de Epidemiología, Ambiente, Promoción y Atención de la Población.

La coordinación intersectorial no será suficiente si no se da también la extrasectorial con las diversas instituciones nacionales, ONG's e instancias comunitarias que manejan el tema de la atención de pueblos indígenas. Reuniones periódicas de coordinación y negociación serán actividades importantes a realizar para el fortalecimiento de estas vías de comunicación y coordinación.

Indicadores de Progreso:

- Incremento presupuestario destinado a la DASI.
- Aumento de la cantidad de funcionarios laborando dentro de la DASI.
- Número de proyectos y programas en áreas indígenas desarrolladas

- Número de reuniones inter y extrasectoriales que se lleven a cabo para tocar el tema de la salud indígena del país.

A manera de análisis, consideramos que la creación de la DASI puede ser un avance en la gestión de salud de los Pueblos Indígenas, siempre y cuando se mantenga los canales de coordinación entre todas las direcciones del MINSA, las Regiones de Salud y los Congresos Indígenas. Para futuras investigaciones, será necesario el análisis en detalle y focalizado de las funciones de la DASI para evaluar la efectividad y eficacia de las acciones que dentro de esta dirección se llevan a cabo.

7.1.2 FASE No.2 Intervención a nivel regional-operativo

La Comarca Kuna de Madungandi pertenece a la Región de Salud de Panamá Este. Para suministrar educación sanitaria a toda esta región de salud, se cuenta únicamente con un educador para la salud no indígena. Indudablemente, el recurso humano con el que se cuenta es reducido en proporción a la cantidad de habitantes. No escapa el hecho de que el recurso logístico y operativo es también escaso. Para abarcar las 14 comunidades indígenas que bordean el Lago Bayano se cuenta únicamente con un motor fuera de borda. Es importante indicar, que además de atender las comunidades pertenecientes a la Comarca de Madungandi, el educador para la salud debe atender el resto de las comunidades de la Región de Panamá Este.

Objetivo:

Aumentar la capacidad operativa y de gestión de la Región de Salud de Panamá Este para la atención de la población kuna de Madungandi.

Actividades:

1. Fortalecer las acciones de educación y promoción de la salud a nivel regional

Uno de los aspectos fundamentales que mantiene los índices de malaria en la comarca de Madungandi es el desconocimiento que existe por parte de la población en relación a la enfermedad de la malaria, sus causas, medidas de prevención y control. El estudio de conocimientos, actitudes y prácticas realizado como parte de la fase diagnóstica para la elaboración de esta guía, reveló que un 88% de la población desconoce el modo de transmisión de la malaria y un 85% no tiene conocimiento en relación a las medidas de prevención. Esto se acrecienta a un más, si nos referimos a las mujeres que habitan la comarca quienes, por su condición de género y poco dominio del español, presentan un mayor desconocimiento.

A raíz de esta realidad, las acciones de promoción y educación sanitaria requieren ser priorizadas de manera urgente para lograr cambios conductuales sostenibles en el tiempo. Para ello, se requiere tener un Departamento de Promoción de la Salud a nivel regional con el personal necesario para atender las necesidades específicas de la comarca, y los recursos logísticos y económicos para realizar sus funciones de trabajo

El trabajo del departamento de promoción de la salud se deberá reforzar con un mayor número de personal que involucre la contratación de comunicadores sociales y diseñadores gráficos para la elaboración de material educativo acorde a la realidad cultural de la población kuna. Se requiere además una mayor difusión de cuñas radiales en lengua kuna y confección de materiales educativos en formato de video para ser transmitidas en las comunidades.

Durante el desarrollo de este trabajo, se pudo percibir la gran necesidad de una permanente comunicación con las autoridades tradicionales, como también la falta de brindar información de forma continua sobre la vigilancia, prevención y control de la malaria a los grupos comunitarios organizados, actores sociales claves y la población en general a través de medios culturalmente adaptados.

2. Dotar de mayor recurso presupuestario y logístico al Departamento de Control de Vectores a nivel regional.

Es indudable que las acciones que realiza el Departamento de Control de Vectores son esenciales para que los niveles de infectación de la malaria se mantengan bajos. Es por ello que este departamento debe contar con el presupuesto necesario para poder desempeñar sus labores de vigilancia y monitoreo, y que requieren de la compra de gasolina, motores fuera de borda, implementos para la realización de la toma de sangre, equipo de fumigación, entre otros.

3. Lograr una coordinación intersectorial nivel regional con las diversas instancias que desarrollan acciones de salud en la Comarca Kuna de Madungandi

Las instancias a nivel regional que tratan el tema de la malaria en la comarca de Madungandi lo conforman funcionarios de las siguientes direcciones:

- Departamento Promoción de la Salud
- Departamento de Control de Vectores
- Departamento Epidemiología
- Departamento de Salud Ambiental

Cada una de estas instancias lleva a cabo programas y proyectos tendientes a atender a la población pero de manera desarticulada. Reuniones periódicas de coordinación es fundamental para maximizar los recursos y el poco personal que se cuenta en el área.

4. Crear alianzas de trabajo a nivel regional con instituciones, ONG's y organizaciones de la sociedad civil con presencia dentro de la Comarca de Madungandi

Por su condición de pueblo indígena y área comarcal, existe gran interés por varios grupos y organizaciones de realizar trabajos dentro de la comarca. En la actualidad, existen agrupaciones religiosas establecidas de manera permanente. Igualmente otras instancias del gobierno cuentan con instalaciones dentro de la Comarca, como el

MEDUCA que está presente en la gran mayoría de las comunidades. Otras instancias gubernamentales como la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM) están en trámites de instalar un centro comarcal de operaciones. Una organización importante dentro de la comarca es la Organización Kuna de la Comarca de Madungandi (ORKUM), que como se mencionó con anterioridad, es una instancia técnica del Congreso Kuna de Madungandi.

Es fundamental que a nivel regional se fortalezcan las alianzas de trabajo entre cada una de estas instancias. Esto requerirá primeramente la identificación de todos los sectores que operan dentro del área comarcal, para posteriormente concertar reuniones de trabajo conjunto. Es a través de la creación de estas alianzas que se crearán planes de trabajo conjunto que aborden el tema de la malaria de manera integral, relacionándolo con otros problemas de salud apremiantes como la falta de agua, escases de alimentos, etc. La coordinación con todas estas instancias de alianzas estratégicas deberá estar coordinada por el director Regional de Salud de Panamá Este y las autoridades tradicionales de la Comarca de Madungandi.

Indicadores de Progreso

- Incremento del personal que labora en el Departamento de Promoción de la Salud a nivel regional
- Material educativo elaborando en lengua kuna y distribuido en las comunidades de la Comarca
- Dotación de mayores recursos presupuestarios a las instancias de Promoción de la Salud, Control de Vectores, Epidemiología y Ambiente, para el desarrollo de acciones específicas e integrales dentro del área comarcal
- Número de reuniones de coordinación que se den entre las diversas instancias a nivel regional que realizan acciones de salud dentro de la comarca
- Ejecución de proyectos y programas extra sectoriales desarrollados en la comarca

7.1.2.1 Interacción entre las autoridades tradicionales con las autoridades gubernamentales indígenas

En las Comarcas existen dos referentes políticos: las autoridades tradicionales y las autoridades oficiales. Las autoridades tradicionales se expresan en instancias colectivas (Congresos) y dignatarios encargados de ejecutar los acuerdos y disposiciones legales y reglamentarias (Caciques, Sahilas, etc.). Además de los Congresos Generales, máxima autoridad política de las Comarcas, encontramos también organismos colectivos de consulta, como es el Congreso General de la Cultura Kuna. Por su parte, las autoridades oficiales son de dos tipos: los designados por el Ejecutivo (Gobernadores y Directores Regionales Comarcales) y los de elección popular (Representantes de Corregimiento, Alcaldes y Diputados).

Es de importancia conocer que la Ley 34 de 1996 que crea la Comarca de Madungandi, en lo referente a salud, en sus Artículos 17, 18 y 19 indican lo siguiente:

Artículo 17. El Ministerio de Salud y los centros especializados, tendrán la responsabilidad de garantizar la salud de la población de la Comarca Kuna de Madungandi.

Artículo 18. Para cumplir su misión el Ministerio de Salud y los centros especializados, desarrollarán investigaciones sobre enfermedades, medicina tropical, programas e salud comunitaria, infantil y familiar, así como programas de asistencia para el desarrollo alimentario y nutricional de la población kuna, con la participación del Congreso General Kuna.

Artículo 19. La autoridad de la Comarca apoyará y garantizarán la ejecución eficiente de todas las actividades en beneficio de la salud comunitaria.

En las leyes de cada comarca se señala que las instituciones públicas que funcionen en la región serán las encargadas, en coordinación con las autoridades tradicionales, de analizar los recursos que brinde las diferentes entidades de gobierno para la atención de las diferentes necesidades en las comarcas indígenas. Por lo tanto, las autoridades indígenas en conjunto con las instituciones nacionales y autoridades gubernamentales como diputados, alcaldes, representantes de corregimientos y concejales tienen que desarrollar un trabajo en coordinación. Sin embargo, gran parte de los puestos de estas instituciones son ocupados por funcionarios desvinculados con las poblaciones indígenas y, los Congresos Generales Indígenas no participa en la recomendación de personas idóneas para los cargos, surgiendo así la falta de coordinación entre ambas instancias. Por eso, se observa que los Congresos Generales Indígenas trabajan sin coordinación cuando surge un conflicto en los territorios o cuando las autoridades tradicionales asisten a las oficinas gubernamentales casi no tienen apoyo de las autoridades gubernamentales indígenas. Según las autoridades tradicionales, el personal indígena gubernamental en ocasiones desconoce las autoridades de las comarcas y no desarrolla un trabajo eficiente dirigido a solucionar los problemas en las comarcas indígenas. También cuando solicitan un apoyo para resolver un problema en la región estas autoridades gubernamentales indígenas manifiestan que no tienen presupuesto, equipo de trabajo (bote, motor fuera de borda, carro, combustible, etc.) para resolver el problema. En ese sentido, existe falta de coordinación entre diputados, alcaldes, representantes de corregimientos y con las instituciones nacionales en cada región comarcal con las autoridades de los Congresos Generales Indígenas.

Considerando todos estos aspectos antes mencionados, es necesario para el desarrollo de las actividades antimaláricas, que exista una real coordinación de forma permanente entre las autoridades de salud, las autoridades tradicionales de la comarca y locales de cada una de las comunidades donde se tenga programado realizar intervenciones antimaláricas.

7.1.3 FASE No.3 Intervención a nivel de los prestadores del servicio de salud

El personal de salud a nivel local es la cara que refleja la misión y visión del MINSA. Ellos son los que están en mayor contacto con las personas en su diario vivir y conocen

sus necesidades. En esta fase de intervención es primordial el dotar al personal de salud de la comarca de Madungandi con cada una de las herramientas que necesitaran para la realización de su trabajo. Estas herramientas no involucran únicamente el recurso económico, sino también el cognitivo en relación a los conocimientos que deben manejar para relacionarse debidamente con el pueblo indígena.

El pueblo kuna mantiene conocimientos tradicionales muy arraigados que definen su modo de vida y actuar. Para el kuna, todos los elementos de la naturaleza están interrelacionados entre sí y cuentan con una dimensión espiritual. El significado de la malaria, la importancia que juega la medicina tradicional, el respeto a las autoridades indígenas, son todos aspectos que el funcionario de salud requiere conocer a cabalidad antes de adentrarse a trabajar en el área comarcal.

Objetivo:

Dotar al personal de salud que trabaja en el área comarcal de los conocimientos culturales propios a la región de trabajo, de manera de que puedan comprender la cosmovisión del pueblo kuna.

Actividades:

1. Realizar talleres de conocimiento sobre la memoria histórica del pueblo kuna dirigidos al personal de salud que labora en el área indígena comarcal

Cada pueblo tiene un pasado, una historia y héroes que han forjado esa historia. Los pueblos sienten orgullo de su pasado y veneran a sus líderes. La comunidad kuna no escapa de esto, máxime que sus líderes y antepasados dejaron cantos orales con respecto al cuidado de la Madre Tierra. La verdadera historia del pueblo kuna se encuentra encerrada en estos cantos, y el conjunto de los mismos recibe el nombre de Tratado de Bab Igar (Reverte J, 2011). Es a través de este tratado donde el kuna aprende el verdadero significado de la vida, el amor por la Madre Tierra, el respeto a la naturaleza y la necesidad de proteger los bosques y los recursos naturales.

El funcionario de salud que comprenda de manera básica la memoria histórica del pueblo, podrá comunicarse de manera más amplia con la comunidad. En el caso del funcionario de control de vectores, ellos pueden motivar a la comunidad a eliminar los criaderos de mosquitos, haciendo alusión a los tratados kunas que enfatizan el respeto y cuidado de la Madre Tierra. En el caso de promoción de la salud, el material educativo para la comarca debe también presentar alguna frase o imagen que haga referencia a la memoria histórica del pueblo y que motive al cuidado de la salud y del ambiente.

Toda capacitación que se brinde, todo material educativo que se confeccione debe considerar la colaboración y participación de las autoridades tradicionales, grupos comunitarios organizados y actores sociales claves. La elaboración de todo material educativo debe ser culturalmente adaptado e iniciar con una alusión a los conocimientos tradicionales kunas y a los líderes que forjaron su historia. Esta

estrategia es muy poderosa por las siguientes razones:

- Denota respeto ante los saberes ancestrales
- Permite a los kunas crear una unión entre los tratados dejados por sus antepasados y la gestión de salud
- Motiva al pueblo a actuar, a sabiendas que es un mandato encontrado dentro de su propia historia.

2. Dotar al personal de salud del área comarcal con los conocimientos mínimos de la lengua kuna que requieren para comunicarse efectivamente con la población

El pueblo kuna a lo largo de la historia ha luchado por preservar su lengua, la cual sigue vigente, en especial en la Comarca de Madungandi en donde su población es muy conservadora de su cultura y tradiciones. En la comarca aproximadamente un 50% de la población es monolingüe en la lengua kuna. Este porcentaje es mayor en las mujeres y en la población anciana, casualmente siendo estas personas de mayor edad que generalmente tienden ocupar los puestos de autoridades tradicionales. Resulta necesario para todo el personal de salud que labora en el área comarcal conocer vocablos básicos para saludar a las personas en su idioma y de esta manera demostrar respeto cultural.

Es fundamental que el personal de salud tome en cuenta que los pueblos indígenas y sus tradiciones han sido históricamente discriminados. El saludar al kuna en su lengua rompe este legado de discriminación y crea puentes de comunicación que apoyarán a fortalecer la gestión de salud. En el último capítulo de esta guía se incorpora un glosario de términos que el personal de control de vectores debe manejar al visitar las viviendas de la comunidad para efectuar sus acciones de monitoreo de la malaria. Glosarios similares deberán efectuarse para el resto del personal de salud que labora dentro de la comarca o atienden a los indígenas al llegar a las instalaciones de Salud.

3. Incorporar al sistema de salud la participación de personal de salud kuna o que domine la lengua kuna.

La comunicación efectiva es primordial para el éxito de las relaciones humanas. Si se quiere que la población de la Comarca adopte nuevas prácticas de prevención y control de la malaria, hay que garantizar que la información sea comunicada de manera efectiva. Esto se dará en la medida que ambas partes hablen el mismo idioma. Para garantizar esto, el MINSA debe promover la contratación de personal kuna que labore dentro del área comarcal. Esto se puede lograr incentivando la capacitación de jóvenes kunas como promotores de salud, inspectores de saneamiento, o inspectores de control de vectores. El contar con más cantidad de personal de salud kuna laborando en el área comarcal contribuirá significativamente a ampliar los canales de comunicación y que la información llegue de manera adecuada a las comunidades.

En caso de no poder darse la contratación de personal kuna en salud, otra estrategia sería incorporar a intérpretes kunas que apoyen al personal de salud cuando entra a las comunidades o hacen intervenciones ante el congreso. Por lo general, cuando se conversa ante el sahila, este cuenta con su propio intérprete que traduce de acuerdo a lo que el comprenda. Para evitar esto, se recomienda que el personal de salud cuente con su traductor propio que conozca exactamente lo que se quiere transmitir a las comunidades.

Indicadores de Progreso

- Personal de Salud del área comarcal con conocimiento básico sobre los tratados Kunas de Bab Igar y los héroes historias que forjaran la nación kuna
- Aumento de la cantidad de funcionarios de salud de la etnia kuna o que dominan la lengua kuna

7.1.4 FASE No.4 Intervenciones a nivel de las autoridades, líderes y médicos tradicionales

La Comarca Kuna de Madungandi constituye una división político especial, en donde su funcionamiento, organización y administración son regidos por la Carta Orgánica Administrativa, en ella se establecen los lineamientos por los cuales se deben regir los pobladores de la comarca. El análisis de estos lineamientos conforma un marco jurídico transcendental para asimilar las particularidades de esta región del país en comparación con otras donde reside población latina. A continuación presentamos algunos artículos de sumo interés:

Artículo 19. Las autoridades de la Comarca apoyarán y garantizarán la ejecución eficiente de todas las actividades en beneficio de la salud comunitaria.	Artículo 17. El Ministerio de Salud y los centros especializados, tendrán la responsabilidad de garantizar la salud de la población de la Comarca Kuna de Madungandi
Artículo 63. El Congreso General, conjuntamente con los organismos competentes del Estado, tomará las medidas necesarias y adecuadas para hacerle frente con prontitud y eficiencia a cualquiera epidemia o amenaza de epidemia que surja en la comarca	Artículo 18. Para cumplir con su misión, el Ministerio de Salud y los centros especializados, desarrollarán investigaciones sobre enfermedades y medicinas tropicales, programas de salud comunitaria, infantil y familiar, así como actividades de asistencia para el desarrollo alimentario y nutricional de la población kuna, con la participación del Congreso General Kuna.

Estos articulados reflejan que dentro de los límites Comarcales, los aspectos de salud estarán regidos no únicamente por el MINSA, como ocurre en las provincias de Panamá, sino que involucra la articulación con las autoridades indígenas que son las que tienen el compromiso de proteger y garantizar la identidad, los derechos políticos, las costumbres y tradiciones del pueblo. En este sentido, es importante involucrarlas en la gestión que desarrolla el MINSA.

Objetivo:

Involucrar a las autoridades comarcales indígenas, líderes y médicos tradicionales como contrapartes en la gestión de salud que lleva a cabo el MINSA para controlar la Malaria dentro de la Comarca.

Actividades:

1. Promover la participación del personal de salud en los congresos comarcales y regionales.

En la comarca de Madungandi existen cuatro clases de congresos:

- Congresos locales: Que se realizan a lo interno de cada comunidad
- Congresos Regionales: Un congreso regional que agrupa a las comunidades de tierra firme y otro que agrupa a las comunidades del sector lago
- Congreso Comarcal: que agrupa a las 14 comunidades
- Congreso tradicional: es una modalidad de congresos locales, regionales o comarcales, en donde los temas a discutir no son políticos, sino más bien de tipo cultural. El Sahila entona cantos que luego son traducidos a una lengua kuna más sencilla por el “*argar*” o traductor.

El Congreso es una actividad que guarda mucho simbolismo cultural. Esta es una experiencia que une los lazos dentro de la comunidad y en la cual se discuten temas políticos de gran trascendencia. Para participar del congreso, el personal de salud puede solicitar el cronograma de reuniones establecido y a través de una nota escrita, pedir una cortesía de sala. El congreso está por lo general muy anuente a entregar estos espacios dado que así pueden también recibir información de los proyectos que se desarrollan en su comarca. Estas cortesías de sala pueden ser utilizadas para dar informe de los índices de malaria a nivel comarcal, enfatizar las medidas de prevención y dar avances de los proyectos que se realizan en la región.

2. Realizar talleres conjuntos entre el MINSA y las autoridades tradicionales, grupos comunitarios organizados y actores sociales claves

Dado que las autoridades indígenas tienen también la responsabilidad de velar por la salud dentro del área comarcal, es importante el involucrarlas en las reuniones de salud que se realizan. En este sentido, se recomienda cada cierto tiempo, tener reuniones conjuntas de trabajo, colaboración y participación entre el personal del MINSA y las

autoridades indígenas donde se presenten, analicen y se aporten nuevos elementos a los planes y programas desarrollados dirigidos a la Comarca de Madungandi. En estas reuniones es también recomendable invitar a los grupos comunitarios organizados y actores sociales claves de la comarca (ej.: médicos tradicionales), siempre y cuando se cuente con la anuencia de las autoridades indígenas.

El sistema de salud indígena kuna cuenta con una serie de especialistas entre los que están los “*Nele*”, los “*Obsaguedi*” y los “*Inatuledi*” (Reverte, 2001). Cada uno cuenta con un área de acción específica. Es importante que los funcionarios de salud aprendan también en relación de las prácticas que estas personas realizan y que se adquiere con años de experiencia y dedicación. Las reuniones conjuntas contribuirán a fomentar el respeto ante ambos gremios, motivar al intercambio de conocimientos y promover mayores niveles de coordinación.

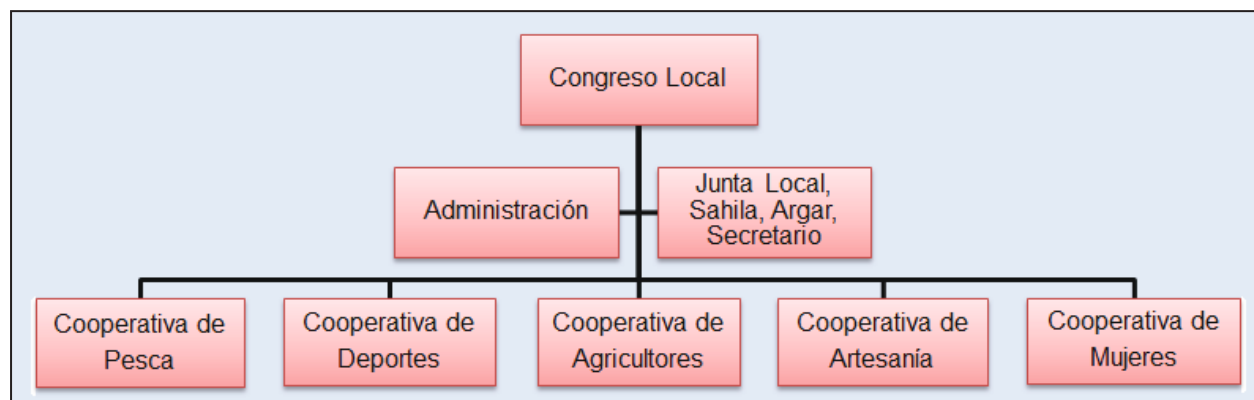
Indicadores de Progreso:

- Incremento en las cortesías de sala solicitados por parte del MINSA en los diversos congresos que se realiza a nivel comarcal.
- Número de talleres que se realizan con colaboración y participación tanto de funcionarios de salud como por autoridades y médicos tradicionales, como también a los actores sociales indígenas.

7.1.5 FASE No.5 Intervenciones a nivel comunitario

Históricamente, las comunidades indígenas Kunas se caracterizan por ser altamente organizadas. Esta es una potencialidad que facilita el abordaje de toda acción que se quiera realizar, dado que el grupo sigue las normas establecidas por sus líderes y superiores (Figura 7). En general, las comunidades de la Comarca Kuna de Madungandi siguen este patrón organizacional:

Figura 7. Intervenciones a nivel comunitario de la metodología de interculturalidad



Fuente: CGK de Madungandi, 2011

La identificación de aquellas personas que ejercen algún tipo de influencia, aparte de los Sahilas, es entonces uno de los primeros pasos que aseguran el éxito de todo proyecto o iniciativa para su sostenibilidad en el tiempo. El acercamiento a los sahilas se tiene que dar en una primera instancia como medio de socialización y abogacía de todo proyecto. Este paso se debe complementar con la identificación de los líderes comunitarios y con un acercamiento a ellos para la coordinación y desarrollo de las acciones concretas de trabajo.

Objetivo:

Aprovechar el sistema de organización propio del pueblo Kuna para promover las acciones de prevención de la malaria que desarrolla el MINSA.

Actividades:

1. Identificación de los líderes comunitarios, grupos organizados y actores claves de la comunidad

La participación social de la comunidad indígena va a estar supeditada al grado de involucramiento de sus autoridades y actores sociales claves. Esto significa que primero habrá que saber quiénes son los líderes, promover su participación activa y de esta manera atraer al resto de la comunidad. Para ello se requiere conocer la jerarquía de organización en las comunidades y el mecanismo de consulta que se deben de seguir. Es muy común que los funcionarios de salud por desconocimiento no sigan estos protocolos de consulta y no consigan que la comunidad participe de las acciones que realizan.

Es importante que el funcionario de salud conozca quienes son los Sahilas, quiénes son los dirigentes de organizaciones y quiénes son los ancianos del pueblo que gozan del respeto público de la comunidad. Estos serán los mejores aliados en la gestión de salud que se realice en las comunidades.

2. Desarrollar programas de salud dirigidos específicamente a la mujer indígena, con un fuerte componente de promoción de la salud.

La mujer indígena desempeña un papel importante en el mantenimiento de la salud de la familia. Durante el día, el hombre por lo general está trabajando o está participando del Congreso en caso se esté realizando. Las mujeres quedan en casa al cuidado de los niños y los animales. Es ella la que por lo general recibe al funcionario del MINSA y decide si se aplica el rociado residual con insecticida en la casa y si se toman los medicamentos. Las mujeres se sienten mucho más interesadas en el tema de la Malaria, dado que son ellas las que permanecen en el hogar y al cuidado de los niños.

Definitivamente las mujeres representan una fuerza invaluable, son administradoras de tiendas de abastecimiento y cuentan con lugares propios para sus reuniones y venta de artesanía. Esta capacidad de organización puede ser utilizada de manera pro-activa en

la lucha contra la malaria. Para lograr esto se requiere dotarlas de mayores conocimientos relacionados con la enfermedad, la importancia del rociado de la vivienda, la toma de la muestra de sangre, y el tratamiento con las pastillas.

Es importante de enseñarles maneras en que ellas como mujeres pueden ayudar a prevenir y controlar la malaria, como es el caso de las jornadas de limpieza comunitarias y el uso de mosquiteros y repelentes. Las mujeres son una población receptora a asumir cambios conductuales siempre y cuándo entiendan el valor que esto representa para el mantenimiento de la salud de sus hijos y familiares.

3. Colaboración y participación de las autoridades tradicionales y actores sociales claves en el desarrollo y ejecución de planes y programas sanitarios contra la malaria

Un componente importante y la razón de todo, es la participación e involucramiento de las autoridades tradicionales y los diferentes actores comunitarios de las poblaciones indígenas. A través del tiempo se ha podido observar que una de las limitantes en el abordaje y sostenibilidad de los planes y programas sanitarios implementados por los servidores de la salud, es que a la población indígena no se le brinda información culturalmente adaptada de manera continua sobre la malaria y otros problemas de salud. Esta falta de información o educación sanitaria hace que las poblaciones indígenas desconozcan y no participen en las actividades dirigidas a prevenir y controlar la malaria.

La participación de la comunidad constituye un fin y un medio para lograr contribuir a prevenir y controlar la malaria, solo con el involucramiento y participación de la comunidad y su conjunto que la componen se podrá influir positivamente en la salud de la población indígena. Para lograr un abordaje intercultural de la malaria, se requiere que los servicios de salud desarrollen procesos culturalmente adaptados, que tengan como punto de partida el conocimiento y reconocimiento de la realidad local, sus habitantes y cultura, y la noción o conocimiento sobre la salud y enfermedad existentes en cada comunidad indígena. El abordaje intercultural en el componente comunitario es permanentemente adaptado a las condiciones y realidades locales y su objetivo es ser un instrumento facilitador. Por esta razón deberá ser enriquecido con las experiencias y los recursos existentes en la localidad.

Una vez los servidores y el sistema de salud, se sensibilicen sobre la importancia del abordaje intercultural, las actividades deberán desarrollarse desde el nivel local con la participación activa y consciente de las autoridades tradicionales, grupos organizados comunitarios y actores sociales claves de cada una de las comunidades.

Una vez cumplida esta primera fase, es necesario realizar un análisis local en conjunto con las autoridades tradicionales y actores comunitarios sobre la malaria, con el objetivo de generar un proceso dinámico y con mutuo aprendizaje, que permite a los diferentes actores conocer sobre la malaria como problema y sus posibles soluciones.

Este proceso permitirá reconocer el papel y función de cada actor comunitario, su estructura organizativa, el recurso humano, dificultades y potencialidades de cada una de las personas, organizaciones y la comunidad en general. Seguidamente, una vez reconocida y analizada la malaria como problema de salud en la comunidad, con la contribución de cada actor social y los servidores de la salud, se prioriza las intervenciones a realizar para la prevención y control de la malaria. Reconociendo, la situación real, el comportamiento ideal y las potencialidades para prevenir y controlar esta enfermedad.

3. Involucrar al sector educativo en las acciones de promoción de la salud y prevención de la malaria que realiza el MINSA

La presencia del MEDUCA está muy marcada dentro de la comarca de Madungandi dado que en casi todas las comunidades existe un centro académico. El crear alianzas estratégicas de trabajo con ésta institución refuerza en gran medida las acciones de divulgación de información concerniente a la malaria en niños y adolescente.

Se recomienda el realizar acciones conjuntas entre las dos instituciones: MINSA-MEDUCA, como es la reactivación de los grupos caza mosquitos en las escuelas. Los docentes ejercen una fuerza muy positiva, dado que a pesar de no se parte de la comunidad, sí gozan del respeto de los miembros de la comunidad. Muchos de los docentes llevan años en el área y repercuten mucho en la educación de la población tanto por la materia que imparten, como por las relaciones que mantienen con prácticamente toda la población en edad escolar.

Es importante igualmente enfatizar que con los niños y la población joven se facilita la internalización de nuevos patrones de conducta. Ellos son los más susceptibles a realizar las actividades de prevención comunitaria de la malaria, especialmente si se realizan como actividades que forman parte de su vida educativa.

Indicadores de Progreso:

- Porcentaje de líderes y organizaciones indígenas de la comunidad que participan activamente en las acciones que desarrolla el MINSA para la prevención de la Malaria.
- Número de actividades dirigidas específicamente a la mujer indígena, tomando en cuenta sus características de género y necesidades especiales.
- Aumento de desarrollo de procesos para la atención de la malaria culturalmente adaptado por parte de los trabajadores de la salud y el sistema de salud.
- Incremento del reconocimiento de la realidades locales y la potencialidades de cada una de las personas, organizaciones y la comunidad en general por parte de los trabajadores de la salud y el sistema de salud.

- Número de procesos desarrollados para el enriquecimiento del abordaje intercultural mediante la incorporación de las experiencias y los recursos existentes en la localidad.
- Incremento en la cantidad de actividades conjuntas que realizan MINSA – MEDUCA a nivel de la comarca.

8. Pasos que el del funcionario debe seguir al realizar trabajo de campo en una comunidad Indígena

Cuando se va a realizar una actividad relacionada con un plan, estrategia, programa o intervención sanitaria por parte de los trabajadores de la salud o el sistema de salud en comunidades indígenas localizadas dentro de la Comarca de Madungandi, es necesario seguir varios pasos, considerando la estructura organizativa y administrativa que rigen en la comarca de acuerdo a las leyes y normas que regulan todas las actividades que se desarrollan dentro de la comarca. El primer paso que se debe realizar, es solicitar mediante nota firmada por la autoridad de salud correspondiente una cortesía de sala al Congreso General de la Comarca de Madungandi (CGCM), con el objetivo de informar la actividad a las máximas autoridades tradicionales de la comarca para que otorguen su anuencia, colaboración y apoyo.

Es importante tener presente, que El Congreso General Kuna es el máximo organismo político-administrativo de deliberación y decisión de la comarca; sus pronunciamientos y resoluciones son de cumplimiento obligatorio desde su divulgación, para todas las autoridades, comunidades de la comarca, instituciones nacionales, privadas o/y personas que se encuentren por algún motivo en el territorio de la comarca.

Se recomienda que una vez enviada la nota a las autoridades tradicionales se de seguimiento a la misma, debido a que el congreso se reúne en fechas específicas, si la actividad a realizar está programada antes que se reúne el congreso, el mismo tendrá que programar una reunión extraordinaria para atender dicha solicitud de las autoridades de salud. Una vez se tenga la fecha de la cortesía de sala, se debe tener previsto entregar por escrito el plan, proyecto o trabajo a realizar, ya que el congreso puede considerar enviar dicha información al Comité Técnico del Congreso para tener su opinión, para así posteriormente dar su anuencia o no a la solicitud enviada al Congreso. Es muy importante, el respeto a las autoridades tradicionales, quienes ven ese respeto reflejado en la responsabilidad y cumplimiento de la asistencia en la fecha, hora y lugar definido por el CGCM. Igualmente, al momento de realizarse la reunión respetar sus costumbres, tradiciones y prácticas culturales.

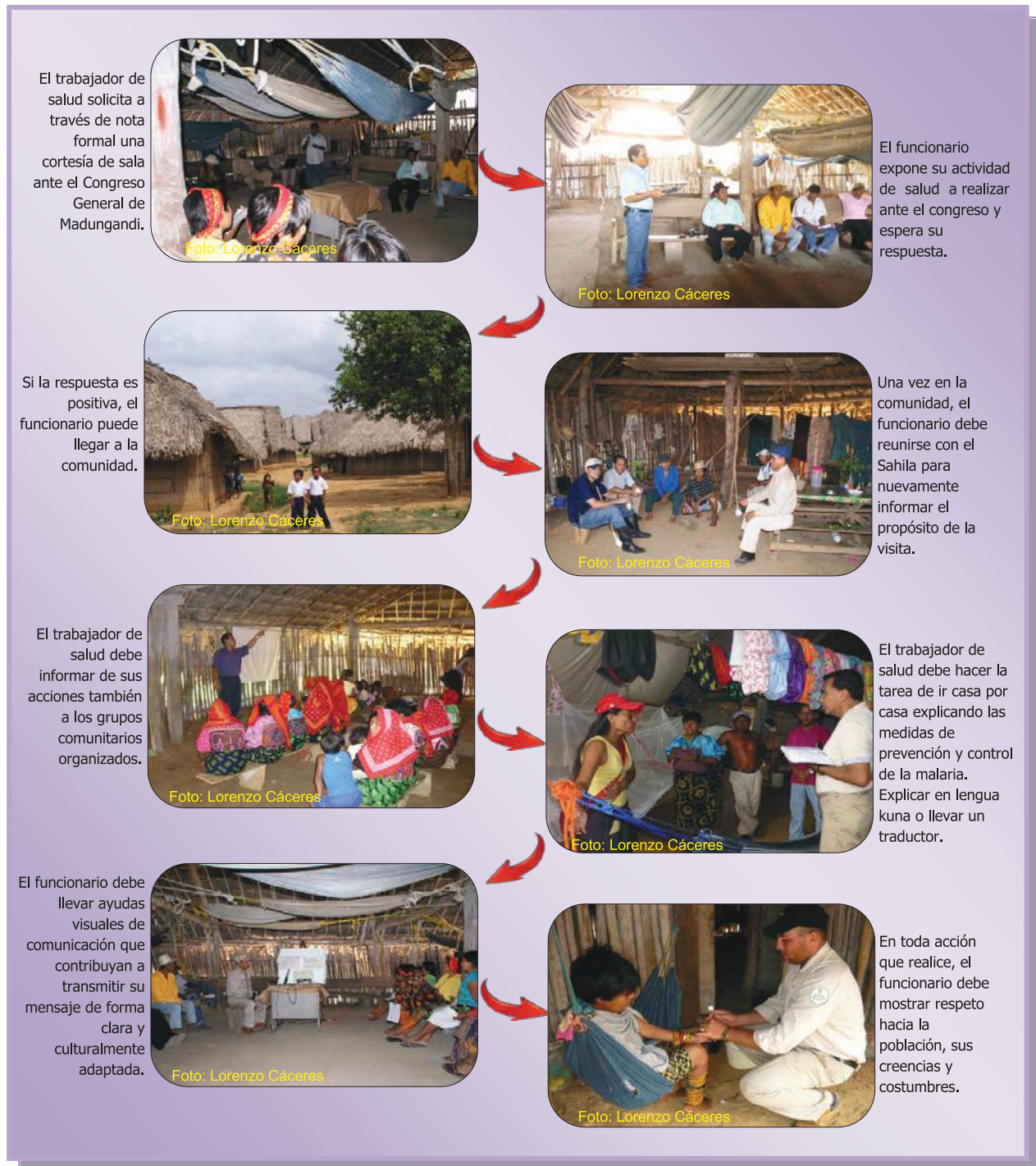
Una vez se tenga la anuencia del CGCM, el siguiente paso es enviar esta misma solicitud a cada uno de los Sahilas o Congresos Locales de cada una de las comunidades donde se va a realizar las actividades sanitarias, igualmente, se debe dar seguimiento a las notas enviadas a cada uno de los Congresos Locales. Se recomienda, hacer acto de presencia en el Congreso Local, para exponer de forma muy clara el desarrollo de las actividades sanitarias a las autoridades tradicionales y así evitar confusiones o desconciertos, responder interrogantes y opiniones de los

miembros del congreso, integrantes de la comunidad y actores sociales claves. Igualmente, es importante considerar, que el Congreso Local es el máximo organismo de expresión religiosa, cultural y político-administrativa de una comunidad; sus decisiones son de cumplimiento obligatorio para las autoridades y miembros de esa comunidad y demás personas que se encuentren en ella. Hay que considerar que los congresos locales, pueden llegar a tener una opinión o decisión distinta al CGCM en cuanto a las actividades a realizar, por lo que es importante brindar toda la información necesaria a las autoridades tradicionales locales. Es importante indicar, que cualquier actividad que se realice debe ser informada mediante nota a las autoridades, con fecha de inicio, cuantos días demora la actividad, detallar los sitios donde se realizará la misma y cuantos funcionarios participaran. Igualmente, se recomienda para que la actividad o trabajo sanitario a realizar cuente con el apoyo y colaboración de la comunidad, reunirse con los grupos comunitarios organizados y actores sociales claves de cada una de las comunidades, de esta manera se puede esperar que la actividad tenga un mayor impacto y sea sostenible en el tiempo. En las reuniones con los grupos organizados y actores sociales claves, se debe informar todo sobre el trabajo sanitario a realizar, intercambiar opiniones, considerar sus contribuciones y potencialidades para solucionar los problemas de salud de su comunidad (Figura 8).

Cuando inicie el trabajo sanitario en las comunidades, es importante que los prestadores de salud siempre respeten las tradiciones, costumbres, prácticas y cultura kuna, como también a cada una de las personas que el funcionario de salud atienda. Por otra parte, los prestadores de salud que trabajen en estas comunidades, deberán tener conocimiento de los reglamentos internos que tienen los congresos locales, que rigen en cada una de estas comunidades, donde existen prohibiciones y deberes para todos los miembros de la comunidad y también para los visitantes. Finalmente, una vez termine la actividad en la comunidad, se debe brindar un informe preliminar a las autoridades tradicionales locales de la actividad o trabajo sanitario realizado. Cuando se tenga toda la información de la actividad o trabajo realizado, por último, se deberá enviar un informe final oficial al CGCM y a cada una de las autoridades tradicionales locales.

Es recomendable, que los servicios de salud, cuente con un interprete de la lengua kuna que conozca sobre el trabajo o actividad sanitaria al momento que se haga la presentación a las autoridades tradicionales o a los miembros de la comunidad, debido a que los interpretes de los congresos o de las comunidades pueden llegar a informar a su modo de ver o comprender una información que no es la debida o que no se informe de la mejor manera, esto puede traer como consecuencia un mal entendimiento o comprensión y consecuentemente una mala comunicación sobre el trabajo sanitario que se desea realizar.

Figura 8. Flujograma a seguir para desarrollar actividades sanitarias en la Comarca de Madungandi.



9. Glosario de palabras y frases kunas utilizadas en la prevención, vigilancia y control de la malaria

A continuación se presenta un breve glosario de términos o frases en lengua kuna y su traducción en español para que sirva de ejemplo y apoyo a la gestión que realizan los funcionarios de control de vectores dentro de las comunidades indígenas kunas. Para la elaboración del mismo, se recrearon escenas de los diálogos que el personal de control de vectores desarrolla al momento de realizar una visita a las viviendas en las comunidades indígenas y al momento de realizar una actividad antimalárica. También se incorpora una guía con la ruta que el funcionario de salud debe realizar al llegar a una comunidad. Como parte de este modelo intercultural se propone que guías similares sean confeccionadas y utilizadas por todos los funcionarios de salud que laboran dentro de la comarca.

Glosario:

Frases en español	Lengua Kuna
Búsqueda de casos sospechosos de malaria	
1. Mi nombre es	1. An nuga
2. Soy un funcionario de Control de Vectores	2. An arbaed gwi gine
3. Permiso para revisar la tarjeta	3. Nuedgine sabga absoged
4. Cantos años tiene?	4. Igi birga be nigga
5. Es usted el responsable de la casa	5. Be Neg ibed
6. Cuantos viven en la casa	6. Bigwa neguuya gine mamaid
7. Cuantos niños viven en la casa	7. Bigwa mimigan neguuyagine mamaid
8. Cuantos adultos viven en la casa	8. Bigwa sergan neguuya gine mamaid
9. Está embarazada	9. Gurgin nigga gudid
10. Está tomando otros medicamentos	10. Ina bai begosid
11. Alguien está con fiebre?	11. Doa uelege?
12. Tiene escalofrío?	12. ¿be wawanmagged?
13. Cuando fue la ultima vez que le dio fiebre?	13. ¿Sana be nabbi uelesa?
14. Ha visitado otro lugar hace dos semanas?	14. ¿itobodo bai neg se arbi?
15. Alguno de ustedes ha viajado a otra parte?	15. ¿Doa baid neggweburse arbi?
16. Alguna persona ha llegado de otra parte?	16. ¿Doa guenagan bai neggweburgined warmanonigi.
17. De dónde?	17. ¿Biali?
18. Vamos a tomar una muestra de sangre	18. Anmar gwable abe sumalo..
19. Ha comido algún alimento?	19. Mas be gudssa.?
20. Busque un vaso con agua	20. Amie dii nog gine.
21. Tiene que tomar esta pastilla contra la malaria	21. Ina gwi be gobe mer bonigoordiggid bargue gala.
22. Al tomar las pastillas puede sentir dolor de estómago o diarrea	22. Ina gwi be gobele imbaggwa sadib o disegad nanaoed.
23. Debe completar el tratamiento o no se curara	23. Sogeba ina goboe o be nuguo suli.
24. El tratamiento dura siete días	24. Iba gugle ina goboed.
25. Estaremos visitándolo para completar el tratamiento	25. Anmar balibali negse nanaoe gwable ina gobega.
26. Si termina el tratamiento se sigue sintiendo mal, ir al centro de salud	26. Ina gwable gobsale anba boni be nigga, be nuedgine centro de saludse naoe.
27. Algunos deberán tomar las pastillas para prevenir la malaria	27. Gwenagwena nuedgine ina goboed mer bonigoordiggid guegala.

Frases en español	Lengua Kuna
Medidas de Prevención	
28. Si tiene criaderos de mosquitos cerca de la casa elimínelos	28. Gwi gualuleged niggale neg diggarba obelege
29. Hacer canales para evitar las aguas estancadas	29. Napa gwise di sunnasulid onogoe.
30. Rellene los charcos	30. Dimadda yogge.
31. Si tiene mosquitero úselo todas las noches	31. Doldo nigale muddig banebane ebumalo
32. Mantenga la casa y alrededores limpios	32. Neguuya gine galimba moga swilidig ague.
33. Participe de trabajos de limpieza en la comunidad	33. Anmar gwable bulagwa neg swilidigsaedgi arbae.
34. Si tiene fiebre visite el Centro de Salud o al personal de control de vectores	34. Uelege itogele nae Centro de Salud see SNEM.
35. Acuda al centro de salud	35. Namaloe Centro de Salud see.
36. Organice jornadas de limpieza en la comunidad	36. Neg ggueburgi swilidignegsaed oilemagge.

Frases en español	Lengua Kuna
Personal de Salud	
37. Inspector de Control de Vectores	37. Sanburbagi arbaedmaala
38. Enfermera	38. Gwi gine arbaed
39. Médico	39. Centro Salud arbaedmala
40. Auxiliar	40. Nel waga
41. Laboratorista	41. Nel bendagged
42. Centro de Salud	42. Centro de Salud
Frases utilizadas al momento de rociar una vivienda	Lengua Kuna
43. Mi nombre es	43. An nuga
44. Soy funcionario de Control de Vectores	44. An arbaed snem gine
45. Es usted el responsable de la casa	45. Be Neg ibed
46. Me da permiso para rociar su casa para acabar con la malaria	46. Nuedgine be neguuya an buu saed gwi ogiloged
47. El insecticida mata los mosquitos que transmiten la malaria	47. Ue ina gwi ogiloged mer kwi boni nasguegar
48. Tiene tarjeta	48. Sabga nigga
49. Acompañeme a mover las cosas al centro de la casa	49. An bardagge ibmar urbe negabar gine
50. Hay que cubrir todos los utensilios de cocina y alimentos	50. Gwable orsar y masi edue.
51. Hay quitar todo de las paredes	51. Gwable galugine imarnanaid onire.
52. Todas las personas deberán salir de la casa	52. Gwable dule neguuyagine nomaloe
53. Su vivienda ha sido rociada	53. Be neguuya buu gine gusa.
54. Luego de una hora puede volver entrar a la casa	54. Wadsi gwensag gine neg yaba ubomaloe.
55. El rociado dura cuatro meses	55. Ina buu niibagge seleleged
56. No limpie, no sacuda y no lave las paredes rociadas	56. Mer neg nudagoed, mer galu enuked.

Frases en español	Lengua Kuna
Frases comunes	
57. Mosquito	57. kwii
58. Fiebre	58. Ueleged
59. Dolor de cabeza	59. Nononunmaged
60. Vómitos	60. Aged
61. Diarrea	61. Disegad
62. Malaria	62. Bonigordigid
63. Enfermo	63. Ueleged
64. Estoy bien	64. An nuedi
65. Lago, laguna	65. di nanaid
66. Casa	66. Nega
67. Congreso local	67. Onmaked Negkuebur
68. Casa de la chica	68. Ina-Nega
69. Cocina	69. Sogag-Nega
70. Beber agua	70. di gobe
71. El río	71. di wala
72. Agua potable	72. di nuedi
73. Charco	73. di mata
74. El agua de lluvia	74. di wied
75. Sí	75. Eye
76. No	76. Suli
77. Amigo (a)	77. Anai
78. Hola	78. Déguite
79. Cómo estás?	79. Nue ganbi-be?
80. Cómo te llamas?	80. Igui be nuga?
81. Mi nombre es	81. An nuga...
82. A donde vas?	82. Bia be nae?
83. Ven	83. Dague
84. Hasta luego	84. An bedako
85. Hasta mañana	85. Banemalo
86. Enfermedad, epidemia, espíritu malo	86. Boni o poni
87. Especialista en cantos que alejan los espíritus responsables de la enfermedad	87. Absogued
88. Especialista en el mundo espiritual	88. Nele
89. Especialista en botánica	89. Innatuledi
90. Fuma de la pipa	90. Waa Ued

10. Conclusiones

1. Las barreras culturales son un reto que el MINSA debe afrontar en grupos poblaciones como los indígenas Kunas. No es posible que esta etnia que cuenta con su propio sistema de salud, su lengua, sus tradiciones e incluso toda una normativa jurídica se le atienda bajo los mismos lineamientos y estrategias que al resto de la población. Existen características propias de este pueblo que lo diferencian del resto de la población panameña y que deben de tomarse en cuenta a la hora de brindarles una atención de salud.
2. Es importante que el MINSA abandone la política reactiva de intervención, es decir, el acudir a la comunidad al momento del brote de malaria. Es justamente en este momento en que se activan las soluciones tradicionales de los indígenas, tales como la fuma de la pipa y la quema del cacao. Son estas soluciones tradicionales las que obviamente chocan con las intervenciones del MINSA. En este sentido, la vigilancia y medidas de control deben realizarse de manera permanente a lo largo de todo el año.
3. El beneficio directo de la implementación de este modelo de abordaje intercultural de la malaria será el fortalecer las políticas, planes y estrategias del MINSA en beneficio de la población indígena kuna. Se espera que los lineamientos establecidos contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud en las comunidades indígenas, disminuyendo la problemática de la malaria.
4. El éxito esperado de esta guía se dará en la medida que se implemente de manera integral con todas las instancias involucradas y en conjunto con las autoridades del pueblo kuna, de manera que ellos puedan ejercer su autonomía y velar por la continuidad de sus creencias tradicionales y formas de vida de la comunidad. En un futuro y una vez se hayan obtenido resultados medibles en el tiempo, se podrá extrapolar este modelo de abordaje intercultural a otras regiones indígenas del país y adecuar a otras enfermedades y dolencias.

11. Recomendaciones

1. Implementar la guía de abordaje intercultural de forma integral y sostenible por parte de los programas sanitarios del MINSA, involucrando a otros sectores como educación, ambiente, vivienda, entre otros.
2. Brindar orientación en temas de interculturalidad en salud a los funcionarios que trabajen en áreas indígenas.
3. Promover la contratación de mayor cantidad de funcionarios indígenas para laborar en las áreas de salud comarcales.
4. Involucrar la participación de las autoridades indígenas y líderes comunitarios en el proceso de desarrollo de las políticas, programas y proyectos destinados a las áreas indígenas.
5. Iniciar un proceso de educación intercultural sobre la malaria, sus síntomas y medidas de prevención, en lengua kuna y con medios culturalmente apropiados a todos los sectores de la población.

12. Referencias Bibliográficas

1. **Alvarado, Eligio.** Perfil de los pueblos indígenas de Panamá. Unidad regional de asistencia Técnica y Ministerio de Gobierno y Justicia. Panamá 2002.
2. **Austin M, Tomás R.** Comunicación Intercultural: Conceptos y consecuencias. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.
3. **Cáceres L, Rovira J, García A, Torres R.** Determinación de la resistencia a insecticidas organofosforados, carbamatos y piretroides en *Anopheles albimanus* (Diptera: Culicidae) de Panamá. Biomédica 2011; 31:419-27.
4. **Cáceres L, Rovira J, Torres R, Arsenio García, Calzada J, De La Cruz M.** Caracterización de la transmisión de la malaria por *Plasmodium vivax* en la región fronteriza de Panamá con Costa Rica en el Municipio de Barú, Panamá. Biomédica 2012; 32:557-69
5. **Castillo CS.** Principios epidemiológicos para el control de la malaria. Modulo No. 2. Cuantificación de la malaria como problema de salud. Organización Panamericana de la Salud. 1991; Documento OPS/OMS PNS/90-23(2).
6. **Coba, Elena.** Los Pueblos Indígenas de Panamá: Diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2000. Washington, DC. United States: BID-CEPAL. 2005; 39 pág.
7. **[CGK] Congreso General Kuna.** Anmar Igar. Normas Kunas. Kuna Yala. 2010; 58 pág.
8. **[CGR] Contraloría General de la Republica.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Panamá en Cifras. Años: 60 – 2010
9. **[CGR] Contraloría General de la Republica.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Panamá en Cifras. Años: 60 – 2000
10. Epstein, PR. Is global warming harmful to health? Scientific American 2000; 283: 50-7.
11. **Guerra, Cecilia del Rosario.** Diagnostico situacional del uso del DDT y control de la Malaria en Panamá. PAHO-WHO. Panamá, Marzo 2001.
12. **Instituto Nacional de Salud.** La estrategia sanitaria nacional salud de los pueblos indígenas: avances y dificultades. <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/660/la-estrategia-sanitaria-nacional-salud-de-los-pueblos-indigenas-avances-y-dificultades/jer.660>. (Fecha de consulta: 13/11/12).
13. **Inchauste G y Cancho C.** Inclusión social en Panamá: La población indígena. Banco Interamericano de Desarrollo/Texas A&M University 2010; 41 pág.
14. **Loaiza JR, Bermingham E, Scott ME, Rovira JR, Conn JE.** Species composition and distribution of adult *Anopheles* (Diptera: Culicidae) in Panama. J Med Entomol. 2008; 45:841-51.
15. **Martens, WJM.** Health impacts of climate change and ozone depletion. An eco-epidemiological modelling approach. Environ Health Perspect. 1998; 106 (Suppl 1): 241–51.
16. **[MEF] Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Políticas Sociales.** Perfil y características de los pobres en Panamá. Encuesta de Niveles de Vida – ENV 1997. Ministerio de Economía y Finanzas, Panamá. 1999; 87 pág.
17. **[MEF] Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Políticas Sociales** 2005. La pobreza en Panamá. Encuesta de Niveles de Vida – 2003.

18. **[MINSA] Ministerio de Salud.** Salud de Pueblos Indígenas: Un análisis de las condiciones de Salud de las Poblaciones Indígenas de Panamá. Julio de 2000.
19. **[MINSA] Ministerio de Salud de Panamá.** Documento Marco: Situación de la salud en Panamá. Año 2005.
20. **[OIT] Organización Internacional del Trabajo.** Convenio no. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 3ra. Edición, Impreso en Costa Rica. 1999; 52 pág.
21. **[OPS] Ministerio de Economía y Finanzas.** Dirección de Políticas Sociales 2005. La pobreza en Panamá. Encuesta de Niveles de Vida – 2003.
22. **[OMS] Organización Mundial de la Salud .** Técnicas entomológicas de campo para la lucha antipalúdica. Parte II. Año 1993.
23. **[ONU] Organización de las Naciones Unidas.** Seminario sobre recopilación y desglose de datos relativos a los pueblos indígenas. El concepto de pueblos indígenas. Documento de antecedentes preparados por la secretaria del Foro permanente para las cuestiones indígenas. Cfr. Documentos de las Naciones Unidas E/CN.4/Sub.2/1986/7/Add.4 párrafo 379; Nueva York, enero, 2004
24. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** Informe de la Situación de los Programas de Malaria en las Américas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional (Washington, DC, EUA, 23-27 de Septiembre de 2002). CSP26/INF/3 (Esp.). 3-15, Año 2002.
25. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** La malaria en la población y pueblos indígenas. Orientaciones para el desarrollo y fortalecimiento de los programas de malaria en zonas con población indígena. 2002.
26. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** 47º Consejo Directivo. La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Washington DC: OPS; 2006. Documento oficial: CE138/13
27. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** Encuesta sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP): Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria. Programa regional de acción y demostración de alternativas sostenibles para el control del vector de la malaria sin el uso de DDT en América Central y México, Panamá, 2008
28. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2008. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2010; 279 pág.
29. **[OPS] Organización Panamericana de la Salud.** Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Serie OPS/FCH/CH/08/02.E Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2008.
30. **Prestán, Arnulfo.** Organización social y política de Kuna Yala. Revista Hombre y Cultura, II Época. Universidad de Panamá. 1991; 2:107-59,
31. **[PNUDE] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002. El compromiso con el Desarrollo Humano: Un desafío nacional. Primera Edición; Impreso por: Impresora Pacífico, S.A. 2002; 341 pág.
32. **Reverte, José M.** La medicina Tradicional de los Indios Cunas. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá. Año: 2011

33. **Rocha MB, Ruíz DB y Ferreira EL.** Salud y poblaciones indígenas en América Latina: los casos de Brasil y México. HU Revista, Juiz de Fora. 2010; 3:231-36.
34. **Salinas, Victoria.** Construcciones culturales de la malaria en una localidad indígena de Panamá. Año: 2007
35. **Samudio F, Santamaría AM, Obaldía Nicanor III, Pascale JM, Bayard V, Calzada JE.** Prevalence of *Plasmodium falciparum* mutations associated with antimalarial drug resistance in Kuna Yala, Panama. Am J Trop Med Hyg 2005; 71:839-41
36. **Secretaría de Salud de México.** Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud, Año 2000.
37. **Spencer H.** Epidemiology of Malaria. The Clinics in Tropical Medicine and communicable disease malaria. Strickland GT (ed). Philadelphia, WB Saunders Co. 1986; 1:1-28.
38. **[UNESCO] Organización de las Naciones Unidas para La Educación, la Ciencia y la Cultura.** Declaración de México sobre las Políticas Culturales. Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales. México DF., 26 de julio al 6 de agosto de 1982; 6 pág.
39. **Valiente López, Aresio.** Comarcas indígenas y división política del Estado panameño. Panamá, Conferencia en la Facultad de Derecho de Universidad de Panamá, octubre de 2004.
40. **[WHO] World Health Organization.** World Malaria Report 2005. Geneva: World Health Organization; 2005. Printed in Geneva, 293 pages.
41. **[WHO] World Health Organization.** World malaria report 2011. World Health Organization Global Malaria Programme. Global Malaria Programme. World Health Organization; Printed in Geneva 2011; 248 pages.