

Psicología comunitaria y salud indígena en la Amazonía: La experiencia del Proyecto Chatãee

SERGIO CRISTANCHO, PhD¹

Universidad de Antioquia
University of Illinois

MARCELA GARCÉS, MD, MSPH

Universidad de Antioquia

KAREN PETERS, DRPH

University of Illinois

RESUMEN

Los pueblos indígenas latinoamericanos sufren de grandes inequidades en salud. Desde una perspectiva ecológica en psicología comunitaria, este artículo presenta la experiencia del Proyecto *Chatãee* en el Amazonas colombiano entre 2007-2011. Con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de dos comunidades utilizamos la metodología investigación-acción participativa basada en la comunidad operativizada en cinco fases desarrolladas por Comités Locales en Salud. *Chatãee* identificó estrategias basadas en la comunidad que contribuyeron a disminuir la carga de enfermedades transmisibles y tradicionales, a mejorar las relaciones sociales, y a fortalecer la capacidad comunitaria en salud. Los principales retos fueron limitaciones financieras y participativas. Nuestras reflexiones contribuyen a la creciente literatura en psicología comunitaria e IAPBC para el bienestar de las comunidades indígenas en Latinoamérica. [**Palabras clave:** Psicología comunitaria, IAPBC, salud indígena].

ABSTRACT

Indigenous peoples in Latin America suffer from major health disparities. From an ecological perspective in community psychology, this paper presents the *Chatãee* Project experience which took place in the Colombian Amazon during 2007-2011. Seeking to improve the health conditions of two communities, this project used a community-based participatory research that was implemented by Local Health Committees through five phases. *Chatãee* resulted in the identification of community-based strategies that contributed to decrease the load of transmissible and traditional diseases, to improve social relations, and to strengthen community capacity so as to address local health issues. Main challenges included financial and participation limitations. Our reflections are intended to contribute to the growing literature on community psychology and participatory research to improve Latin American indigenous communities' well-being. [**Keywords:** Community psychology, CBPR, indigenous health].

La psicología comunitaria-PC a través de una metodología participativa puede realizar aportes significativos a procesos de transformación social relevantes para el contexto latinoamericano, y más específicamente, para poblaciones vulnerables como son los grupos indígenas de la Amazonía en dimensiones vitales para su desarrollo como la de salud comunitaria. Esto se logra a través de la relación dialéctica entre teoría y praxis (Montero, 1984). De esta manera, la investigación e intervención en PC debe estar dirigida hacia la solución de problemas definidos como prioritarios por las comunidades y no por limitaciones del campo disciplinar que restringen el quehacer psicológico exclusivamente al campo de la salud mental o al entendimiento de los procesos psicológicos básicos y superiores.

El Foro Permanente de las Naciones Unidas para Asuntos Indígenas [UNPFII] (2010) establece la salud como uno de cinco temas fundamentales para el bienestar de los pueblos indígenas a nivel mundial. En comparación con las poblaciones mayoritarias, gran parte de los/as indígenas sufre inequidades en salud (Bramley, Hebert, Tuzzio & Chassin, 2005), particularmente indígenas de Suramérica (Montenegro & Stephens, 2006). En este contexto, la PC debe contribuir en procesos de desarrollo comunitario orientados a mejorar la salud y las condiciones de vida en general de estas comunidades. Algunas causas subyacentes a las pobres condiciones de salud de los/as indígenas son: 1) la colonización; 2) la falta de vivienda o vivienda inadecuada; 3) la pobreza; 4) la falta de derechos sexuales y reproductivos; 5) la violencia doméstica; y 6) las adicciones (UNPFII, 2010). Sin embargo, las actividades de promoción, prevención y atención en los diferentes niveles del sistema de salud se enfocan frecuentemente en enfermedades específicas, limitadas en su alcance y pertinencia cultural. Por lo cual, la UNPFII sugiere que la prestación del servicio de salud se conceptualice desde una perspectiva indígena que incorpore la salud mental, física y espiritual. En este sentido muchos indígenas utilizan el concepto de “vivir bien” en vez del de salud, salud mental o bienestar, refiriéndose a este como un proceso que involucra armonía en lo físico, lo mental y lo espiritual, así como en las relaciones con los demás y con el medio ambiente (Aguirre, 2011; Martínez-Cobo, 1983). La concepción del “vivir bien” se extrapola al plano colectivo, por ello muchas comunidades indígenas centran sus “planes de vida” (planes de desarrollo local) en este concepto.

Congruente con la multidimensionalidad del concepto de “vivir bien” en comunidades indígenas, este estudio parte de una perspectiva ecológica en PC (Bronfenbrenner, 1979; Rappaport, 1977). La perspectiva ecológica enfatiza que múltiples factores en niveles

sistémicos (micro, meso, exo y macro) se intersectan influenciando el bienestar de las personas. Para lograr el bienestar de las personas es necesario intervenir el contexto ambiental y social de manera que estos favorezcan un desarrollo psicológico positivo (Newbrough, 1973; Rappaport, 1977). Esta perspectiva se presta para el análisis de factores estructurales que impactan el bienestar de las comunidades indígenas, así como las fortalezas asociadas a esas culturas debido a la perspectiva holística que los/as indígenas utilizan para entender y explicar los fenómenos en salud (Swan & Raphael, 1995).

La PC latinoamericana está particularmente interesada en el estudio de factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que las personas puedan ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que les aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 1984). Una de las estrategias más importantes para lograr dichos cambios consiste en el “fortalecimiento” comunitario (Montero, 2004). En efecto, el componente de acción como parte integral del proceso investigativo adquiere la mayor relevancia (Lewin, 1946). Así mismo, la acción para sostenerse en el tiempo debe estar acompañada de procesos educativos y de empoderamiento comunitario (Freire, 1970). Es necesario que la academia trabaje en conjunto con otros sectores incluyendo a las comunidades más afectadas de manera participativa con el fin de fortalecerlas para disminuir las inequidades en salud. Esto implica generar y fortalecer espacios participativos en un ambiente de apropiación, colaboración y responsabilidad (Israel, Eng, Schulz & Parker, 2005) para que la misma comunidad analice las condiciones de salud que le afectan y desarrolle acciones tendientes a lograr mejores condiciones de vida ante la limitada respuesta del Estado para responder a sus necesidades.

Población indígena y salud en el Amazonas

En Latinoamérica hay más de 400 pueblos indígenas reconocidos (Montenegro & Stephens, 2006). El 40% de las 120 millones de personas sin acceso a los servicios de salud en el continente son indígenas (OPS, 2008). En Colombia hay 1.392.623 indígenas (3,43% de la población nacional) (DANE, 2007). La población indígena del Departamento del Amazonas está calculada en 19.000 (43.4% del total), la cual está asentada en 26 resguardos (DANE, 2007). Sus condiciones particulares de salud se desconocen debido a las limitaciones de acceso a los servicios y en los sistemas de información en salud (Rossi & Sarmiento, 1988; Suárez, 2001). De acuerdo con la

Secretaría Departamental de Salud del Amazonas (2008) la mortalidad general en menores de 5 años, la mortalidad por EDA (causa básica de muerte fue enfermedad infecciosa intestinal) y la mortalidad por IRA (causa básica de muerte fue enfermedad respiratoria aguda) son mayores que las nacionales lo cual da indicios de una situación de inequidad. En el 2007 las tres enfermedades con mayor prevalencia fueron infección respiratoria aguda (9.177 casos), enfermedades gastrointestinales agudas (5.426), e infecciones vaginales (1.771). Las enfermedades con mayor porcentaje de cambio entre el 2004 y el 2006 fueron Malaria Falciparum (de 12 a 90 casos, 650%), Hepatitis B (de 0 a 4 casos, 400%) y Malaria Mixta (de 3 a 8 casos, 166%). Algunos de los determinantes sociales de estas condiciones incluyen una población con NBI (necesidades básicas insatisfechas) y en miseria de 44.1% siendo mayor en el área rural (58.9%), la cual está muy por encima del nivel nacional.

Marco institucional

En Colombia, se comparten problemáticas similares a las del resto de Latinoamérica en lo referente al limitado acceso de la población indígena a los sistemas de protección social y salud debido a sus condiciones de pobreza, bajo nivel educativo, desempleo, discriminación y dispersión poblacional (Montenegro & Stephens, 2006; Rossi & Sarmiento, 1988). Con el fin de lograr una adecuación étnica y cultural del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los últimos años se han dado importantes avances en cuanto a la propuesta de un modelo de salud intercultural para el país (ONIC, 2011) y a la creación de empresas indígenas prestadoras de servicios lideradas por autoridades indígenas. A pesar de estos avances, la población indígena colombiana aún muestra condiciones de vida desfavorables y el sector salud enfrenta grandes dificultades para lograr mayores niveles de eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de servicios de salud (OPS, 2008). Ante este panorama, la academia surge como potencial catalizadora de los esfuerzos de las demás instituciones.

Presentamos la experiencia del Proyecto *Chatãee* (“vivir bien” en lengua Tikuna) el cual se llevó a cabo entre 2007-2011 con el fin de disminuir las inequidades en salud y mejorar las condiciones de vida de estas comunidades. Este proyecto surge a partir de un trabajo colaborativo entre la Universidad de Illinois (USA), la Universidad de Antioquia (Colombia), la Asociación Zonal de Cabildos Indígenas de Tradición Autóctono –AZCAITA– y las comunidades de San Juan de los Parentes y San Antonio de los Lagos (Amazonas colombiano). Esta

experiencia tenía como principal propósito probar la efectividad del abordaje Investigación-Acción Participativa Basada en la Comunidad-IAPBC en el fortalecimiento de coaliciones locales en salud en dos comunidades indígenas Tikuna y Cocama del Amazonas colombiano. Los objetivos específicos fueron: a) caracterizar sus condiciones de salud y enfermedad (física, mental y espiritual); b) mejorar sus condiciones de bienestar y disminuir las inequidades en salud que las afectan; y c) fundamentar metodológicamente una propuesta de modelo intercultural de formulación de planes locales en salud indígena de utilidad para la región y el país.

Método

Organizamos, diseñamos y llevamos a cabo esta investigación considerando las diferencias culturales, la basamos en el respeto mutuo y que fue beneficiosa y aceptable para las partes involucradas (Burhansstipanov, Christopher & Schumacher, 2005). La relación entre investigadores/as y comunidades debe ser colaborativa, involucrando un esfuerzo expreso para balancear los intereses y responsabilidades de investigadores/as y miembros de las comunidades (Freire, 1970; Sapag & Kawachi, 2007; Whyte, 1989). Utilizamos el abordaje de la IAPBC, fundamentado en la investigación acción participativa -IAP (Fals-Borda, 1987; Bosco-Pinto, 1987) y community based participatory research- CBPR (Minkler & Wallerstein, 2003; Israel et al., 2005). De la IAP se adopta la noción de que el saber científico y el popular se combinan y resuelven su tensión dialéctica bajo el objetivo común de la transformación social el cual está dirigido a beneficiar los grupos más marginales y oprimidos de la sociedad (Fals-Borda & Rahman, 1991). Del CBPR se adopta la centralidad de la figura de “coaliciones” (*partnerships*) para concretar el principio participativo con el fin de asegurar el involucramiento de manera equitativa de los miembros de la comunidad e investigadores/as académicos en todos los aspectos del proceso investigativo, con el fin de aumentar el entendimiento del fenómeno estudiado e integrar el conocimiento con la acción para mejorar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad (Israel et al., 2005). Aparte de ser metodológicamente congruente con la perspectiva ética de transformación social de la psicología comunitaria (Montero, 2004), estos abordajes son útiles para identificar y disminuir las inequidades en salud de poblaciones minoritarias (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Su pertinencia se refleja en la creciente utilización en diversas comunidades indígenas del mundo para tratar una variedad de temas en salud y salud mental tales como

violencia entre géneros y generaciones (Yepes & Hernández, 2010); VIH/SIDA y abuso de sustancias (Baldwin, Johnson & Benally, 2009); relaciones, sexo y contracepción (Larkins et al., 2007); nutrición y actividad física (LaRowe, Wubben, Cronin, Vannatter & Adams, 2007); salud del hombre (Tsey, Patterson, Whiteside, Baird & Baird, 2002); resiliencia (Hegney et al., 2007); tabaquismo (Santos, Braun, Aea & Shearer, 2008); depresión y enfermedad cardíaca (Esler, 2008); cáncer (Kobetz, Menard, Barton, Pierre, Diem & Auguste, 2009; Kulukulualani, Braun & Tsark, 2008); enfermedad crónica (Bailie, Si, O'Donoghue & Dowden, 2007; Mohatt et al., 2007); y suicidio (Allen, Mohatt, Ting Fok, Henry & People Awakening Team, 2009). Este enfoque también ha sido utilizado para abordar temas de acceso y calidad tales como mejoramiento en la calidad de servicios de salud (Bailie et al., 2007); investigación en resultados de tratamientos para problemas mentales (Lau, Chang & Okazaki, 2010) y desarrollo de capacidad investigativa para trabajadores en salud (Bailey, Veitch, Crossland & Preston, 2006).

Con base en otras experiencias similares con poblaciones marginales (Cristancho, Garces, Peters & Mueller, 2008), en este proyecto se concibe la IAPBC como un proceso cíclico e iterativo en cuyas fases se operacionalizan los principios metodológicos centrales del enfoque (Peters, Cristancho & Garces, 2011). Los nombres técnicos de las fases de este proceso fueron adaptados al contexto local para lograr un mutuo entendimiento respecto al componente central en cada una. Es así como la fase de formación de coaliciones se nombró *Unirse*, la de valoración de necesidades *Conocer*, la de implementación de acciones *Hacer*, la de evaluación participativa *Pensar*, y la de difusión *Contar*. Los procedimientos e instrumentos de recolección de la información fueron concertados con las autoridades indígenas de las comunidades participantes y aprobados por los Comités de Ética Investigativa de la University of Illinois College of Medicine at Rockford y de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. La “Asociación Zonal de Consejo de Autoridades Indígenas de Tradición Autóctono” –AZCAIT A– y el equipo académico interdisciplinario (psicología, medicina y salud pública) de las Universidades de Illinois y de Antioquia iniciaron el Proyecto *Chatãee* en 2007. El contacto de AZCAITA con las dos universidades se dio a través del líder del equipo académico, quien tiene afiliación con ambas y había formulado el Plan de Atención Básica en salud indígena en el Amazonas a finales de los años 90. Existía una relación ya establecida de confianza mutua la cual sirvió como fundamento para este proyecto colaborativo.

Procedimiento

Realizamos una intensa revisión documental. Establecimos confianza comunitaria durante varios meses a través de trabajo etnográfico y observación participativa. Contamos con una coordinadora de campo con formación en sociología y con experiencia en trabajo comunitario en la región. Realizamos visitas exploratorias a las comunidades del resguardo. Con base a estas visitas seleccionamos dos comunidades concertadamente con AZCAITA utilizando como criterios un interés expreso de la comunidad en participar, condiciones identificadas de vulnerabilidad en salud y un clima sociopolítico interno que permitiera la ejecución del proyecto. Las comunidades seleccionadas fueron San Juan de los Parentes (91 habitantes.) y San Antonio de los Lagos (382 habitantes). A continuación describimos el desarrollo de cada una de las fases subsecuentes:

Unirse-Encada comunidad, se conformó y se le dio acompañamiento a un Comité Local de Salud (CLS) con representación de diferentes segmentos comunitarios incluyendo médicos tradicionales, parteras, promotores de salud, maestros/as, líderes comunitarios, ancianos/as y jóvenes, entre otros. Estos CLS se reunieron a lo largo de toda la duración del proyecto con la frecuencia que demandara cada fase y fueron la instancia principal de ejecución del proyecto.

Conocer - Después de que los CLS definieron que el proyecto se enfocaría en la búsqueda del “vivir bien” (*Chatãee*), cada comité en coordinación con AZCAITA y con el equipo académico realizó una valoración de necesidades en salud en su comunidad a través de varias estrategias incluyendo una encuesta comunitaria a la población adulta, dos pequeños grupos de discusión, dos foros comunitarios y trabajo etnográfico (entrevistas informales, observación participante, calendarios ecológicos tradicionales y mapas relacionales comunitarios). Estas estrategias buscaban obtener un panorama amplio acerca de los principales problemas de salud física, mental y espiritual, sus determinantes, barreras de acceso a los servicios occidentales y tradicionales, atribuciones causales de enfermedad, redes sociales de transmisión de conocimientos, preferencias en cuanto a estrategias de promoción de la salud y aspectos culturales incluyendo aculturación. Después de ser procesados y sintetizados, los resultados de esta valoración se socializaron a través de reportes comunitarios. También se realizaron pequeños grupos de discusión con los CLS y foros comunitarios con el resto de la comunidad tanto para legitimarlos como con el fin de priorizar acciones.

Hacer - Con base en dicha priorización, se apoyó la elaboración y ejecución de un microproyecto por cada comunidad. La comunidad de San Juan estructuró su proyecto alrededor de acciones como el mejoramiento de las viviendas para protección contra vectores (dotación de aneques, toldillos y limpieza de tanques de agua), la creación de una huerta de plantas medicinales y la curación tradicional del territorio para evitar enfermedades espirituales. La comunidad de San Antonio, a su vez, concentró esfuerzos en el mejoramiento de las viviendas para la protección contra vectores, y adicionalmente en seguridad alimentaria, y capacitación comunitaria en temas como convivencia, nutrición y la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. Cada microproyecto recibió USD\$1,000 por parte del proyecto *Chatãee*, pero los CLS lograron con esta base obtener financiación adicional de otras entidades hasta por USD\$15,000.

Pensar - Con el fin de analizar las fortalezas, debilidades, oportunidades y recomendaciones derivadas de la experiencia realizamos una evaluación participativa (Papineau & Kiely, 1996; Whitmore, 1998) con énfasis en el proceso y los resultados preliminares del proyecto. Utilizamos varias estrategias incluyendo la revisión de indicadores en salud, 19 entrevistas familiares (n=117) y el método fotovoz (n=27) (Wang & Burris, 1997; Wang, 2003; López, Eng, Robinson, Wang, 2005). Los resultados de esta evaluación indican que en el año siguiente a la implementación de los microproyectos hubo una disminución en la mortalidad infantil (de 1 a 0 muertes) y en la morbilidad general por malaria (18 a 4 casos) en ambas comunidades. Se percibió un mayor bienestar comunitario y disminución de las situaciones de conflicto social. Los miembros de la comunidad percibieron que a través de la creación de los CLS se logró una mayor capacidad local para identificar prioridades y resolver situaciones de salud en cada comunidad. Se logró identificar líderes comunitarios naturales con el potencial de sostener este trabajo a mediano y largo plazo. También se logró un mayor trabajo en red entre las dos comunidades y con la organización indígena AZCAITA, así como un mayor compromiso y efectividad en la respuesta institucional a las necesidades prioritarias en salud a través de la vinculación de entidades como las secretarías de salud municipal y departamental, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Universidad Nacional Sede Leticia. La evaluación mediante el método fotovoz sugiere que los mayores impactos del proyecto fueron la protección de viviendas contra vectores (83.3%), el fortalecimiento en el manejo tradicional de la salud (25%) y la capacitación en temas de interés en salud (20.8%). Las mayores dificultades del proyecto fueron el desinterés de

la comunidad (45.8%), sus recursos limitados (37.5%) y las difíciles condiciones ambientales para acceder a la zona (25%).

Contar - A lo largo de todas las etapas, realizamos esfuerzos por difundir el proceso y los resultados de la experiencia a nivel comunitario, institucional y académico con el fin de facilitar una mayor apropiación social del conocimiento. A nivel comunitario, los CLS distribuyeron en cada casa los reportes comunitarios generados en la fase *Conocer*. Realizaron foros comunitarios para analizarlos, informar acerca de avances en la ejecución del proyecto, obtener consensos sobre puntos específicos y presentar los resultados de la evaluación. A nivel institucional, se realizó una exposición durante un mes con los resultados de fotovoz, un documental de inmersión y un evento inaugural de dicha exposición en la sede Leticia del Banco de la República donde participaron las autoridades e instituciones de la región con interés en el tema incluyendo la Gobernación del Amazonas, las Secretarías de Salud Departamental y Municipal, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las Organizaciones Indígenas, la Universidad Nacional Sede Leticia, las Entidades Promotoras de Salud (aseguradoras) locales, y las Instituciones Prestadoras de Servicios (clínicas, hospitales y prácticas privadas). Esta misma exposición se trasladó a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia donde permaneció por varios meses y se presentó como parte de un Conversatorio sobre Salud Indígena y Justicia Social. A nivel académico, se ha difundido información del proceso en diversos espacios de formación de pregrado y posgrado en psicología y salud pública; así como en conferencias locales, nacionales e internacionales de psicología, salud pública e investigación.

Discusión

La psicología debe vincularse estrechamente a la identificación y solución de las problemáticas de mayor relevancia para las comunidades más desventajadas en Latinoamérica (Martín-Baro, 1994). El tema de salud es uno prioritario para las comunidades indígenas. Su concepción de salud no se limita a lo físico, sino que incluye una estrecha relación entre las dimensiones de bienestar físico, mental y espiritual así como relaciones armoniosas con otros y con el medio ambiente la cual está mejor representada semánticamente con la noción indígena de “vivir bien”. Este proyecto partió de dicha noción (*Chatãee*) y su definición por parte de las comunidades orientó el desarrollo de todas sus fases. Dentro de las lecciones aprendidas está la reflexión de que el quehacer de la PC debe partir de conceptos como este de gran relevancia para

las comunidades y el cual convoca de manera natural a un trabajo interdisciplinario e intersectorial. A través de la conformación de los CLS y de este modelo de coaliciones se concretó de una manera muy efectiva el principio participativo de la metodología IAPBC. El modelo de fortalecimiento comunitario logró permitirles a las personas de la comunidad, a través de procesos de aprendizaje e involucramiento, asumir poder sobre las decisiones y los recursos que afectan su salud. A través del proyecto se logró identificar estrategias basadas en la comunidad; promoción del bienestar y prevención de las enfermedades las cuales tuvieron mayor aceptación que si hubieran sido impuestas por un ente externo. Esto refuerza más la idea de que las estrategias de promoción del bienestar y la salud mental en el contexto de comunidades indígenas deben ser basadas en la comunidad y centradas en la familia (Reilly et al., 2008), no solamente basadas en la evidencia y centradas en la persona. Otro factor que ayudó en la ejecución exitosa del proyecto fue el conocimiento previo del equipo académico del contexto y de las dinámicas culturales y políticas de la región.

Entre los principales retos se encontró que, los recursos fueron insuficientes debido en parte, a la dificultad de obtener financiación para proyectos de investigación que más allá de la mera generación de conocimientos contengan un componente de transformación social sin generar compromisos que las comunidades no quieran asumir. También, fue un reto mantener altos niveles de participación comunitaria en las actividades educativas y en algunas reuniones convocadas por los CLS, lo cual se constituye en un desafío para la misma sostenibilidad de los CLS y de las acciones del proyecto que se deben mantener a lo largo del tiempo.

Recomendaciones

La PC debe ocuparse de la generación de conocimientos y el apoyo a procesos de transformación social desde una perspectiva más amplia de la salud y de la salud mental que incorpore conceptos indígenas como el de “vivir bien”. Esto implica una flexibilización conceptual y una complejización respecto a su objeto tradicional de estudio ya que aparte de los fenómenos puramente psicológicos, también se incorporan los planos físico y espiritual, en el marco no solamente del comportamiento individual sino también de las relaciones sociales y ambientales. En este sentido la perspectiva ecológica en PC aporta elementos conceptuales y analíticos de gran relevancia.

En lo metodológico, la IAPBC mostró ser una herramienta efectiva y culturalmente apropiada para fortalecer la capacidad

comunitaria para asumir un rol más activo y autónomo en el manejo de su salud. La operacionalización de este método a través de las cinco fases simplificadas del modelo (*unirse, conocer, hacer, pensar y contar*) permitió no solamente la generación de una secuencia útil para el logro del objetivo central del proyecto sino también su fácil entendimiento por parte de las comunidades. Este método puede ser muy útil en la formulación y monitoreo de planes locales en salud indígena. Los grandes retos en cuanto a limitación de recursos y participación cuestionan la sostenibilidad de este tipo de proyectos cuando actores/actrices externos se retiran de la comunidad. De esta forma, complementar la IAPBC con abordajes como el de Atención Primaria Orientada hacia la Comunidad –APOC– (Gofin & Gofin, 2011) podría ayudar a lograr una mayor sostenibilidad en proyectos sobre salud comunitaria en contextos indígenas. Futuros estudios deberían evaluar el impacto a largo plazo de las estrategias basadas en la comunidad que surgen en este tipo de proyectos y del modelo de coaliciones locales en salud, con el fin de comprobar su efectividad. Nuestras reflexiones sobre esta experiencia pretenden estimular y contribuir al bienestar de las comunidades indígenas en Latinoamérica.

Agradecimientos

Los/as autores/as expresan un especial agradecimiento a la organización AZCAITA y a las comunidades, curacas y CLS de San Juan de los Parentes y San Antonio de los Lagos, en especial a Nancy Luz Murayari, Leonardo Rufino, Álvaro Parente, Filiberto Parente, Santos Parente, Álvaro Acho, José Vicente Parente (San Juan), Jackeline Jordan, Eugenio Parente, Libardo Jordán, Liz Patricia Vásquez, Sandra Patricia Ruiz, Nixon Peña, María Flor Curitima, Jorge Luis Parente, Sandra Milena Coelho, Lisandro Rodríguez, James Parente y Jair Curico (San Antonio) por su liderazgo. Damaris Gómez fue la coordinadora de campo a lo largo de toda la duración del proyecto y la responsable de mantener una estrecha y fluida comunicación entre las comunidades y el equipo académico con gran sentido de compromiso, respeto y eficiencia. El Grupo Hipertrópico de la Facultad de Artes de la Universidad de Antioquia colaboró en el componente evaluativo de fofovoz aportando capacitaciones comunitarias sobre manejo de medios audiovisuales y edición digital de imágenes, así como haciendo la curaduría de la exposición de los resultados. Ana María Pérez, Rosa Tordecilla, John Smith Arenas, Diana Marín, Sergio Gómez, Ángela Alzate, Leidy Grisales, Stephanie López, Liced Ardila y Daniel López contribuyeron con revisión bibliográfica, análisis de datos o aspectos administrativos en varias fases del proyecto.

Este proyecto estuvo financiado por la University of Illinois College of Medicine at Rockford (National Center for Rural Health Professions, AMSA Global Health Interest Group y donaciones de profesores/as, estudiantes y personal de la biblioteca); por el Illinois Critical Access Hospital Network -ICAHN-; por la Universidad de Antioquia (CODI, Fondo de Apoyo Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, y Grupo de Investigación en Salud Mental); y por donaciones del equipo académico.

NOTAS

1. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Calle 62 No. 52-59, Medellín, Colombia; scrista@uic.edu

REFERENCIAS

- Aguirre, D. Y. (2011). *Análisis de situación de salud de los Embera-Chami mayores de 15 años del resguardo indígena de Cañamomo y Lomaprieta 2009-2011*. Tesis de Gerencia de Sistemas de información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Allen, J., Mohatt, G., Ting Fok, C. C., Henry, D. & People Awakening Team. (2009). Suicide prevention as a community development process: Understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 274-291.
- Bailey, J., Veitch, C., Crossland, L. & Preston, R. (2006). Developing research capacity building for aboriginal & Torres Strait Islander health workers in health service settings. *Rural and Remote Health*, 6, 1-10. Accedido el 6 de marzo de 2012 en <http://www.rrh.org.au>
- Bailie, R. S., Si, D., O'Donoghue, L. & Dowden, M. (2007). Indigenous health: Effective and sustainable health services through continuous quality improvement. *Medical Journal of Australia*, 186, 525-527.

- Baldwin, J. A., Johnson, J. L. & Benally, C. C. (2009). Building partnerships between indigenous communities and universities: Lessons learned in HIV/AIDS and substance abuse prevention research. *American Journal of Public Health, 91*(1), S77-S81.
- Bosco-Pinto, J. (1987). *Investigación Acción*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Bramley, D., Hebert, P., Tuzzio, L. & Chassin, M. (2005). Disparities in indigenous health: A cross-country comparison between New Zealand and the United States. *American Journal of Public Health, 95*(5), 844-850.
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burhansstipanov, L., Christopher, S. & Schumacher, S.A. (2005). Lessons learned from community-based participatory research in Indian country. *Cancer Control, 12*(2), 70-76.
- Cristancho, S., Garces, D. M., Peters, K. & Mueller, B. (2008). Listening to rural Hispanic immigrants in the Midwest: A community-based participatory assessment of major barriers to health care access and use. *Qualitative Health Research, 18*(5), 633-646.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2007). *Colombia una nación multicultural: Su diversidad étnica*. Accedido el 15 de febrero de 2012 en http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
- Esler, D. M. (2008). Participatory action research in indigenous health. *Australian Family Physician, 37*(6), 457-459.
- Fals-Borda, O. (1987). The application of participatory action research in Latin America. *International Sociology, 2*, 329-347.
- Fals-Borda O. & Rahman, M. A. (1991). *Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action-research*. New York: The Apex Press
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
- Gofin, J. & Gofin, R. (2011). *Essentials of global community health*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Grupo de Interés en Salud Indígena (2012). *Declaratoria del III Conversatorio sobre Salud Indígena: Justicia Social para la Permanencia y el Vivir Bien de los Pueblos*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hegney, D. G., Buikstra, E., Baker, P., Rogers-Clark, C., Pearce, C., Ross, H., Watson Luke, A. et al.,(2007). Individual resilience in rural people: A Queensland study, Australia.

Rural and Remote Health, 7: 620. Accedido el 5 de marzo de 2012 en <http://www.rrh.org.au>

- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J. & Parker, E. A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kobetz, E., Menard, J., Barton, B., Pierre, L., Diem, J. & Auguste, P. D. (2009). Patnè en Aksyon: Addressing cancer disparities in Little Haiti through research and social action. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1163-1165.
- Kulukulualani, M., Braun, K. L. & Tsark, J. U. (2008). Using a participatory four-step protocol to develop culturally targeted cancer education brochures. *Health Promotion Practice*, 9(4), 344-355.
- Larkins, S.L., Page, R. P., Panaretto, K. S., Scott, R., Mitchell, M. R., Alberts, V., Mc Ginty, S. et al. (2007). Attitudes and behaviors of young indigenous people in Townsville concerning relationships, sex and contraception: the "U Mob Yarn Up" project. *Maternal and Child Health*, 186(10), 513-518.
- LaRowe, T. L., Wubben, D. P., Cronin, K. A., Vannatter, S. M. & Adams, A. K. (2007). Development of a culturally appropriate home-based nutrition and physical activity curriculum for Wisconsin American Indian families. *Preventing Chronic Disease*, 4(4), 1-8.
- Lau, A. S., Chang, D. F., & Okazaki, S. (2010). Methodological challenges in treatment outcome research with ethnic minorities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(4), 573-580.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.
- Lóopez, E. D. S., Eng, E., Robinson, N. & Wang, C. C. (2005). Photovoice as a community-based participatory research method: A case study with African-American breast cancer survivors in rural eastern North Carolina. En B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz, & E. A. Parker (Eds.). *Methods in community-based participatory research for health*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Martin-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Boston: Harvard University Press.
- Martínez-Cobo, J. R., (1983). *Study of the problem of discrimination against indigenous populations*. United Nations Economic and Social Council. Accedido el 20 de noviembre de 2011 en http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/MCS_xi.pdf

- Minkler, M. & Wallerstein, N. (2003). *Community-based participatory research for health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mohatt, G. V., Plaetke, R., Klejka, J., Luick, B., Lardon, C., Bersamin, A., Boyer, B. et al. (2007). The Center for Alaska Native Health Research Study: A community-based participatory research study of obesity and chronic disease-related protective and risk factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 66(1), 8-18.
- Montenegro, R.A. & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367, 1859-1869.
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387-399.
- _____. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Newbrough, J. R. (1973). Community psychology: A new holism. *American Journal of Community Psychology*, 1(1), 201-211.
- Organización Nacional Indígena de Colombia (2011). *Propuesta de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI)*. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de La Mesa Permanente de Concertación (Snspi-Mpc). Bogotá: ONIC.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: OPS.
- Papineau, D. & Kiely, M. (1996). Participatory evaluation in a community organization: Fostering stakeholder empowerment and utilization. *Evaluation and Program Planning*, 19 (1), 79-93
- Peters, K.E., Garces, D.M. & Cristancho, S. (2011). Foreword. *Family and Community Health*, 34(4), 2-3.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Reilly, R. E., Doyle, J., Bretherton, D., Rowley, K. G., Harvey, J. L., Briggs, P., Atkinson, V. et al. (2008). Identifying psychosocial mediators of health amongst Indigenous Australians for the Heart Health Project. *Ethnicity & Health*, 13(4), 351-373.
- Rossi, F., & Sarmiento, M. I. (1988). *Análisis de la situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia*. Trabajo de grado (Especialización en Epidemiología). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín.

- Santos, L., Braun, K., Aea, K. & Shearer, L. (2008). Institutionalizing a comprehensive tobacco-cessation protocol in an indigenous health system: Lessons learned. *Progress in Community Health Partnerships*, 2(4), 279-289.
- Sapag, J. C. & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 139-149.
- Secretaría Departamental de Salud del Amazonas. (2008). *Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011*. Leticia: Gobernación del Amazonas.
- Suárez, M.C. (2001). Una propuesta de modelo de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. En C.E. Franky & C.G. Zarate (Eds.). *Imani Mundo: Estudios en la Amazonia colombiana*. Bogota: Unibiblios.
- Swan, P. & Raphael, B. (1995). *Ways forward: National consultancy report on Aboriginal and Torres Strait Islander mental health*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Tsey, K., Patterson, D., Whiteside, M., Baird, L. & Baird, B. (2002). Indigenous men taking their rightful place in society? A preliminary analysis of a participatory action research process with Yarrabah Men's Health Group. *Australian Journal of Rural Health*, 10, 278-284.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *R-01 FOA: Community Participation in Research, National Institutes of Health*. Accedido el 4 de octubre de 2010 from <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-08-074.html>
- United Nations Permanent Forum for Indigenous Issues (2010). *State of the worlds' indigenous peoples*. Washington: ONU.
- Wang, C. C., & Burris, M. (1997). Photovoice: Concept, methodology and use for participatory needs assessment. *Health Education and Behavior*, 24, 369-387.
- Wang, C. C. (2003). Using photovoice as a participatory assessment and issue selection tool: A case study with the homeless in Ann Arbor. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.). *Community-based participatory research for health*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Whitmore, E. (1998). *Understanding and practicing participatory evaluation. New directions for evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- Whyte, W. F. (1989). Advancing scientific knowledge through participatory action research. *Sociological Forum*, 4(3), 367-385.

Yepes, F. L. & Hernández, C. (2010). Haciendo visible lo invisible: Violencia de género y entre generaciones en una comunidad indígena colombiana. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 444-453.