

ARTÍCULO DE REVISIÓN

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS NUTRICIONALES EN NIÑOS INDÍGENAS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

BARRIERS AND FACILITATORS FOR THE IMPLEMENTATION OF NUTRITIONAL PROGRAMS IN INDIGENOUS CHILDREN: A SCOPING REVIEW

Wilfredo Amaro Cáceres¹, Lucero Cahuana Hurtado²

Citar como:

Amaro C, Cahuana L. Barreras y facilitadores para la implementación de programas nutricionales en niños indígenas: Una revisión de alcance. Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

wilfredo.amaro@upch.pe

Recibido: 01 / 07 / 2024

Aprobado: 05/07/2024

En línea: 10 /12/2024

Resumen

Objetivo: Identificar el estado del arte sobre barreras y facilitadores para la implementación de programas nutricionales en niños indígenas. **Material y métodos:** Revisión de alcance de bases de datos de literatura como PubMed, SciELO, Dialnet, Redalyc, ProQuest y Google Académico de artículos sobre el tema, publicados entre 2005 y 2024, en revistas indexadas, en inglés y español. Se excluyeron los trabajos sin acceso a texto completo o que fueran comentarios, cartas al editor, entre otros. Se categorizaron las barreras y facilitadores usando el Consolidated Framework for Implementation Research, y distinguiendo regiones geográficas (América, y África y Asia). **Resultados:** De 2180 estudios encontrados, se incluyeron solo 15: ocho en América, tres en África y tres en Asia. Aspectos del entorno interno de los programas, que reflejan problemas de gestión financiera y de insumos, son las barreras más mencionadas; mientras que los facilitadores más mencionados tienen que ver con el entorno externo, como el apoyo de autoridades y beneficiarios. Destaca también el

¹ Candidato a Doctor en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Magister en Salud Pública. wilfredo.amaro@upch.pe.

² Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia. lucero.cahuana@upch.pe.

papel de las creencias locales como barrera. Conclusiones: Las barreras y los facilitadores encontrados demuestran la importancia de dar seguimiento al desempeño de los programas y su funcionamiento, así como el lograr el apoyo local previamente a su implementación para asegurar los resultados esperados.

Palabras Clave: desnutrición crónica, programas sociales, implementación, barreras, facilitadores, población indígena

Abstract

Objective: To identify the state of the art on barriers and enablers for the implementation of nutritional programs in indigenous children. **Material and methods:** Scoping review of databases such as PubMed, SciELO, Dialnet, Redalyc, ProQuest and Google Scholar of articles on the subject, published between 2005 and 2024, in indexed journal, in English and Spanish. Articles without access to full text or that were commentaries, letters to the editor, among others, were excluded. Barriers and enablers were categorized using the Consolidated Framework for Implementation Research' domains, and distinguishing geographic regions (America, Africa and Asia). **Results:** Of 2,180 studies found, only 15 were included: eight in the Americas, three in Africa and three in Asia. Aspects of the project inner setting, which reflect problems of financial and input management, are the most frequently mentioned barriers, while the most frequently mentioned enablers have to do with the project outer setting domain, such as the support of authorities and beneficiaries. It also highlights the role of local beliefs as a barrier. **Conclusions:** The barriers and enablers found demonstrate the importance of monitoring the performance

of the programs and their operation, as well as achieving local support prior to their implementation to ensure the expected results.

Keywords: stunting, implementation, social policies, barriers, enablers, indigenous population

1. Introducción

Para abordar los problemas más prevalentes en salud, los gobiernos diseñan diferentes intervenciones y programas, generalmente basadas en evidencia. En un contexto dinámico, complejo y diverso, la implementación puede enfrentar aspectos que eviten (barreras) o que promueven el éxito de las intervenciones (facilitadores) (1). La presencia de estas situaciones impone una transformación de la gestión, funcionamiento e implementación de las intervenciones y programas (2, 3), aunque no necesariamente se realice al ritmo necesario para ajustarse a los cambios. Es necesario conocer detalladamente cómo estos aspectos pueden modificar el efecto esperado, en un contexto dado (1).

En este tenor, un reto especialmente importante a nivel mundial es aquel relacionado con los problemas que aquejan a la población infantil, bajo el enfoque de capacidades y de formación de capital humano. Hasta la fecha, a pesar de la inversión realizada en intervenciones y programas para reducirla, la desnutrición crónica infantil (DCI), o talla baja para la edad, sigue siendo un problema de prioridad global. Alrededor de 200 millones de niños menores de 5 años presentan problemas nutricionales (4, 5). La evidencia señala que quienes la padecen desde etapas tempranas incrementan el riesgo de enfermedad y retraso en el desarrollo físico e intelectual (4). En las poblaciones indígenas u originarias, el problema es aún mayor: se estima que, a nivel mundial, uno de cada dos niños está desnutrido (6). Existe evidencia que las intervenciones nutricionales para reducir la DCI

son limitadas y poco adecuadas a contextos de pueblos indígenas. De acuerdo con estudios en poblaciones indígenas en Latinoamérica, dado que en el diseño de las intervenciones prevalece una visión biomédica, éstas se vuelven poco adecuadas para resolver el problema de la DCI (7).

En el caso de Perú, el país cuenta con 55 pueblos indígenas (51 amazónicos y 4 andinos) los cuales presentan elevados índices de DCI en comparación de otras poblaciones (8). Hasta 2022, las acciones para abordar la DCI se realizaron mediante el Programa Articulado Nutricional (PAN) (9). Existen pocos estudios sobre la implementación de este programa en comunidades indígenas andinas y amazónicas. De acuerdo con un estudio en Ayacucho, se percibe que el PAN tenía una mirada distinta a la concepción indígena sobre el problema nutricional (10). De esta forma se concibe que las recomendaciones generadas entren en contradicción con los conocimientos y prácticas locales (11).

Dado que el problema de la DCI se mantiene alto en las poblaciones indígenas peruanas, y ante los cambios en el PAN, que promueven la participación de diferentes sectores sociales en la prestación de los servicios relacionados al desarrollo infantil temprano, es importante conocer las barreras y facilitadores que se han identificado en la implementación del programa en poblaciones indígenas en el mundo. Por ello, usando el Marco Consolidado de Investigación de la Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés), este trabajo busca analizar el estado del arte sobre la implementación de intervenciones nutricionales en poblaciones indígenas. Se hace énfasis en conocer las diferencias encontradas

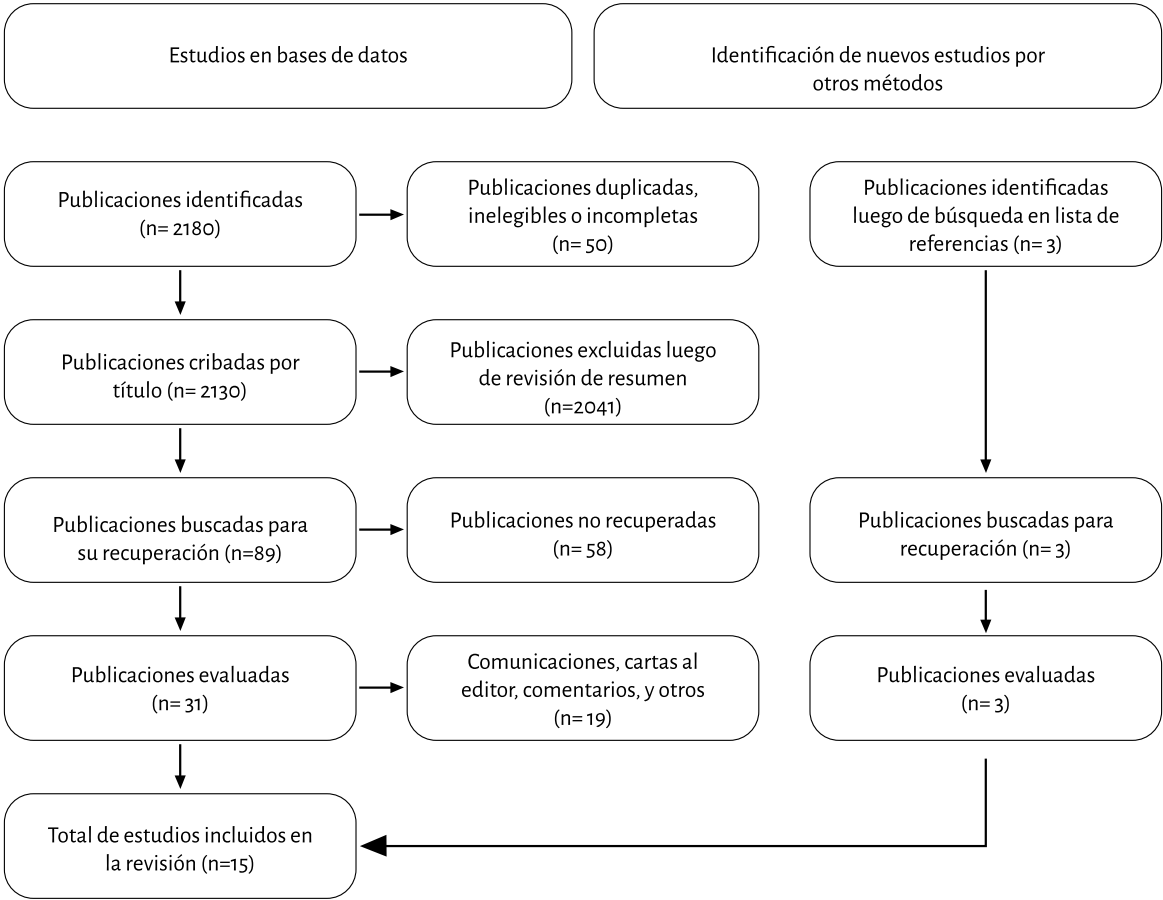
según el contexto en el que se desarrollan los programas y la perspectiva de los actores que los reportan (12).

2. Metodología

Para el desarrollo de la presente revisión de alcance (13, 14) se analizaron las bases de datos de revistas indexadas PubMed/MEDLINE, SciELO, Dialnet, Google Académico, Redalyc y ProQuest. La búsqueda de artículos utilizó como palabras claves los términos, en español e inglés, “barreras”, “facilitadores”, “implementación” “pueblos indígenas” y “programas de nutrición infantil”. Como criterios de elegibilidad se

consideraron: a) contenido: los estudios debían abordar las barreras y facilitadores de programas nutricionales en niños indígenas, b) fecha de publicación entre 2005 y 2024 c) tipo de publicación: publicaciones en revistas indexadas y, d) idioma: inglés y español. Se excluyó estudios que no tuvieran acceso al texto completo o que fueran comentarios, cartas al editor o documentos de otra índole. Luego de eliminar los duplicados, la selección de artículos se realizó leyendo los títulos y revisando los resúmenes, en consenso entre los dos investigadores para evitar sesgos de selección. Luego se leyó el texto completo, para identificar aquellos que fueran de interés..

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA sobre búsqueda de información



Fuente: elaboración propia

Para la extracción de los datos se construyeron matrices que incluyeran: a) características generales (autores, año de estudio, país, informantes, intervención o programa en estudio); b) barreras; c) facilitadores; y d) barreras y facilitadores según tipo de informante.

El análisis de datos se realizó usando el CFIR. Este marco fue generado originalmente en 2009 y fue revisado en 2022, incluyendo comentarios de sus usuarios (15). El CFIR reconoce la existencia de factores contextuales que modifican el resultado de la implementación de las intervenciones. Estos factores se clasifican en dominios, tales como:

a. Características de la intervención / innovación. Incluye quién generó la innovación (fuente), evidencia base, ventaja relativa, adaptabilidad al contexto o necesidades locales, complejidad, diseño, y costo.

b. Entorno externo. Es el entorno que aloja la intervención, en sus diferentes niveles (comunidad, sistema, país). Incluye las actitudes locales, incidentes críticos, condiciones locales, alianzas y conexiones, políticas y leyes, financiamiento, y presiones externas (sociales, de mercado y de medición de desempeño)

c. Entorno interno. Se trata del espacio en que se implementa la intervención, teniendo en cuenta sus características estructurales (infraestructura física, de tecnología de la información, y de trabajo), relaciones y redes, prácticas de comunicación, así como valores compartidos, creencias y normas. Además, incluye los recursos disponibles y la capacitación existente.

d. Características de las personas involucradas, incluyendo sus roles y sus características en términos de necesidades, capacidades, oportunidades y motivación.

e. Procesos, incluyendo la conformación de equipos, la identificación de necesidades, la identificación del contexto, planeación, estrategias de adaptación, de involucramiento a la comunidad, de implementación y de reflexión y evaluación.

Estas categorías fueron usadas para clasificar las barreras y facilitadores encontrados en los diferentes estudios. Con fines de presentación, se agrupan los estudios por regiones para una lectura más ágil y comparación.

3. Resultados

De los 2180 artículos obtenidos en el primer filtro (términos de búsqueda), se seleccionaron 15 estudios que consideran relevantes para los objetivos de la investigación y cumplieran con todos los criterios de inclusión y exclusión (Figura 01). Las características principales de los estudios se muestran a continuación en la Tabla 01.

Tabla 01: Características generales de los estudios individuales revisados

Autores	Año de estudio	País / región	Población atendida	Intervención / Programa
I. América				
Escalante E. et al (16)	2005	México	Madres beneficiarias de comunidades indígenas de Chiapas	Programas de Alimentación Complementaria, Programa de Oportunidades
			Informantes claves	
Froehlich A. et al. (17)	2010	Canadá	Cuidadores rurales	Estrategia de promoción de la alimentación saludable
Martínez T. y Fernández X. (18)	2014	Costa Rica	Madres o encargadas de los niños indígenas de Coto Brus.	Servicios de primer nivel de atención infantil
			Funcionarios a cargo de las actividades.	
Barrio L. (19)	2017	Colombia	Funcionarios de salud	Estrategia de atención de salud para comunidades indígenas de Mapiripán
			Expertos en salud intercultural	
Vega K. (20)	2019	México	Mujeres jefas de familia de la comunidad de Charape.	Proyecto productivo integral (PPI)
Lovestam E. et al. (21)	2020	USA	Profesionales de nutrición y dietética	Implementación de un proceso estandarizado para la atención nutricional (NCP)
Figueroa A. et al. (22)	2021	México	Mujeres indígenas Maya	Revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria. Recomendaciones para una alimentación saludable
Isoyama S. y Buccini G. (23)	2023	Brasil	Profesionales de salud	Estrategias de lactancia materna, alimentación complementaria y desnutrición infantil.
II. África y Asia				
Nankumbi J. y Muliira J et al. (24)	2015	Uganda	Cuidadores primarios	Estrategia de uso de prácticas apropiadas de alimentación de bebés y niños pequeños
Armar M. et al (25)	2018	Ghana	Cuidadores de niños indígenas del sur y norte de Ghana	Programas de nutrición y alimentación del lactante y niño pequeño.
Merchant E. et al (26)	2022	Kenia	Familias indígenas	Estrategia de consumo de hortalizas autóctonas africanas (AIV) para mejorar la nutrición
Athavale P. (27)	2020	India	Cuidadores (madres y abuelas paternas) de niños	Implementación de las prácticas recomendadas de nutrición infantil
Ezezika O. et al (28)	2021	África	Cuidadores de niños	Implementación de intervenciones nutricionales
			Personal de salud	
Mohammad S. et al (29)	2021	Bangladesh	Cuidadores de niños con desnutrición	Intervención de manejo de desnutrición severa infantil
			Profesionales sanitarios	
Chi Ch. et al. (30)	2022	Malasia	Personal de salud de comunidades Orang Asli.	Programas de alimentación comunitarios

Funte: elaboración propia

Como se aprecia en la Tabla 1, ocho de los 15 estudios fueron realizados en países de América, tres en países africanos y tres en países asiáticos. Más de la mitad (8/15) obtuvieron información de los operadores del programa y profesionales de salud, mientras que 11 captaron las percepciones de madres, cuidadores y familias indígenas. Respecto a las intervenciones o programas implementados, es interesante notar la gran variedad existente: desde proyectos productivos, intervenciones de salud, hasta programas de revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria. Todo ello resalta la complejidad de las intervenciones para mejorar la DCI.

La tabla 2 presenta las barreras encontradas en los diferentes intervenciones o programas analizados. Para fines de presentación, se divide la tabla por regiones de aplicación (América: A, África y Asia: B), dado el contexto diferente enfrentado. En la región de América, las barreras con mayor mención fueron la insuficiencia de recursos financieros (entorno interno), la limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos (entorno interno). En particular, el entorno interno fue el dominio con mayor mención de barreras, seguido por las barreras de entorno externo, como pobreza, el conocimiento limitado sobre nutrición infantil en las madres y los cuidadores, así como el rol de la mujer, que reduce su posibilidad de tomar decisiones. En términos del personal de salud (personas involucradas), destacan las limitadas habilidades interculturales en el personal, así como la alta rotación del personal, que lleva a sean considerados de poca experiencia.

En el caso de África y Asia, la barrera mencionada más frecuentemente fue la existencia de

creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil (entorno externo), seguida por la limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos (entorno interno). En general, las barreras más mencionadas fueron aquellas relacionadas al entorno externo, incluida la pobreza de las madres y la sobrecarga de responsabilidades en los cuidadores.

Las situaciones que propician la implementación (facilitadores) se presentan en la Tabla 3. Como se puede apreciar, facilitadores del entorno externo, como la disponibilidad de insumos para complementar las intervenciones de la estrategia, la disposición de las autoridades y de la población a apoyar y participar en la implementación se aprecian como los facilitadores más frecuentes en América (sección A). Cabe mencionarse también la percepción de beneficio por parte de la población, que representa uno de los procesos para la aceptación de la intervención. En el caso de los estudios realizados en África y Asia, el facilitador más frecuente fue también la disposición de la población a apoyar y participar (entorno externo).

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

A. América

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T, Fernández X. (18)	Barrio L. (19)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Figueroa A. et al. (22)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	REVITALIZACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA.	ESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Características de la intervención								
Objetivos poco claros								X
Tiempo insuficiente para desarrollar las intervenciones						X		
Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones							X	
Entorno externo								
Pobreza de las madres	X		X					
Condiciones climáticas adversas			X					
Medios de transporte limitados			X					
Creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil	X							
Conocimiento limitado sobre nutrición infantil (madres/ cuidadores)		X	X					
Rol supeditado de la mujer / Escasa eficacia de las decisiones maternas /	X			X				
Problemas intrafamiliares								
Contexto diverso y multicultural								
Entorno interno							X	
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación				X	X			X
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos	X		X		X			

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T, Fernández X. (18)	Barrio L. (19)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Figueroa A. et al. (22)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	REVITALIZACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA.	ESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Percepción de mala atención / malos resultados			X	X				
Instalaciones inadecuadas			X		X			
Características de los individuos o personas involucradas								
Alta rotación del personal / poca experiencia		X			X			
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)			X	X				
Falta de empatía en el personal operativo							X	
Procesos								
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena				X		X		
Bajo interés de los beneficiarios en participar			X					
Número insuficiente de promotores de salud indígenas				X				
Percepción de efectos adversos de los complementos alimenticios	X							
Limitada capacidad para generar confianza en la población				X			X	

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

B. África y Asia

	Nankumbi J. y Muliira J et al. (24)	Armar M. et al (25)	Merchant E. et al (26)	Athavale P. (27)	Ezezika O. et al (28)	Mohammad S. et al (29)	Chi Ch. et al. (30)
	ESTRATEGIA DE USO DE PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN DE BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS	PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO	ESTRATEGIA DE CONSUMO DE HORTALIZAS AUTÓCTONAS AFRICANAS PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE NUTRICIÓN INFANTIL	INTERVENCIONES NUTRICIONALES	INTERVENCIÓN DE MANEJO DE DESNUTRICIÓN SEVERA INFANTIL	PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN COMUNITARIOS
Entorno externo							
Pobreza de las madres		X					X
Creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil	X	X					X
Conocimiento limitado sobre nutrición infantil en madres o cuidadores				X			
Rol supeditado de la mujer que no favorece el desarrollo de acciones /				X			
Escasa eficacia de las decisiones maternas / Problemas intrafamiliares							
Influencia desfavorable de personas respetables o influyentes de la comunidad	X						
Sobrecarga de responsabilidades en los cuidadores / Apoyo social limitado	X			X			
Entorno interno							
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación							
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos			X		X		X
Percepción de mala atención / malos resultados			X	X			
Instalaciones inadecuadas							X
Características de los individuos o personas involucradas							
Alta rotación del personal / poca experiencia						X	X
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)							X

Procesos							
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena					X		
Percepción de mal sabor / Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones			X				
Bajo interés de los beneficiarios en participar						X	
Incremento en la carga laboral del personal operativo						X	

Tabla 3: Facilitadores para la implementación de programas nutricionales en población indígena

A. América

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	IESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Características de la intervención						
Gratuidad de la atención y beneficios	X					
Entorno externo						
Disponibilidad de insumos locales para complementar las intervenciones de la estrategia		X		X		
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.			X			X
Normatividad intercultural favorable para la intervención					X	
Disposición de la población a apoyar y participar	X	X				
Procesos						
Aceptabilidad de los productos por parte de la población	X					
Percepción de beneficio por parte de la población.	X		X			

B. África y Asia

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO	ESTRATEGIA DE CONSUMO DE HORTALIZAS AUTÓCTONAS AFRICANAS PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE NUTRICIÓN INFANTIL	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)
Entorno externo				
Normatividad intercultural favorable para la intervención				X
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	X			
Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.	X			
Disposición de la población a apoyar y participar		X	X	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				X
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			X	
Personal eficaz			X	
Procesos				
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				X
Coordinación multisectorial				X

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios encontrados

La tabla 4 resume las barreras y facilitadores encontrados según actor. Desde el punto de vista de los diferentes actores contemplados, las creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición, junto a la alta rotación de personal se perciben como las barreras más frecuentes; mientras que la disposición de las autoridades a participar en las intervenciones y de la población son los facilitadores que permiten una mejor implementación.

En torno a las categorías del CFIR, es importante notar que las madres beneficiarias, cuidadoras

rurales y jefes de familia suelen mencionar barreras relacionadas a los dominios entorno externo y características de los individuos o personas involucradas, mientras que los funcionarios y operadores del programa llaman la atención sobre las características del entorno interno y los procesos. Por otra parte, los expertos en salud resaltan aspectos del entorno interno donde se da la intervención. Respecto a los facilitadores, éstos se concentran en el entorno externo

Tabla 4. Barreras y facilitadores más relevantes para la implementación de programas nutricionales según percepción de los actores relacionados

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	Madres beneficiarias, cuidadoras rurales y jefes de familia	Funcionarios	Operadores del programa	Expertos en salud intercultural
Entorno externo				
Normatividad intercultural favorable para la intervención				x
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	x			
Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.	x			
Disposición de la población a apoyar y participar		x	x	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				x
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			x	
Personal eficaz			x	
Procesos				
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				x
Coordinación multisectorial				x

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	Madres beneficiarias, cuidadoras rurales y jefes de familia	Funcionarios	Operadores del programa	Expertos en salud intercultural
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación		X	X	X
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos		X	X	X
Percepción de mala atención / malos resultados			X	
Instalaciones inadecuadas	X		X	
Características de los individuos o personas involucradas				
Alta rotación del personal / poca experiencia	X	X	X	X
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)	X	X		
Falta de empatía en el personal operativo	X			
Procesos				
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena			X	X
Percepción de mal sabor / Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones	X			
Bajo interés de los beneficiarios en participar		X		
Incremento en la carga laboral del personal operativo		X		
Número insuficiente de promotores de salud indígenas		X		
Percepción de efectos adversos de los complementos alimenticios	X			
Limitada capacidad para generar confianza en la población				X
B. Facilitadores				
Características de la intervención				
Gratuidad de la atención y beneficios	X			
Entorno externo				
Disponibilidad de insumos locales para complementar las intervenciones de la estrategia			X	X
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	X	X	X	
Normatividad intercultural favorable para la intervención		X	X	
Disposición de la población a apoyar y participar	X	X	X	

Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.			x	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				x
Entorno interno				
Movilización de recursos más efectiva.		x		
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			x	
Personal eficaz		x		
Procesos				
Aceptabilidad de los productos por parte de la población	x	x		
Percepción de beneficio por parte de la población.	x	x		
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				x
Coordinación multisectorial		x		

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios encontrados

4. Discusión

Luego de la revisión de los trabajos publicados sobre la implementación de programas nutricionales en niños indígenas, se identificaron 24 barreras y 16 facilitadores para los programas en América, África y Asia. Siguiendo los dominios del CFIR, las barreras más frecuentemente mencionadas por número de estudios fueron las del dominio entorno interno, específicamente, la insuficiencia de recursos financieros, y la limitada provisión y almacenamiento de insumos. Cuando se revisan las menciones por tipo de actor, las barreras con mayor mención tienen que ver con el entorno externo, como son aquellas relacionadas a las creencias y prácticas de nutrición infantil, el conocimiento limitado sobre nutrición infantil; así como la alta rotación de personal, perteneciente al dominio características de las personas involucradas. Esto contrasta con la mención de facilitadores relacionados al entorno externo, como el apoyo de las autoridades y de la población. Las madres y cuidadoras son más propensas a observar problemas relacionados a la calidad de la provisión de los servicios; mientras que los operadores y expertos resaltan las condiciones y recursos con las que cuentan para llevar a cabo las intervenciones.

Las barreras encontradas revelan problemas de diseño, adaptación, planificación y gestión de los programas en salud, que se reflejan en problemas de implementación. Por ejemplo, el limitado recurso económico para el transporte a los centros rurales de intervención y la deficiente gestión de insumos manifiestan que al momento de diseñar y adaptar las intervenciones del programa a la realidad local no se tomó en cuenta cabalmente

la complejidad del trabajo en comunidades indígenas. En estas comunidades, la logística y el traslado de mercancías puede ser complicada por la carencia de vías adecuadas de comunicación y la dispersión en la que viven estas poblaciones; lo que incrementa de manera significativa los costos de operación (16, 18, 20,31, 32). Esto, unido a la rotación de personal y la poca experiencia de quienes llevan a cabo las intervenciones genera dificultades para el manejo de los recursos y para alcanzar apoyo social (33).

Entre los aspectos que se perciben que facilitan la implementación de programas destacan, además de la disposición de la población y de las autoridades para participar, la existencia de una normativa intercultural favorable, la aceptabilidad de los productos y la percepción de beneficio. Todos estos aspectos están relacionados con el trabajo previo a la implementación. Por ello, es importante promover mecanismos democráticos para la revisión del contenido de las intervenciones, que permitan la aceptación de todas las partes, en un espacio horizontal de diálogo. Esto es acorde con lo reportado por Sámano et al, que destacan el papel activo que pueden asumir los beneficiarios y actores locales de programas sociales, particularmente en la organización, difusión, liderazgo y fomento de participación de todos los beneficiarios y actores involucrados (32).

Un aspecto por resaltarse en la lectura de las barreras y facilitadores es la mirada intercultural que los diferentes actores dan a la implementación de los programas para reducir la DCI. Las madres, cuidadoras y jefes de familia, así como los funcionarios resaltan que la necesidad

de mejorar las competencias interculturales del personal. En específico, se menciona que el no hablar la lengua indígena, la alta rotación de personal y la falta de empatía impiden que los programas se lleven a cabo según lo planeado. Esto se presenta a pesar de los esfuerzos, la normativa, y discurso gubernamental para fortalecer las competencias interculturales en el personal de salud. Sin embargo, las autoridades y expertos en salud intercultural, irónicamente, no lo mencionan, resaltando solamente la inexperiencia del personal. Llama la atención también la consideración de creencias y prácticas inadecuadas de nutrición, que muestra una posición sobre los saberes comunitarios. En este sentido, contar con personal sensible, que trabaje de la mano con la población y que respete las diferentes concepciones indígenas es indispensable para asegurar una adecuada implementación (34) y evitar entrar en contradicción con los conocimientos y prácticas locales (35, 36, 37). Es importante también considerar recursos para abordar las barreras interculturales en la implementación de programas nutricionales (38) de modo que el personal operativo logre una mayor comprensión de la dinámica cultural y social en la que están insertos (39) y participen en todos los niveles de toma de decisiones para mejorar las acciones de implementación en base a la experiencia de campo (40).

Los programas nutricionales dirigidos a población infantil son cada vez más complejos y para que funcionen mejor, se debe asegurar que las estrategias estén dirigidas a todos los aspectos que afectan la vida de los niños (45). Cabe indicar que los facilitadores y barreras

no son conceptos fijos sino variables, capaces de moverse a lo largo de un continuo desde un facilitador hasta una barrera y viceversa. Por ello, es útil pensar en los facilitadores y las barreras como posibles impulsores del cambio, que requieren consideración durante la planificación/diseño, implementación y/o gestión continua de una intervención (39). Es así que se hace necesario documentar en las intervenciones las barreras y facilitadores encontrados para su análisis y abordaje en los contextos indígenas. Es necesario enfatizar la importancia de un análisis permanente de las barreras y facilitadores antes, durante y después de la implementación de los programas, especialmente en poblaciones indígenas. Esto permitirá evitar la pérdida de recursos y buscar estrategias adecuadas para afrontar las barreras en mención y aprovechar las situaciones favorables que pueden facilitar la intervención para el logro de resultados, considerando que un resultado común en los estudios de implementación es encontrar un mayor número de barreras frente a los facilitadores, tal como lo reporta Reyna y Tobar (43).

Otro aspecto por destacar es la metodología para recoger la información sobre la implementación. Los estudios destinados a identificar situaciones obstaculizadoras o favorables de implementación son realizados utilizando diversas metodologías, como entrevistas y grupos focales. Generar espacios de priorización, con todos los actores involucrados para determinar in situ las percepciones específicas de ciertas barreras o facilitadores, asimismo las concordancias y divergencias, permitirá que el ejercicio no sólo sea de interés de investigación, sino también de

acción. Con los datos recabados en estos espacios de manera preliminar a la intervención, los gestores de programas nutricionales en población indígena podrían entender las concepciones del problema y sus soluciones, que suelen ser diferentes al de otros contextos. Este diagnóstico tendría que constituir el punto de partida para cualquier intervención comunitaria en salud, y de esta forma, abordarla de una manera culturalmente sensible (40).

Las barreras de implementación tienen raíces en una variedad de causas, entre ellas la falta de claridad en las directrices operativas o roles y responsabilidades para la implementación, conflictos con otras políticas existentes, falta de coordinación y colaboración entre las partes responsables de implementación, o falta de motivación o voluntad política, incluida la oposición de partes interesadas (44). En contextos indígenas, el desarrollo de un programa de salud y la dinámica entre los actores involucrados suele ser particular. Los gestores y operadores muchas visitan las comunidades para una intervención puntual sin una permanencia constante y con poco conocimiento de los procesos que atraviesa la comunidad. Asimismo, las autoridades locales suelen contar con pocos conocimientos para analizar y abordar junto a los pobladores las problemáticas que los aquejan, tratando de entender las intervenciones que realizan los programas, en los que no participaron desde su diseño y planificación. Sin embargo, con la esperanza de obtener alguna mejora para su comunidad suelen recibir los apoyos sociales con el riesgo de ser cuestionados en su labor por otros actores de la comunidad. Por otro lado, los pobladores indígenas, que se encuentran

inmersos en sus actividades cotidianas en la comunidad o en áreas de actividad agrícola o pecuaria, no cuentan siempre con conocimiento pleno de la existencia de programas o de sus intervenciones, y tratan de resolver con sus propios recursos sus problemas de salud (16, 17, 25). Este escenario, que marca la implementación de los programas nutricionales en las poblaciones indígenas y la manera como la población percibe las intervenciones realizadas, implica un especial desafío en la comunicación y el diálogo que articule el actuar de los diferentes actores para un fin común.

Para los pueblos indígenas, las relaciones con los proveedores de programas nutricionales son particularmente complejas. Esto se debe principalmente a políticas y prácticas que excluyen los conocimientos y recursos de los pueblos indígenas para la solución del problema. Una relación de confianza y reconocimiento del otro y sus potencialidades permite a los pueblos indígenas acoger una intervención, esto puede requerir más tiempo, esfuerzo y comprensión por parte de los implementadores (40), especialmente si las intervenciones son variadas y tienen diversos componentes. Usualmente, los encuentros entre los pueblos indígenas y la implementación de programas de salud han generado percepciones negativas en los pobladores que incluyen sentimientos de no ser tomados en serio, ignorar sus circunstancias personales y experimentar actitudes y comportamientos discriminatorios por parte de los operadores (39, 40).

Como todo trabajo, existen limitaciones a mencionarse. Aunque se trató de ser exhaustivos, la limitada disponibilidad de acceso a más base de datos de información podría haber llevado

a omitir algún estudio relevante. Por otra parte, la heterogeneidad de los programas existentes podría complicar la comparación. Sin embargo, se buscó reducir posibles sesgos estudiando los diferentes casos reportados, incluyendo sólo aquellos aspectos en común.

Todos los pueblos indígenas desarrollan modelos de salud a partir de los cuales entienden y enfrentan sus propios problemas, incluido el problema nutricional infantil. Frente a ello, la incorporación de programas públicos debe tener en cuenta todos los aspectos del contexto en el cual se insertan, reconociendo la gran variabilidad de nociones en un mismo territorio. Esta incorporación debe ser respetuosa, reconociendo y valorando los conocimientos y saberes indígenas, apuntando siempre a una complementariedad con el sistema de salud institucionalizado. Como lo muestra este trabajo, que busca contribuir con la discusión y el análisis de la implementación de programas, no sólo basta con lograr la participación de los diferentes actores durante la implementación, sino desde el diseño de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flottorp, S.A., Oxman, A.D., Krause, J. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Sci* 8, 35 (2013). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.
2. Arriaga I. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.icap.ac.cr/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8067>.
3. Parada Parra L. Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*. 2018;20(33):79-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6920532>.
4. Unicef. Estado Mundial de la infancia 2023 [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023-informe>.
5. OMS. Malnutrición. [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
6. FILAC. Esfuerzos para impulsar los derechos de la niñez indígena en América Latina y el Caribe. [Internet]. Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/filac-y-unicef-unen-esfuerzos-para-impul>

- sar-los-derechos-de-la-ninez-indigena.
7. UN Nutrition. Informe de la Nutrición Mundial, El estado de la nutrición en el mundo. Suiza; 2014. https://globalnutritionreport.org/documents/776/2021_Global_Nutrition_Report_Spanish.pdf.
8. Ministerio de Cultura. Base de datos de pueblos indígenas (BDPI). Lista de pueblos indígenas u originarios. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>.
9. MINSA. Programa Articulado de Nutrición (Programa Presupuestal 001). Lima, Perú; 2021.
10. Pino P del, Mena M, Torrejón S, editores. Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. 1. ed. Lima: Inst. de Estudios Peruanos, IEP; 2012. 233 p. (Infancia y sociedad). https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/07._repensar_la_desnutricion.pdf.
11. Portugal T, Yon C, Machuca RV. Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no Poder”. Lima de 2016. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500>.
12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009 Aug 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
13. Mak, and Aliki Thomas. Steps for Conducting a Scoping Review. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9580325/>.
14. Tricco. Et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M18-0850>.
15. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022 Oct 29;17(1):75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0.
16. Escalante E. et al. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud pública de México* / vol. 50, no. 4, julio-agosto de 2008.
17. Froehlich A. et al. Supporting the Healthy Development of Rural Children: An Ecologically Based Investigation of Barriers and Facilitators Identified by Early Years Caregivers in the Promotion of Physical Activity and Healthy Eating. *The College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science. University of Saskatchewan. Canadá, 2010.* <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/3/362>.
18. Martínez T. y Fernández X. Barreras y facilitadores para el uso de los servicios de primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) por parte de la población de uno a menos de 6 años en los sitios centinela de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, Revista electrónica semestral, ISSN 1659-0201, Volumen 11, número 2, artículo. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
19. Barrio L. Barreras de acceso a la atención

- en salud para los indígenas de Mapiripán, Meta- Colombia. Tesis de Maestría Salud Pública. Universidad de los Andes.
20. Vega K. Motivaciones y Barreras en la Implementación de un Proyecto Productivo Integral para la Seguridad Alimentaria en Charape de los Pelones. Tesis como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciado en Nutrición. Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Ciencias Naturales. México, 2019.
 21. Lövestam E, Vivanti A, Steiber A, Boström A-M, Devine A, Haughey O, et al. Barriers and enablers in the implementation of a standardised process for nutrition care: findings from a multinational survey of dietetic professionals in 10 countries. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2020;33(2):252-62.
 22. Figueroa A. et al. Barreras culturales de comunicación con el personal de salud al recibir recomendaciones para una alimentación saludable en una comunidad Maya de Yucatán. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 2021, Vol. 8, No 1, pp 7-14. <http://revista.medicina.uady.mx>
 23. Isoyama S. y Buccini G. Implementation of strategies and programs for breastfeeding, complementary feeding, and malnutrition of young children in Brazil: advances and challenges. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39 Sup 2:e00053122.
 24. Nankumbi J. y Muliira J et al. Barriers to Infant and Child-feeding Practices: A Qualitative Study of Primary Caregivers in Rural Uganda. *J HEALTH POPUL NUTR* 2015 Mar;33(1):106-116. ISSN 1606-0997.
 25. Armar M. et al. Using Ethnography to Identify Barriers and Facilitators to Optimal Infant and Young Child Feeding in Rural Ghana: Implications for Programs. *Food and Nutrition Bulletin* 2018, Vol. 39(2) 231-245. <https://doi.org/10.1177/0379572117742298>.
 26. Merchant E. et al. Barriers and Facilitators in Preparation and Consumption of African Indigenous Vegetables: A Qualitative Exploration From Kenya. *Sec. Nutrition and Sustainable Diets*. Volume 6 – 2022. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2022.801527>.
 27. Athavale P. A qualitative assessment of barriers and facilitators to implementing recommended infant nutrition practices in Mumbai, India. *Journal of Health, Population and Nutrition* (2020) 39:7. <https://doi.org/10.1186/s41043-020-00215-W>.
 28. Ezezika O. et al. Barriers and Facilitators to the Implementation of Large-Scale Nutrition Interventions in Africa: A Scoping Review. *Global Implementation Research and Applications* (2021) 1:38–52. <https://doi.org/10.1007/s43477-021-00007-2>.
 29. Mohammad S. et al. A qualitative assessment of facility readiness and barriers to the facility-based management of childhood severe acute malnutrition in the public healthcare settings in Bangladesh. *Public Health Nutrition*: 25(11), 2971–2982 doi:10.1017/S1368980022002014.
 30. Chi C-C, Lim X-J, Low L-L, Lau K-M, Kari M, Shamsudin UK, et al. (2022) The challenges in managing the growth of indigenous children in Perak State, Malaysia: A qualitative study. *PLoS ONE* 17(3): e0265917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265917>.
 31. Samanó R. Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusi-

- va en un grupo de madres de la Ciudad de México. Archivos Latinoamericanos de nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol. 68 N° 1, 2018. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/1/art-4/>.
32. Balis L. Houghtaling B. Matching barriers and facilitators to implementation strategies: recommendations for community settings. *Implementation Science Communications* (2023) 4:144. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00532-1>.
 33. Thomas J. Waltz, Byron J. Powell, María E. Fernández, Brenton Abadie¹ and Laura J. Damschroder. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science* (2019) 14:42. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>.
 34. Pino P del, Mena M, Torrejón S, editores. Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. 1. ed. Lima: Inst. de Estudios Peruanos, IEP; 2012. 233 p. (Infancia y sociedad). https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/07._repensar_la_desnutricion.pdf.
 35. Portugal T, Yon C, Machuca RV. Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no Poder”. Lima de 2016. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.>
 36. Leavy MP, Szulc AP, Anzelin I. Niñez indígena y desnutrición. Análisis antropológico comparativo de la implementación de programas alimentarios en Colombia y Argentina. Cuadernos de Antropología Social. (48):39-54. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/3812>.
 37. López J. Perspectivas y estrategias comunitarias relacionadas con la desnutrición infantil (0-7 años), en tres comunidades Wayúu del resguardo indígena Manaure, La Guajira. Universidad de Antioquia. <https://www.redalyc.org/journal/562/56267150004/html/>.
 38. García et al. Impacto de los programas del Organismo de Nutrición Infantil en la prevalencia de anemias en niños de la etnia Wixárika en México. Actualidad. Revista Española de Nutrición Comunitaria [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.renc.es/actualidad2.asp?cod=23&pag=&codR=&v=1&buscar=&anno=>
 39. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc. enferm.* vol.18 no.3. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532012000300003.
 40. Gibson, O., Lisy, K., Davy, C. y col. Facilitadores y barreras para la implementación de intervenciones de atención primaria de salud para pueblos indígenas con enfermedades crónicas: una revisión sistemática. *Implementación Sci* 10 , 71 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>.
 41. Vargas I. Barreras de acceso a la atención de salud en modelos de competencia gestionada. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv1de1.pdf>.
 42. Laura J Damschroder, David C Aron, Rosalind E Keith¹, Susan R Kirsh, Jeffery A Alexander and Julie C Lowery. Fostering im-

- plementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009, 4:50. Doi:10.1186/1748-5908-4-50.
43. Reina C. y Tobar M. Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 21(6): 614-621, 2019. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n6/614-621/es>.
 44. Segura J. Programar en Salud Pública: Los programas son indiscretos e impertinentes | Salud Pública y algo más [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/06/03/119479.
 45. Unicef. Estado Mundial de la Infancia: niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF, Nueva York.
 46. Guardamagna M. y Reyes, M. El desafío de la implementación de políticas públicas participativas para el desarrollo del territorio [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212019000101003.
 47. USAID. Implementation Barriers. [Internet]. [citado 09 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272_ImplementationBarriers-ResourceGuide.pdf.
 48. Organización de las Naciones Unidas. Los pueblos indígenas. Disponible: <https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>