UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# Diálogo Intercultural y Políticas de Salud en la Comunidad Indígena de Cartagena Departamento del Amazonas

**Diana Marcela Prieto Romero**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.

Bogotá, Colombia

2014

# Diálogo Intercultural y Políticas de Salud en la Comunidad Indígena de Cartagena Departamento del Amazonas

**Diana Marcela Prieto Romero**

Tesis o trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Salud Pública.**

Director:

Norman Giovanni Apraez Ippolito

Doctor, Salud Publica, Mg Salud Publica, Medico

Codirector:

José Milton Guzmán Valbuena

Magister en Salud Publica, Medico, Antropólogo

Grupo de Investigación

Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.

Bogotá, Colombia

2014

*Dedicatoria*

A Estrella que acompaña todos los días mí caminar, con un beso tierno y un abrazo de oso es la fuerza para seguir adelante.

A mis padres por su apoyo

A todas las comunidades indígenas, especialmente las de AIZA

# Agradecimientos

A personas con las que he crecido tanto en la parte personal como profesional entre ellas: la Asociación Indígena Zonal de Arica -AIZA en especial a los médicos tradicionales y lideres, Iván Matapi Yucuna Asociación de Capitanes Indígenas del Miriti Amazonas -ACIMA, Hernando Castro Suarez Consejo Regional Indígena del Medio Amazonas-CRIMA, Organización Indígena Muruy del Amazonas -OIMA, Consejo Indígena de Puerto Alegría -COINPA, Cabildo Indígena Mayor de Tarapacá-CIMTAR, Asociación de Autoridades Indígenas del Pueblo Miraña y Bora del Medio Amazonas -PANI, Asociación de Autoridades Indígenas de Pedrera Amazonas –AIPEA, la Fundación GAIA Amazonas, Juan Carlos Preciado Buitrago, Álvaro César Velazco Álvarez, Nelson Mamian Guzmán y Patricia Suarez Torres.

A personas de la academia e instituciones como Dr. Norman Giovanni Apraez Ipollito Director de Tesis Universidad Nacional de Colombia, Dr. José Milton Guzmán Valbuena Organización Panamericana de la Salud-OPS -Codirector de tesis, Sara Helena Carrillo Universidad Nacional de Colombia Jhon Francisco Ariza Montoya Ministerio de Salud y la Protección Social, Oscar Sánchez Jiménez, Martha Chavarro Medina Dirección de Salud Departamental del Amazonas DSDA, Luz Mila Murcia Dirección de Salud Departamental del Amazonas DSDA,.

A personajes que con sus obras siguen aportando a los ideales de la salud entre ellos Henry Sigerist, Giovanni Tognoni, Naomar Almeida, Gonzalo Aguirre Beltrán, Roberto Campos Navarro, Eduardo Menéndez, Enrique Dussel, Vicente Navarro, Hugo Spinelli, Guillermo Bonfil Batalla y Julio Cesar Payán.

# Resumen y Abstract

El presente escrito se aproxima a caracterizar el diálogo intercultural en la comunidad de Cartagena y la manera cómo incide en la construcción de un modelo de salud diferenciado que responda a la realidad étnica y cultural del Departamento. Para precisar el alcance del problema partimos definiendo diálogo intercultural como un proceso que abarca el intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas, familia, comunidad y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de entendimiento y respeto mutuo, para lo cual se necesita una descolonización epistemológica, de acuerdo a lo que propone Enrique Dussel quien la determina como el despojo de creencias o criterios únicos y válidos para explicar el mundo.

El planteamiento propuesto se fundamenta desde la salud como un proceso social, participativo el cual está inmerso en el contexto político, social, histórico, económico, cultural, educativo lo cual coincide con los autores como Henry Sigerist, Giovanni Tognoni y Eduardo Menéndez entre otros.

De esta manera se asume el análisis integral en la ejecución e implementación de políticas en la comunidad de Cartagena del Departamento del Amazonas; en cada uno de los espacios donde se planean, construyen y ejecutan las acciones de salud pública, en los espacios: Nacional (Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI en construcción), departamental (Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa) y local en la comunidad de Cartagena perteneciente a la Asociación Indígena Zonal de Arica -AIZA (prestación de los servicios de salud de la medicina tradicional indígena y occidental en el Centro de Salud de Arica).

La metodología utilizada es estudio de caso y se acoge la definición de Yin: “El estudio de caso como una estrategia de investigación que comprende todos los métodos con la lógica de la incorporación en el diseño de aproximaciones específicas para la recolección de datos y el análisis de éstos”, (yin, 1994:13).
Se elaboró un esquema de relaciones para el análisis, este busca la comprensión de la relación entre lo político normativo y el diálogo de saberes en tres niveles de la realidad: la general (nacional), la particular (en el departamento) y la singular (en la comunidad).

En cuanto a los resultados y conclusiones hay diferencias en la definición de diálogo intercultural entre los indígenas y las personas de la institucionalidad o no indígenas. Para los indígenas el diálogo es la interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos como los seres de la naturaleza para mantener el equilibrio y procurar la salud de los comuneros, para los no indígenas es solo una interacción entre humanos con respeto, transparencia y sinceridad.

El diálogo al interior de la comunidad se realiza en su cotidianidad en espacios como la chagra, la maloca, la pesca, la cacería, el fogón, la cancha de futbol, etc. El diálogo en la prestación de los servicios de salud con el médico tradicional y promotor de salud es: cercano, de confianza, con tranquilidad, entre otras porque no hay un protocolo para la atención, las personas se hacen responsables de sus cuerpos sin dejar de lado sus creencias, y no hay barreras visuales, de tiempo y espacio.

El diálogo en la prestación de los servicios de salud occidental presenta dificultades entre otras por la falta de herramientas de los profesionales que debería proporcionar la academia, la entidad territorial y la sociedad con respecto al diálogo intercultural con comunidades indígenas, el cual debe estar basado en el respeto por otros conocimientos, y de forma complementaria tener iniciativa de escucha y sensibilidad por el otro como persona con saberes y prácticas en salud.

El diálogo intercultural a nivel departamental en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa -MPCI ha sido un proceso oscilante que ha pasado por diferentes etapas el cual demanda seguir trabajando con perseverancia y una mayor sensibilidad por parte de la institucionalidad sobre la importancia del diálogo intercultural en este espacio y en las acciones que se realizan en territorios diversos culturalmente.

A nivel nacional el diálogo intercultural en el espacio de socialización sobre los avances en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI, se pierden oportunidades en este sentido de diálogo intercultural entre líderes indígenas de diferentes departamentos, y entre los pueblos indígenas y la institucionalidad. Esta, la institucionalidad en su afán de ayudar, más se aleja del ejercicio de escuchar, en medio de la falta de planeación de los encuentros y la falta de compromiso de algunos líderes indígenas con sus pueblos.

El ejercicio de la epidemiologia comunitaria que se viene realizando en la comunidad de Cartagena, ha permitido el diálogo intercultural, y se ha trabajado como una herramienta para fortalecer la medicina tradicional y permitir el diálogo con la institucionalidad, la propuesta de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria ha sido efectiva al nacer de los indígenas y ser incorporada en sus procesos comunitarios.
En la experiencia en comunidad se identificó que la formación de promotores de salud o agentes de salud comunitarios debe responder a la realidad territorial, donde son estos líderes, ellos que hacen de médicos, parteras, etc. En un contexto de dispersión geográfica donde se requieren respuestas; por lo anterior el promotor debe tener una formación r integral, no solamente de promoción y prevención.

En los territorios indígenas, en este caso el de la asociación de AIZA, se demanda un nuevo tipo de profesionales, con capacidades para el diálogo, sensibilidad y respeto por otros sistemas de conocimiento.

El trabajo aporta en la comprensión sobre que competencias deben tener los profesionales en salud que trabajan en territorios con población indígena, y la forma como deben aprenderlos con estrategias pedagógicas vivenciales en terreno, es decir para contar con una formación en contexto.

## ABSTRACT

This text is an approach to characterize the intercultural dialogue in Cartagena´s community and the way how it influence in the creation of a differentiated health model that faces to the department´s ethnical and cultural reality. In order to precise the situation´s reach we start determining the intercultural dialogue as a process that includes an outspoken interchange of opinions between people, family, community and groups with several traditions and ethnic origins, cultural, religious and linguistic; for which is necessary a epistemology decolonization according to Enrique Dussel who determine it as a dispossession of beliefs or unique criteria that are available to explain world.

The proposed approach is based in health as a participated social process which is immersed in a politic context, social, historic, economic, cultural, educative, which is consistent with author´s opinions like Henry Sigerist, Giovanni Tognoni and Eduardo Menéndez among others.

This way we assume an integral analysis used in execution and implementation of politics in Cartagena´s community located in Amazonas region; including every place where have been planned and executed the public health services, national order (Indigenous System of intercultural and own health), regional order (Permanent Bureau of Administrative Coordination), and local in Cartagena's community belonging to Indigenous Zonal Association of Arica (Provision of health services in traditional medical indigenous and western at Health Center of Arica).

The methodology used is case study and is related to Yin´s definition "Case study as a research strategy which includes all methods with logical of incorporation in specific approaches design to collect data and analyze them".
Was created a relationships outline in order to understand the relationship between politics policy and knowledge dialogue in three levels of reality, general or national, particular or regional, and singular in the community.

As a results and conclusions, there are differences in definition of intercultural dialogue from indigenous and people of the institutional or not indigenous. For indigenous, dialogue is an interaction and relation between human beings and not humans. Like beings of nature in order to hold a balance and seek health; and for not indigenous, is only between humans with respect, clarity and honesty.

Dialogue within community is developed every day in places like chagras, malocas, fishing, hunting, the fogon, soccer field, etc. Dialogue in the provision of health services with a traditional doctor and health promoter is: close, trustworthy, with confidence, among other, because there is no a protocol for care, people made themselves responsible for their bodies without leaving their beliefs, and there are no visual barriers of time and space.

Dialogue in the provision of health services in West presents difficulties including the lack of tools for professionals what is provides by the academy, society and local authority with respect to intercultural dialogue to indigenous communities, which must be based on the respect for other knowledge, initiative and sensitivity for other as a person.
The intercultural dialogue at the departmental level in the space of the Permanent Bureau of Administrative Coordination has been an oscillating process that has gone through different stages, which demands perseverance when working and more sensitivity by the institutions about the importance of intercultural dialogue in the local space and the actions taken in these areas as diverse culturally.

In national order, intercultural dialogue in the space of socialization of the progress by the Indigenous System of intercultural and own health, opportunities for intercultural dialogue between indigenous leaders from different departments has been lost, institutional in an effort to help more lacks the listening process, lack of planning and lack of commitment by some indigenous leaders.
Community epidemiology in the Cartagena´s community is a power tool in order to strength the traditional medicine and to dialogue with the institutions, the proposed by VEC is only effective if it comes from them and is incorporated in their community processes.

The training of health workers and community health workers must face to the territorial situation where these leaders work as doctors, midwives, etc, in response to geographical dispersion. So it training must be complete and not only promotion and prevention.
Indigenous territories in this case the association AIZA demand new professionals with dialogue capabilities, awareness and respect for other knowledge systems.
Therefore, this paper contributes to the visibility of the importance of intercultural dialogue in the construction and implementation of health policies for indigenous territories.

**Palabras clave:** Participación, Política, Interculturalidad, Amazonas, Epidemiologia Comunitaria y Dialogo Intercultural.

**Keywords:** Participation, Politics, Intercultural, Amazonas, Community Epidemiology and Intercultural Dialogue.

# Contenido

Capítulo 1. Descripción Del Problema ..... 3
1.1 Introducción ..... 3
1.2 Planteamiento del problema ..... 4
1.3 Preguntas problema ..... 7
Capítulo 2. Justificación ..... 8
Capítulo3. Objetivos ..... 11
3.1 Objetivo General ..... 11
3.2 Objetivo Específico ..... 11
Capítulo 4. Marco Teórico General y Referencial ..... 13
4.1 Cultura y Diálogo Intercultural ..... 13
4.2 La epidemiologia comunitaria como herramienta de diálogo intercultural ..... 16
4.3 Políticas de salud como herramienta para un diálogo intercultural ..... 18
4.3.1 Marco legal internacional: ..... 20
4.3.2 Marco Legal Nacional: ..... 21
4.4 Contexto Histórico del Departamento del Amazonas y la Comunidad de Cartagena ..... 27
Capítulo 5. Metodología ..... 30
1.4 Estudio de Caso: ..... 30
1.5 Población ..... 31
1.6 Recolección procesamiento y análisis de la información ..... 31
1.7 Aspectos Éticos y consentimiento informado ..... 33
1.8 Trabajo de campo, conversación cotidiana y entrevistas cualitativas ..... 33
1.9 Guías de observación. ..... 34
1.10 Tipo de Análisis. ..... 34
Capítulo 6. Resultados ..... 41
1.11 Definición de diálogo para la comunidad de Cartagena ..... 42

1.12 El diálogo en la prestación de los servicios de salud en la comunidad de Cartagena .....45

1.13 El diálogo intercultural en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa a nivel departamental –MPC.....53

1.14 El diálogo interculturalidad en el espacio del SISPI a nivel nacional.....60

1.15 Vigilancia Epidemiológica Comunitaria una experiencia de diálogo intercultural. .....65

Conclusiones y Recomendaciones. .....75

A: Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena.....78

Referencia Bibliografía.....94

# Lista de acrónimos

| | |
|---|---|
| AATI´s | Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas. |
| ACIMA | Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Amazonas. |
| ACITAM | Asociación del Cabildo Indígena del Trapecio Amazónico. |
| ACIYA | Asociación de Capitanes Indígenas del Yaigoje Apaporis. |
| AIPEA | Asociación Indígena de la Pedrera Amazonas. |
| AIZA | Asociación Indígena Zonal de Arica. |
| ASOAITAM | Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de Tarapacá. |
| ATICOYA | Asociación de Autoridades Indígenas del Resguardo Ticoya. |
| AZCAITA | Asociación Zonal de Comunidades Indígenas del Trapecio Amazónico. |
| AZICATCH | Asociación Zonal de Cabildos y Autoridades Tradicionales de la Chorrera. |
| CIMTAR | Cabildo Indígena Mayor de Tarapacá. |
| COIDAM | Consejo Indígena del Alto y Medio Amazonas. |
| COINPA | Consejo Indígena de Puerto Alegría. |
| CRIMA | Consejo Regional Indígena del Medio Amazonas. |
| DSDA | Dirección de Salud Departamental del Amazonas. |
| EPS | Entidad Promotora de Salud. |
| ESE | Empresa Social del Estado. |
| GISP | Gestión Integral de Salud Pública. |
| IPS | Institución Prestadora del Servicio de Salud. |
| MPCI | Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa. |
| MSPS | Ministerio de Salud y la Protección Social. |

| | |
|---|---|
| OIT | Organización Internacional del Trabajo. |
| OIMA | Organización Indígena Muruy del Amazonas. |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud. |
| SSO | Servicio Social Obligatorio. |
| OZIPEMA | Organización Zonal Indígena de la Pedrera Amazonas. |
| PAB: | Plan de Atención Básica. |
| PANI Amazonas. | Asociación de Autoridades Indígenas del Pueblo Miraña y Bora del Medio |
| POAS | Plan Operativo Anual. |
| SVE | Sistema de Vigilancia Epidemiológica. |
| SISPI | Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural. |
| UPC | Unidad de Pago por Capitación. |

# Lista de Mapas

Mapa 2 Departamento del Amazonas. ..... 29

Mapa 4 - 1 Latinoamérica ..... 29

Mapa 6 - 3: Ubicación geográfica de la Asociación Indígena Zonal de Arica. ..... 42

Mapa 6-4: Croquis de la Comunidad de Cartagena ..... 42

Mapa 6-5: Territorio de la Asociación Indígena Zonal de Arica AIZA ..... 43

Mapa 6- 6: Departamento del Amazonas por Asociaciones Indígenas ..... 60

# Lista de Graficas

Grafica 6 -1 Prevalencia por Mes Ene – Jun. 2012 en la Comunidad de Cartagena ..... 68

Grafica 6- 2 Prevalencia por Época en la Comunidad de Cartagena..... 69

Grafica 6- 3 Prevalencia en la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena ..... 69

Grafica 6- 4 Prevalencia por rangos de edad de gripa de la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena 2012. ..... 70

Grafica 6- 5 : Prevalencia de la época de Uak+ en la Comunidad de Cartagena 2012. .. 70

Grafica 6- 6: Prevalencia por rangos de edad de gripa de la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena 2012. ..... 71

Grafica6- 7: Prevalencia de la Época Rozi en la Comunidad de Cartagena 2012. ..... 72

Grafica 6- 8: Prevalencia por rangos de edad de Malaria de la Época Rozi en la Comunidad de Cartagena 2012. ..... 72

Grafica 6-9: Prevalencia en el Periodo Ene – Jun. 2012 en la Comunidad de Cartagena ..... 73

# Lista de Figura

Figura 6 - 1: Esquema de relaciones. ..... 32

# Lista de Tablas

Tabla 1: Porcentaje de aparición categoría de análisis ..... 37

Tabla 2: Relaciones textuales y extra-textuales ..... 37

Tabla 3: Referentes para la codificacion ..... 38

Tabla 4: Codificación relacionada con la categoría interculturalidad ..... 39

Tabla 5: Codificación relacionada con la categoría dialogo. ..... 39

# Lista de Fotos

Foto 6-1: Atardecer en el río Putumayo ..... 41

Foto 6-2: Medico tradicional Indígena e AIZA ..... 45

Foto 6-3: Niños indígenas en la chagra ..... 49

Foto 6- 4: Líderes indígenas en la MPCI ..... 59

Foto 6- 5: Olla en el fogón cocinando plátano ..... 64

Foto 6- 6: Promotores de Salud de AIZA analizando los datos epidemiológicos comunitarios ..... 67

Foto 6- 7: Hoja de coca para hacer el elemento sagrado del mambe ..... 71

Foto 6- 8: Danta bebe ..... 73

# Introducción

El presente trabajo es el resultado de aprender y compartir con las comunidades indígenas del Resguardo Predio Putumayo. El trabajo de campo el tiempo siempre fue y siempre será corto, nunca es suficiente para acompañar en los diferentes espacios de la comunidad, el mambeadero (lugar sagrado donde dialogan), ir a la chagra (lugar donde cultivan los alimentos), contemplar el atardecer, ver a los niños incluyendo a mi hija saltar y jugar en el río, las mujeres lavando, los hombres pescando - cazando, compartir mis conocimientos en los temas de salud hasta donde ellos así lo consideraban pertinente o simplemente callar para escuchar a la selva cantar.

Este caminar me llevó a reflexionar en muchos aspectos de mi vida profesional y personal, que como dice el maestro Enrique Dussel: "cuanto nos descolonizamos epistemológicamente", para tener la capacidad de escuchar, aceptar y respetar la palabra del otro o como dirían los sabedores en el mambeadero "si así está bueno para usted; esta bueno". De ahí la importancia de analizar el diálogo intercultural que se da en la implementación de políticas de salud en este caso en la Comunidad de Cartagena de la Asociación Indígena Zonal de Arica –AIZA– del Departamento del Amazonas, para este análisis se identificaron tres escenarios: La comunidad de Cartagena, el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministiva -MPCI y el espacio para la socialización de los avances en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI– una propuesta de carácter nacional.

El trabajo de campo es una experiencia con capacidad de movilizar además de tocar aspectos sentimentales, unos alegres, otros con una carga de nostalgia bastante alta, el cual permitió observar, hablar, compartir y debatir; este escrito se comparte con la academia no solamente para obtener un título académico, sino la posibilidad de reflexionar con los docentes, jurados, estudiantes, secretarios de salud, si en el día a día realmente respetamos al otro, sea indígena, estudiante, amigo, compañero o colega con su cultura, cuentos, creencias, miedos, alegrías y si estamos dispuestos a aprender del otro así no tenga títulos académicos, ni argumentos construidos desde lo científico.

El documento como cualquier otro tiene limitaciones pero el principal es la falta de espacio para lograr explicar a profundidad cada escenario que aquí se caracteriza, la metodología utilizada es la de estudio de caso, por ser considerada útil para una investigación procesual, sistemática y profunda de un caso en concreto, los resultados dan cuenta 1). De la diferencia del concepto de diálogo de los líderes de la comunidad indígena de Cartagena, con el de las personas de la institucionalidad, 2). El diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud entre la medicina tradicional y occidental, 3) El diálogo intercultural a nivel departamental en el espacio de la Mesa

Permanente de Coordinación Interadministrativa –MPCI entre los pueblos indígenas y la institucionalidad y 4). El abordaje del diálogo en un escenario político a nivel nacional, en el marco de la socialización y retroalimentación de la propuesta de Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural SISPI.

# Capítulo 1. Descripción Del Problema

## 1.1 Introducción

El Estado a partir de la ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, desde el cual y bajo un modelo de aseguramiento se hace responsable de garantizar el "Derecho a la Salud". Para ello desde el nivel central realiza los desarrollos políticos normativos y define como se apropian los recursos para financiar el sistema. La estructura del sistema en términos generales es así: a) El Ministerio de salud gestiona la elaboración de las políticas, la Superintendencia de Salud vigila el cumplimiento de las mismas y determina las regulaciones especificas; b) Se crean instituciones especializadas para administrar los recursos (EPS –contributivas y subsidiadas) y otras para prestar los servicios (IPS o ESE); c) Las entidades territoriales cumplen con la función delegada de vigilancia y se encargan de garantizar las coberturas en Salud Pública o actualmente llamado Gestión Integral de Salud Pública – GISP, por otro lado cubren la atención de las personas "vinculadas" que son aquellas que no tienen capacidad de pago y el Estado aún no cuenta con los recursos para asignar una Unidad de Pago por Capitación –UPC- que permita ingresarlos al régimen subsidiado y los ciudadanos que perciben un ingreso estable, deben realizar aportes al régimen contributivo en el sistema.

A inicio de la creación del SGSSS, teniendo como referencia el perfil epidemiológico nacional de aquel momento, se establecieron los eventos de salud que cubría cada régimen de aseguramiento (aparece el Plan Obligatorio de Salud POS –diferenciado para el contributivo y el subsidiado que regula la garantía de algunos: procedimientos, medicamentos, referencia y contra-referencia, etc.).

Bajo este modelo y con la claridad de que en la elaboración de la Ley 100 de 1993 no hubo consulta y concertación con los Pueblos Indígenas como lo determina la Ley 21 de 1991, el Congreso de la República aprobó la Ley 691 del 2001 en su artículo 10 establece que las acciones en salud se ajustaran a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de los pueblos, sin embargo esta Ley se dio bajo el modelo de aseguramiento planteado en él SGSSS, con el cual dichos pueblos no están de acuerdo.

En la actualidad y bajo el mandato de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, en el anexo IV.C.1-1, se plantea la construcción del Sistema Indígena de Salud

Propia e Intercultural – SISPI, el cual se está trabajando desde el año 2013 y cuya principal tensión está en la discusión si se da o no en el marco del SGSSS.
En este contexto el Departamento del Amazonas en Colombia, uno de los lugares del país donde se ha conservado en mayor proporción las prácticas culturales, sociales, lingüísticas y por lo tanto la conservación del medio ambiente, entre otros, gracias a la organización político administrativa de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas -AATI´s-, una de ellas es la Asociación Indígena Zonal de Arica –AIZA– ubicada dentro del Resguardo Predio Putumayo creado por resolución 0030 del 6/4/1988. La asociación AIZA cuenta con 10 comunidades, ubicadas sobre la rivera de los ríos Putumayo y Cara-Paraná (Arica, Sabaloyaco, Cartagena, Reforma, Nueva Unión, Esmeralda, Cabello, Tolima, Witemberg y Limón) las etnias mayoritarias son Huitotos y Boras, la población total es de 911 habitantes de acuerdo al censo de la asociación 2010.

Igualmente para la prestación del servicio de salud occidental en este territorio se cuenta con un Centro de Salud de I nivel ubicado en la comunidad de Arica que es la Institución Prestadora del Servicio de Salud y 9 puestos de salud comunitarios, el centro de salud cuenta con 3 profesionales del área de la salud (medico, enfermera y odontólogo) este personal cambia cada 9 meses cuando culmina el servicio social obligatorio; los puestos de salud comunitarios son atendidos por 10 promotores hoy llamados auxiliares de salud pública.

## 1.2 Planteamiento del problema

En un territorio de gran diversidad cultural como es el Departamento del Amazonas donde todavía no se cuenta con un modelo de salud acorde a la realidad étnica, cultural, social y geográfica como lo establece la normatividad, se hace pertinente abordar como tema de estudio cómo ha sido la relación del sistema de salud colombiano con los sistemas de conocimientos de los pueblos indígenas, en este caso particular con la comunidad de Cartagena e investigar cómo se da el diálogo intercultural en salud y la manera cómo este incide en la construcción de un modelo de salud diferenciado que responda a la realidad del Departamento.

Al revisar sistemáticamente la literatura relacionada a través de los motores de búsqueda y literatura gris, se encontró carencia en estudios en salud relacionados con diálogo intercultural, sin embargo se halló el tema con relación a lo educativo.
Desde esta perspectiva entonces el presente trabajo responde a una necesidad. El análisis se asume teniendo en cuenta los diferentes espacios donde se planean, construyen y ejecutan las acciones de salud pública, tomando como actores: La Dirección de Salud Departamental del Amazonas, Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud -IPS- y la comunidad de Cartagena perteneciente a la asociación AIZA.

- **Dirección de Salud Departamental del Amazonas.**

La Dirección de Salud Departamental se constituyó en 1993 a cargo, en ese momento, del médico Hernán Gutiérrez Barrios. Desde entonces la institución asume formalmente la responsabilidad de construir el diálogo intercultural indispensable para incorporar en

los procesos de salud la diversidad que caracteriza el territorio Amazonense. Como interlocutores cuenta entre otros con las Asociaciones Indígenas del área departamental como la asociación AIZA, con quien debe planear acciones de salud pública adecuadas para el territorio, siendo este deber ser la razón por la cual se hace importante analizar el proceso de interlocución que se han adelantado en la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa - MPCI[1].

El análisis debe plantear si en estos procesos de diálogo se impone una relación de poder (dominante – dominado); o si se construye una relación de pares donde fluye un diálogo de manera abierta, fundado en la renuncia del eurocentrismo, la descolonización epistemológica de los profesionales de salud y buscando identificar sí se propicia un crecimiento mutuo. Por último es importante examinar si estos procesos de diálogo llevan a la construcción de estrategias o acciones que propicien el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones desde sus perspectivas de desarrollo.

- **Entidad Promotora de Salud EPS**

Las entidades promotoras de salud son instituciones que administran los recursos y establecen la oferta de los servicios de salud de acuerdo a la ley 100 del 93. En el Departamento del Amazonas están autorizadas 10 EPS, de los regímenes subsidiado y contributivo, de acuerdo al informe del Ministerio de Salud y Protección Social, de estas 2 son subsidiadas y tienen afiliada la mayoría de la población indígena del departamento, estas EPS´s ofertan los servicios de salud a toda la población sin tener en cuenta las particularidades étnicas, culturales, lingüísticas y geográficas del departamento.
El proceso de afiliación en las Asociaciones Indígenas entre ellas AIZA, se realiza sin tener en cuenta la estructura política interna de la asociación, esto genera la fragmentación de la población entre diferentes EPS, dificultando la prestación de los servicios y aún más si se trata de remisiones a los niveles 2, 3 y 4 de atención, a los cuales solo se puede acceder desplazándose a Leticia, Villavicencio o Bogotá.

La dispersión geográfica demanda que las urgencias se diagnostiquen, atiendan y tramiten de una manera rápida y oportuna, pero la gestión administrativa muchas veces dificulta el desplazamiento rápido y oportuno de la población que lo demanda, estas condiciones son genéricas en el departamento, en cuanto a la atención en salud que se ofrece y se brinda en las comunidades distantes.

Se oferta servicios de salud en medio de un modelo de mercado competitivo que no tiene en cuenta las características propias de la población a la cual se quiere acceder y el territorio en el que viven.

- **Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud**

[1] Espacio de coordinación político administrativo entre las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas – AATI´s y el gobierno departamental del Amazonas

Las Instituciones prestadoras del servicio de salud son la puerta de entrada de una persona al sistema de salud colombiano, en ellas, de acuerdo con los parámetros de la cultura occidental, se entrega el cuerpo al saber médico, perdiéndose cada vez más la posibilidad de decidir sobre sí mismo, en la medida que la persona con conocimientos "legítimos" en este caso el médico, es el que sabe del tema; en el sistema ingresan las personas, más no sus sistemas de conocimiento, valores, tradiciones o prácticas curativas, al extremo que allí se transforman de manera inmediata en "usuarios" o en "clientes".

Este tipo de relación genera tensiones entre Pueblos Indígenas e instituciones prestadoras del servicio de salud. Estas tensiones, en el caso de AIZA y la comunidad de Cartagena se evidencian cuando las personas acuden al servicio de salud y expresan que encuentran formas de exclusión, las cuales no permiten un diálogo entre culturas.

- **Comunidad de Cartagena**

La comunidad de Cartagena perteneciente a la asociación AIZA tiene una población de 854 habitantes de acuerdo al censo de la asociación 2012, ha vivido una falta de diálogo intercultural y la imposición de lo institucional, llevando a los indígenas a una dependencia del sistema de salud occidental, debilitando de esta manera los valores propios de la cultura en general y en salud como los bailes tradicionales, dietas y prácticas cotidianas.

Por lo anterior se da una pérdida de los conocimientos que garantizan la pervivencia de las comunidades indígenas en adecuada convivencia con los demás seres que habitan su territorio, afectándose no solamente el medio ambiente si no su calidad de vida.
Cuando el sistema de salud se organiza a partir de la ley 100 del 91, en estas comunidades se empieza a evidenciar las carencias del sistema para dar cuenta de realidades como por ej: la del Departamento del Amazonas.

En el Amazonas se presentan situaciones como: la reducción de medicamentos debido al cambio de ofrecer los servicios ya no por oferta si no por demanda, en respuesta a esta dependencia la asociación AIZA incluida la comunidad de Cartagena deciden asumir esta situación de manera colectiva para romper esta dependencia, es así como empiezan un proceso de salud que incluye la epidemiologia comunitaria donde uno de los objetivos es que él otro (las personas no indígenas) los entiendan de tal manera que se genere la necesidad de dialogar y reflexionar en la pertinencia de asumir otros sistemas de conocimientos con sus definiciones y formas de resolver los eventos de salud y enfermedad que se presentan.

De esta manera la problemática del análisis del diálogo intercultural se centran en las siguientes preguntas problema.

## 1.3 Preguntas problema

¿Cuáles son las visiones de diálogo de la comunidad de Cartagena y de la Institucionalidad en el Departamento del Amazonas en la perspectiva del ejercicio de diálogo intercultural en los espacios de la prestación de los servicios?

¿Cuáles son las visiones de diálogo de la comunidad de Cartagena y de la Institucionalidad en el Departamento del Amazonas en la perspectiva del ejercicio de diálogo intercultural en los espacios de adopción y adaptación de las políticas y normas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas del país, por el nivel departamental del Amazonas?

Cuáles son las visiones de diálogo de la comunidad de Cartagena y de la Institucionalidad en el Departamento del Amazonas en la perspectiva del ejercicio de diálogo intercultural en los espacios para la construcción de la política nacional de salud con relación a los pueblos indígenas?.

# Capítulo 2. Justificación

Colombia al contar con una Constitución Política que define al país como un Estado Social de Derecho, en el cual se reconoce la diversidad cultural y lingüística, y desarrolla una serie de artículos que permiten contar con un referente de derechos étnicos crea un contexto político legal favorable a los pueblos indígenas.

Sin embargo el desarrollo normativo del mandato constitucional ha sido insuficiente y evidencia las diferentes interpretaciones al respecto. Dichas interpretaciones no han contado con espacios de calidad para dar salida a las tensiones derivadas de estas diferencias. En el caso del sector salud no ha permitido definir si los derechos en salud de los pueblos indígenas se deben trabajar en el marco del SGSSS o no.

En este mismo sentido y llevado al plano de lo administrativo y de lo técnico, los departamentos tampoco cuentan con orientaciones claras para la adopción y adaptación de las políticas, estrategias, planes y programas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas, esto se refleja en los espacios de consulta y concertación entre las instituciones y los indígenas con relación al Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, en el modelo de salud a operar en el departamento entre otros.

En el nivel comunitario de un departamento como el Amazonas en donde la oferta estatal llega con claras deficiencias, la realidad permite evidenciar desencuentros entre lo planteado por el SGSSS y las posibilidades de la comunidad indígena de acceder a dicho sistema en el marco del reconocimiento de la diversidad cultural de la que habla la Constitución Política de 1991.

Con relación a la producción de investigaciones u estudios relacionados con diálogo intercultural como se menciono en el planteamiento del problema existen vacios con relación a este tipo de trabajos.

Por lo anterior el presente estudio se plantea el abordaje de la forma como se da el diálogo intercultural en diferentes niveles de la realidad como la posibilidad de comprender como lo político normativo se expresa en la vivencia de comunidades indígenas como la de Cartagena en el Departamento del Amazonas.

La población de Cartagena fue seleccionada mediante consulta y concertación con la Autoridades tradicionales Indígenas de esta zona, lo que facilito el trabajo de campo.

# Capítulo3. Objetivos

## 3.1 Objetivo General

Analizar las situaciones inmersas en los ejercicios de diálogo intercultural en la ejecución e implementación de políticas en salud indígena en la comunidad de Cartagena, Asociación Indígena Zonal de Arica -AIZA del Departamento del Amazonas.

## 3.2 Objetivo Específico

a) Caracterizar las situaciones presentadas en los ejercicios de diálogo intercultural entre la institucionalidad territorial (prestador de los servicios de salud, Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa MPCI) y la comunidad indígena de Cartagena en el Departamento del Amazonas.

b) Describir el ejercicio del diálogo intercultural de los pueblos indígenas y los actores institucionales, en el escenario de la socialización del SISPI en la perspectiva de la construcción de la política nacional de salud indígenas para la región amazónica.

c) Identificar la utilización de los marcos normativos previstos para garantizar la participación en la construcción, definición e implementación de la política de salud pública en el Departamento del Amazonas.

# Capítulo 4. Marco Teórico General y Referencial

Abordar el análisis del dialogo intercultural en la ejecución e implementación de políticas en salud en la comunidad de Cartagena, en el departamento de Amazonas, implica contemplar aspectos históricos, políticos y culturales. En ese orden de ideas, el presente marco teórico se divide en cuatro aspectos: a) los términos cultura y diálogo intercultural, b) la epidemiología como herramienta para un diálogo intercultural, c) políticas de salud como una herramienta para el diálogo intercultural, y d) componente histórico del departamento del Amazonas y de la comunidad de Cartagena (marco contextual local).

## 4.1 Cultura y Diálogo Intercultural

### Cultura

El término cultura surge en Alemania a finales del siglo XVIII. Aparece en los estudios denominados de “de historia universal”, mediante los cuales se trataba de reconstruir la historia general de la humanidad y de las sociedades a partir de sus orígenes (Hidalgo, 2005).

Los historiadores alemanes, en un principio, adoptan el término kultur, tomándolo del término francés cultur, el cual proviene del latín colere que significa cultivar en sentido agrícola. Sin embargo, estos, lo utilizan para expresar el esfuerzo humano para cultivarse, para progresar hacia los valores de una cultura por excelencia (Del Arco Bravo).Si bien en 1924 se hablaba de la cultura con el psiquiatra y antropólogo francés (Rivers, 1924) con su libro “Medicina, Magia y Religión” el cual marca el inicio de la antropología vinculada con la salud, este aboga por la existencia de todos los pueblos primitivos de un sistema cognitivo médico, y argumenta que la lucha contra la enfermedad dependía de las creencias y de la concepción global del mundo.

Más adelante (Celments, 1932) en su libro “Conceptos Primitivos de Enfermedad” aborda la medicina primitiva a partir del estudio de rasgos aislados. Clasifica la enfermedad de los pueblos primitivos en cinco categorías: por intrusión de un objeto (maleficio), intrusión de un espíritu, hechicería, pérdida del alma y quebrantamiento de un tabú. Según Aguirre Beltrán, a Clements se le considera como el representante de la antropología médica norteamericana (Aguirre Beltrán, El proceso de aculturacion y el cambio social de México, 1992).

El médico (Benjamin, 1955) refiere en su libro “Salud, Cultura y Comunidad”: “el saber médico no es fácilmente extrapolable al estar supeditado a un marco cultural más amplio”, y el filántropo (Hopkins, 1971) con su obra “Medicine and ethnology” afirma: “las culturas juegan un papel importante en la aceptación de los programas de salud”. Estos dos últimos autores realizaron sus estudios y descripciones de la medicina primitiva bajo tecnología y conocimiento médico occidental.

**Diversidad cultural e Interculturalidad**

Más adelante, en la década de los 90, la palabra interculturalidad en el campo de la salud cobra fuerza, y autores como (Michael & D., 1995), (Tomás R, 2000) la definen como la filosofía que trata de comprender las diferencias culturales, la cual se realiza por medio de una interacción comunicativa. En el año 2000 lo intercultural es considerado por (Ministerio de Salud de Chile; Organizacion Panamericana de Salud, 2001), (UNESCO; Lopez, Luis Enrique, 2001), (Walsh, 2000) y (Dussel, 2002) como la interacción de dos culturas de modo horizontal y sinérgico, la cual es un proceso permanente de relación que supone espacios de encuentro, diálogo y relación; donde se requiere confrontar las desigualdades entre culturas, para lo que es necesario una “descolonización epistemológica para comprender al otro”, según Enrique Dussel.

Así la lista de autores que han hablado, citado y definido la palabra intercultural, puede ser bastante extensa e interminable. Pero no podríamos salir de este pequeño recorrido histórico sin mencionar al profesor colombiano (Arbélaez) quien expresa que “el mandato constitucional que favorece la diversidad cultural implica el reconocimiento en pie de igualdad de otros conocimientos y formas de vida; así como el de los valores y procedimientos para conservar y restaurar su salud”.

Roberto Campos define la interculturalidad como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales; de modo que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad. En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado (Campos Navarro, La Enseñanza de la Antropología Medica y la Salud Intercultural en México., 2004).

En este sentido, el presente trabajo acoge el concepto del médico y la antropóloga chilenos Jaime Ibacache y Ana Oyarce, que definen la interculturalidad en salud como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas. La práctica intercultural adecuada sería el resultado de una relación dialéctica, participativa y consensual de la práctica médica entre personas que poseen una cultura diferente con respeto a sus valores y creencias, y adaptándose creativamente

a los respectivos conceptos multiétnicos y pluriculturales. Por tanto, el no respeto, la no adaptación y la no adecuación serían conductas contrarias a la relación dialéctica y a la relación intercultural", (Ibacache Burgos, 1997).

**Pluriculturalidad, contacto cultural, aculturación, culturalismo**

Gonzalo Aguirre Beltrán definió 'aculturación' como el proceso de contacto entre diferentes culturas, y se adscribió a la conceptualización de los teóricos estadounidenses Robert Redfield, Ralph Linton y Melville Herskovits: "aculturación comprende aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos. De allí parte que el contacto cultural entre esas varias culturas se constituya en un espacio de múltiples contactos interculturales", (Aguirre Beltrán, Antropologia Médica, 1986).

Desde una perspectiva crítica frente al culturalismo, Bonfil Batalla replanteó la cuestión de la pluriculturalidad, es decir la existencia de múltiples culturas en una misma nación, partiendo de una evidente realidad socio-demográfica en América Latina: "los más de 40 millones de indígenas distribuidos en cerca de 400 etnias, todas ellas ubicadas en sociedades nacionales con profundas desigualdades sociales y que tienden a la búsqueda de proyectos de globalización y homologación", (Bonfil Batalla, 1993). Recientemente se ha definido la 'interculturalidad' dentro del enfoque multicultural como: "…una forma especial de relacionarse que tienen los individuos, pertenecientes a distintas tradiciones culturales, cuando conviven en el mismo territorio. En este sentido se habla de interculturalidad para referirse al conjunto de objetivos y valores que deberían guiar esos encuentros. Se trata no sólo de aceptar y respetar las diferencias, sino también de valorarlas y educar a los ciudadanos en los principios-guía de la convivencia entre sujetos culturalmente diferentes (…)". La interculturalidad se plantea como una ética de la convivencia entre personas de distintas culturas, y pretende, entre otras cosas, desmontar el etnocentrismo y las fronteras identitarias, (Garcia Garcia, 2007).

En ese sentido, para llevar un dialogo intercultural adecuado es necesario una descolonización epistemológica (Dussel, 2002), donde en primera medida es indispensable reconocer el otro como diferente a mí; donde es necesario tener la mente abierta para lograr comprender al otro y reconocer en ese otro un saber igual de válido al mío. Además, para el desarrollo de este dialogo debe haber una empatía o un adecuado ambiente donde las personas se sientan cómodas de expresar lo que piensan, después viene la contrastación donde los conocimientos dialogan para llegar a un acuerdo y construir en conjunto una idea, una acción, etcétera.

Las palabras de la profesora (Cendales, 2013) en la conferencia planteaba: "vivir en una comunidad no supone conocerla", y en este momento me pregunto: ¿cuántos profesionales de la Dirección de Salud Departamental que llevan trabajando un tiempo considerable en el departamento conocen realmente las comunidades indígenas?, ¿Cuántos realmente se han descolonizado epistemológicamente?, ¿No será este un factor importante para que en este momento el departamento todavía no cuente con un modelo de salud diferenciado?, ¿Los profesionales son consientes de la importancia de un dialogo intercultural?, ¿Cómo conciben ellos un dialogo intercultural?

En ese sentido, y como se planteó en el problema, la mayoría de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI´s) con el ánimo de articular las dos medicinas han iniciado un proceso donde participan todos los comuneros, con el objetivo de fortalecer la medicina tradicional y complementarla con la occidental. ¿La Dirección de Salud Departamental es consciente de este proceso y del objetivo del mismo?

## 4.2 La epidemiologia comunitaria como herramienta de diálogo intercultural

Diferentes autores han definido la epidemiologia comunitaria como una herramienta que transciende de la vigilancia policiva como es la epidemiologia clásica. Entre ellos están: Gianni Tognoni: “La epidemiología no es por tanto una herramienta que describe y cuenta lo que pasa a nivel del sector salud. Es más bien uno de los lenguajes con los cuales las comunidades-sujetos aprenden a utilizar y a practicar la lógica de los derechos”, (Tognoni, 1997). Gonzalo Aguirre Beltrán plantea: “Todo programa de salud requiere para su éxito y continuidad la participación activa de la comunidad. Para que un problema social tenga realmente existencia en una comunidad indígena no basta con que así sea catalogada por investigadores procedentes de la cultura dominante, es indispensable, además que sea sentido como tal por el grupo subordinado”, (Aguirre Beltrán, Programas de Salud en Situación Intercultural, 1994).

Naomar de Almeida dice: “La epidemiologia es más que una numerología de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte. Se trata de una joven disciplina, al mismo tiempo ciencia natural y ciencia humana, que parece desafiar la epistemología”, (De Almeida Filho, 2000). Jesús Armando Haro refiere: “La relación de la epidemiologia y la antropología médica debe ser complementaria y no reducir los datos empíricos sino tratar de articular los procesos y los actores sociales a través de las relaciones inscrito en lo observable”, (Haro, 2008). Milton Terris en el “Desafío de la Epidemiologia” dice: “El objetivo principal debe ser las observaciones sobre las comunidades completas por pequeñas o grandes que sean. Políticas de salud adecuadas si elegimos seguir el estudio del hombre social en la enfermedad y en la salud de modo tan asiduo como lo hemos hecho con el hombre individual”, (Terris, 1988).

Gonzalo Aguirre Beltrán con relación a las técnicas de la epidemiologia que permiten una micro-programación y micro-evaluación, , considera que salud debe ser un desarrollo de la autonomía de las comunidades, los datos deben ser en el conocimiento de las comunidades, las comunidades son sujetos de la salud. Por eso salud es un indicador de la vida, de la democracia y de la autonomía de las comunidades; las comunidades pueden poderse describir y expresar, a través del conocimiento de los datos, sus necesidades sus deseos y los efectos que se producen con las intervenciones. La epidemiologia comunitaria es una mirada del otro lado, es una mirada tradicional que integra la planificación central con un conocimiento, autonomía y participación local. Los protagonistas son las comunidades y no los epidemiólogos, esto es una herramienta de democracia y no solamente una manera de distribuir tecnología e intervenciones a través de un conocimiento centralizado, (Aguirre Beltrán, Programas de Salud en Situación Intercultural, 1994).

Eduardo Menéndez en su libro “Sujetos, Saberes y Estructuras” describe la autoatención como proceso de las presentaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de la autoatención; de tal manera que la autoatención implicaría decidir auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menendéz, 2009). Igualmente Javier Segura del Pozo en su libro “Desigualdades Sociales en Salud en la Medicina Social”, como precedente de la epidemiología hace referencia a que la medicina se interesó por lo social, y que en ese interés, al contrario de ser sólo propio de médicos atraídos al campo por una curiosidad académica o una militancia social, tenía que ver con el interés de los gobernantes por lo social. En base a este nuevo interés político en lo médico y su capacidad de regular a estas “nuevas poblaciones”, el poder encomendó un nuevo papel a la medicina (Segura del Pozo, 2013).

Gerardo Álvarez Hernández refiere que las “limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superar la epidemiología social, cita las limitaciones de la epidemiología moderna y que estas se explican por el enfoque biologicista e individualista que utiliza la epidemiología moderna para abordar los problemas de salud, que tiene profunda raíz en el paradigma positivista, el cual profesa una visión mecanicista y reduccionista de los fenómenos observados, bajo la égida epistemológica de la fragmentación entre lo observador y observado un modismo metodológico de base empírica y naturalista que supone que la realidad es directamente observable, por lo que epidemiología busca sólo leyes generales y universales, sin interesarse por el contexto sociocultural donde ocurren los hechos epidemiológicos. La epidemiología debe tener la capacidad para explicar la causa, o causas, del evento estudiado, y por supuesto que estas explicaciones sirvan para que las consecuentes intervenciones diseñadas sean las más eficaces y eficientes”, (Hernández Älvarez, 2008).

Ana Diez Roux cita en su artículo “La Necesidad de un Enfoque Multinivel en Epidemiológica” dado que la epidemiología sociocultural se caracteriza por la integración de procesos sociales, culturales, económicos y políticos con procesos biológicos en el estudio de los determinantes de la salud. Por definición, esto implica la consideración de determinantes especificados a múltiples niveles, desde los genes hasta las características de la sociedad en su totalidad (Diez Roux, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento “Incremento de la Capacidad Comunitaria y del Empoderamiento de las Comunidades para Promover la Salud” cita: “Los mecanismos para fortalecer las comunidades se nutren siempre de los principios básicos de respeto por los valores, el conocimiento, la cultura y las decisiones de la comunidad. El aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero, y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico”, (Incremento de la Capacidad Comunitaria y del Empoderamiento de las Comunidades para Promover la Salud, 2000).

Roberto Campos Navarro cita en el artículo Enfermedades Prevalentes en América Latina e Interculturalidad en la Salud: “La enfermedad no es igual para todos; es un fenómeno en el que hay variables diferenciadoras. Una de estas variables es el sexo. Así, sólo los hombres enfermarán de hipertrofia prostática, y únicamente las mujeres

padecerán de cáncer uterino-cervical. También está la edad, ya que las enfermedades propias de un niño son distintas alas de un adulto o un anciano, contando con que en estos últimos hay diferencias notables en función de la procedencia geográfica; de este modo se convierte en otra variable. Otra es la escolaridad, no es lo mismo enfermar siendo analfabeto que estudiante de medicina. Asimismo, el origen social y económico del individuo es determinante: la ocupación y el tipo de trabajo tienen una incidencia notable en la salud. La tercera característica es considerar la enfermedad como una alteración biológica pero siempre acompañada de contenidos y significados relacionados con la cultura, la lengua, las formas de comunicación, las relaciones interculturales y otros factores en los que intervienen usos y costumbres comunitarios. En este sentido, conviene destacar que la medicina occidental ha hecho hincapié en el componente biológico de la enfermedad, dejando de lado el aspecto psicológico y quizá ignorando aún más lo social y lo cultural", (Campos Navarro, Experiencias sobre salud intercultural en América Latina, 2004).

Jairnilson Silva Paim enDesafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XX, cita que entre los desafíos de la epidemiologia desde la perspectiva de la salud colectiva, se destacan: el estudio de las desigualdades en salud; el desarrollo de un pensamiento sobre el medio ambiente, calidad de vida, concepto y medidas de salud, y la investigación sobre evaluación, selección de tecnologías e intervenciones en salud (Silva Paim, 2011).

De esta manera concuerdo con los anteriores autores, quienes entienden la salud como un proceso social que se construye de acuerdo a los diversos escenarios y contextos en los que las relaciones sociales de poder juegan un papel importante, de igual manera el trabajo retoma las afirmaciones en las cuales plantean como necesario la organización social, el cambiar la mentalidad homogenizante, pero sobre todo, el qué hacer, y este qué hacer desde la cotidianidad como padres, estudiantes, docentes, hijos, etcétera.
Además, estos autores promueven cuestionamientos como por ejemplo el papel del investigador con relación a lo olvidado o negado de la cultura. Estos planteamientos de epidemiología comunitaria posibilitan la mirada de los pueblos desde sus culturas, y por lo tanto posibilitan un espacio de diálogo intercultural con las instituciones del sector Salud.

## 4.3 Políticas de salud como herramienta para un diálogo intercultural

Partamos de la definición de que es una política y en ese sentido es necesario mencionar a diferentes autores que definen la política a lo largo de los escenarios. La palabra política se ha transformado en el tiempo. Etimológicamente proviene "del latín politicus adjetivo de político; del griego polítikòs, de los ciudadanos; de politês ciudadano; y de pòlis ciudad", (Gómez Guido, 2001) . En el informe Beveridge plantea que: "Las políticas sociales son instrumentos estatales para atenuar las desigualdades sociales, además de proveer los mecanismos técnico-económicos que permiten financiar su puesta en práctica; esos mecanismos deben constituir el presupuesto Social del Estado" (Lopéz del Paso, 2011) .

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el libro “Epidemiologia y Administración”, define la política como la planificación en función de un objetivo o creación de nuevos sistemas. Según Hyman, hay varios factores que determinan la política sanitaria, tales como los políticos, culturales, económicos, científicos y tecnológicos, así como epidemiológicos (Salud, 1991). Gustavo Wagner Sousa en su libro “Método Padeida” refiere: “Las políticas se refieren a la dimensión macro–social, las prácticas a lo micro, y la gestión sería un modo de mediar entre estas esferas: comunicación e interferencia. La gestión y la práctica nunca serán un desdoblamiento de la política existe una autonomía de cada una de estas esferas. Dicho de otra manera existe una dependencia relativa entre cada una de esas dimensiones. El método es útil para la construcción de políticas de posición. La construcción de sujetos de las necesidades sociales y de las instituciones es producto de las relaciones de poder, del uso de conocimientos y de modos de circulación de afectos. Integración de tres dimensiones (la libertad, la ciudadanía, la salud) todo depende de la capacidad de lidiar con los efectos, los saberes y el poder”, (Sousa Campos, 2009) .

Asimismo Hugo Spinelli y Sonia Fleury en el libro “Salud Colectiva Modelos de Reforma en Infección Latina”, citan: “Las políticas sociales y los sistemas de seguridad social de la región en todas las partes y donde fueran que existieron, representaban un papel importante en el proceso del arte de gobernar, pero no lograron difundir una cultura cívica, ni extender la condición de ciudadano, así la protección social se insertó en el propio corazón del sistema político, caracterizado por el rol importante del estado en el proceso de industrialización que combinaba el proteccionismo industrial con la incorporación política controlada de las demandas de los trabajos urbanos. La complejidad siempre creciente de la estructura política, la insatisfacción de las expectativas generadas por este proceso y la agudización de las contradicciones entre la captación y el control, hicieron que la posibilidad de cumplir con las demandas políticas y sociales emergentes se hiciera muy difícil en el trascurso del proceso de industrialización, por consiguiente la expansión y maduración del sistema de seguridad social de la región entró en una crisis insoluble al interior del circuito de su estructura original”, (Spinelli, 2004).

Giovanni Tognoni refiere en su obra “Epidemiologia Comunitaria” que: “Las políticas públicas deben ser cercanas a la gente real, las políticas declaran la intención pero se olvidan de las personas reales, las autoridades públicas deben ser las garantes de las buenas intenciones y las buenas prácticas, si no hay buenas prácticas las entidades públicas están omitiendo sus deberes, además que la epidemiología no es por tanto una herramienta que describe y cuenta lo que pasa a nivel del “sector salud”. Es más bien uno de los lenguajes con los cuales las comunidades-sujetos aprenden a utilizar y a practicar la lógica de los derechos participando en ellos. Asimismo los riesgos culturales que existe hoy son una necesidad de dialéctica entre las disciplinas, y esto crea conflictos donde la dimensión económica es lo que más impide al acceso al problema de salud”, (Tognoni, 1997).

La estrecha relación entre la teoría y la práctica médica y sus resultados a nivel poblacional fue enfatizada por Virchow cuando afirmó que “la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”, (Virchow).

Andre Noel Roth Deubel en su libro Políticas Públicas, Formulación, Implementación y Evaluación al abordar la dificultad semántica que existe en español con la palabra política, señala tres acepciones que se encuentran cobijadas con la palabra política que el inglés si distingue: 1) la política concebida como el ámbito de gobierno de las sociedades humanas, polity en inglés; 2) la política como la actividad de organización y lucha por el control del poder, politics en inglés, 3) la política como designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas policy en inglés. Además, a partir de las definiciones de Meny y Thoenig (Meny, 1989), Howood (Haywood, 1994), Muller y Surel (Muller, 1998), Salazar (Salazar Vargas, 1999) y Vargas Velazquez (Vargas Velazquez), considera que hay cuatro elementos que permiten identificar la existencia de una política pública: implicación del gobierno, percepción de problemas, definición de objetivos y proceso. Entonces afirma diciendo que una política existe siempre y cuando instituciones estatales asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático (Roth Deubel, 2002).

En desarrollo de las políticas se han emitido leyes, declaraciones, circulares y decretos a nivel nacional e internacional. A continuación se presentan las principales normas relacionadas con grupos étnicos, de manera cronológica desde el año 1967 hasta la fecha, mostrando el proceso de producción de dichas normas.

## 4.3.1 Marco legal internacional:

**Declaración Universal de los Derechos Humanos (Artículos 22 y 25).**

*Artículo 22*: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (Organización de las Naciones Unidas).
*Artículo 25:* Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Organización de las Naciones Unidas).

**Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículos 11 y 15)**.
*Artículo 11:* Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.
*Artículo 15:* Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a: Participar en la vida cultural. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Pacto deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia y de

la cultura (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humano).

**Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador.**
*Artículo 10:* Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público.
*Artículo 11:* Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente (Organización de los Estados Americanos).

**Organización Internacional del Trabajo -OIT 169 de 1989:** "Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes donde allí, "se reconocen las aspiraciones de los Pueblos Indígenas a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones dentro del marco de los Estados en que viven". En los artículos 24 y 25 establece que "Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplacárseles sin discriminación alguna" (Organización de las Naciones Unidas).

**Declaración de las naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.** Los pueblos indígenas tienen derecho a revitalizar, utilizar, fomentar y transmitir a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, y a atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas, así como a mantenerlos. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar la protección de ese derecho y también para asegurar que los pueblos indígenas puedan entender y hacerse entender en las actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, proporcionando para ello, cuando sea necesario, servicios de interpretación u otros medios adecuado (Organización de las Naciones Unidas).

## 4.3.2 Marco Legal Nacional:

**La ley 31 de 1967:** Por medio de esta ley se aprobó el Convenio Internacional del Trabajo, relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y tribales en países independientes aprobado por la 40 reunión de la Conferencia General de la OIT en Ginebra de 1957. En el convenio se abordan temas relacionados con la aplicación del Sistema de Seguridad Social para poblaciones indígenas."Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente cuando sea factible a) A las personas pertenecientes a dichas poblaciones". Buscando que 1) Los gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión. 2) La organización de estos servicios se basará en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones interesadas. 3) El desarrollo de tales servicios estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural" (Red Juridica CUT- CTC).

**Ley 74 de 1968** Por medio de esta ley se ratifica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la asamblea General de la ONU en diciembre de 1966 y consagra en su artículo 27 que : ..."En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma". Además, en su Art. 11 establece "el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de sus condiciones de existencia". El Comité de DESC aclara el término incluso, anotando que debe entenderse que también es condición indispensable para la realización de este derecho el poder contar con servicios de saneamiento básico y con agua potable, como requisito fundamental para el goce de un estado de bienestar y un nivel de vida digna (Organización de las Naciones Unidas).

**Ley 16 de 1972** Por medio de esta ley se aprobó la "Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica", firmado el 22 de noviembre de 1969 y que establece en su artículo 10 que "La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegido por la sociedad y el Estado". El Estado es garante de la seguridad social para quienes integran la familia, sin distingos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social." (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Ley 10 de 1990:** Mediante esta ley se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, teniendo como principios fundamentales los siguientes: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. A pesar de que dicha ley fue derogada en parte por la ley 100 de 1993, esta establecía que el servicio de salud en todos los niveles era un servicio público a cargo de la nación, gratuito por demás en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional, anotando que "su cobertura se extendía sin 39 Art. 1º, numeral 1 de la ley 16 de 1972 discriminación alguna a sectores de la población como los conformados por los pueblos indígenas con asiento en los diferentes lugares del país". Organiza la descentralización del sector salud de la siguiente manera: el primer nivel de atención es competencia de los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel es responsabilidad de los departamentos. Frente a éste esquema el nivel central asume la dirección, vigilancia y control del sistema. La financiación de los servicios de salud se hará con los recursos propios de cada entidad territorial y con el situado fiscal para salud (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Constitución Política de Colombia 1991.** Artículo 7: El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, 8 Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación y 9 Las relaciones exteriores del Estado se fundamentan en la soberanía nacional, en el respeto a la autodeterminación de los pueblos y en el reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia (Presidencia de la Republica de Colombia).

**El decreto 1811 de 1990** Especifico para la atención en salud para comunidades indígenas establece la prestación de los servicios de salud para comunidades indígenas de manera integral y gratuita, de igual forma ratifica la obligatoriedad de los proceso de consulta y concertación para adelantar acciones de salud en comunidades indígenas. La Resolución 5078/92, también reglamentaria de la Ley 10 reconoce la medicina tradicional como parte integral del tratamiento de la salud y exige el establecimiento de mecanismos de interacción entre las diversas medicinas (Ministerio de Salud y la Protección Social).

**Ley 21 de 1991** Mediante esta ley, expedida el 4 de marzo de 1991, se aprueba en Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes, adoptado en 1989 por la 76º Reunión de la conferencia General de la OIT de Ginebra. Esta norma, después de la Ley 89 de 1890, se convierte en el instrumento más importante como garante de los derechos de los Pueblos Indígenas y otros grupos Étnicos. Allí, "se reconocen las aspiraciones de los Pueblos Indígenas a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones dentro del marco de los Estados en que viven". En los artículos 24 y 25 establece que "Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplacárseles sin discriminación alguna". Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas, y medicamentos tradicionales. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. Y, que la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Ley 100 de 1993**

Por medio de esta ley, expedida el 23 de diciembre de 1993, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. La ley reglamenta el Art. 48 de la Constitución Política, que reza que "la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...". Organiza los sistemas de salud contributivo y subsidiado y para comunidades indígenas. Establece que las mismas hacen parte del régimen subsidiado de salud (Art.157) y faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para autorizar como Empresas Promotoras de Salud a las Empresas Solidarias de Salud de las comunidades indígenas (Art. 181) (Ministerio de Salud y la Protección Social).

**Ley 70 de 1993:** El objetivo de la Ley 70 fue reconocer el derecho a la propiedad colectiva de las comunidades negras. En la primera parte establece las definiciones y los

principios que se deben tener en cuenta al momento de interpretar la Ley. Luego crea el procedimiento para reconocer la propiedad colectiva de las comunidades negras, fija las reglas que deben orientar el uso de la tierra y la protección del medio ambiente y la explotación de los recursos mineros. También establece los mecanismos para la protección y el desarrollo de la identidad cultural y finalmente, organiza la planeación y el fomento del desarrollo económico y social de las comunidades negras. En materia de salud, esta ley parte del reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural y a partir de ello adopta las siguientes disposiciones: 1) En el caso de la explotación de recursos forestales se debe dar prioridad a las propuestas de las comunidades negras y las mismas deben estar incluidas en el desarrollo de los diferentes proyectos; 2) En la explotación de los recursos mineros deben adoptarse las medidas necesarias para prevenir y controlar los deterioros ambientales que afecten la salud humana, los recursos hidrobiológicos y los recursos renovables; 3) Es una obligación del Estado adoptar medidas para que las comunidades negras conozcan sus derechos y obligaciones en matera de trabajo, educación y salud; 4) El Estado debe garantizar un desarrollo económico y social acorde a los elementos culturales de las comunidades y 5) Es necesario implementar los mecanismos que permitan reconocer la propiedad intelectual de las comunidades negras cundo las mismas desarrollen variedades vegetales o conocimientos con respecto al uso medicinal, alimenticio, artesanal o industrial de plantas o animales de su medio natural (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Ley 162 de 1994:** Mediante esta ley se aprueba el Convenio sobre la diversidad biológica. Dentro del preámbulo del Convenio, los Estados partes reconocen el valor de la diversidad biológica, así como la estrecha relación de las comunidades indígenas con los recursos biológicos, entre otras consideraciones. Los objetivos del Convenio son mantener la diversidad biológica, promoviendo la utilización sostenible de sus componentes y permitiendo el acceso justo y equitativo a los beneficios que se obtengan de la explotación de los recursos genéticos. Para ello enumera una serie de acciones que los Estados deben desarrollar con el objeto de conservar los componentes de la diversidad biológica, tanto en sus hábitats naturales como fuera de ellos. Dentro de los primeros, plantea que los Estados partes deben, con arreglo a la legislación interna, respetar, preservar y mantener los conocimientos y las practicas de las comunidades indígenas que permitan la utilización sostenible de la diversidad biológica. También plantea la necesidad de ampliar dichas prácticas, con la participación de las comunidades. Posteriormente describe los compromisos de los Estados en materia de recursos genéticos, de acceso a la tecnología y transferencia de tecnología y de cooperación científica y técnica. (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Ley 19 de 1996:** El objetivo de este Protocolo es comprometer a los Estados firmantes en la adopción de las medidas necesarias para materializar los derechos económicos, sociales y culturales. Para ello precisa el contenido de los siguientes derechos: el derecho al trabajo, derechos sindicales, derecho a la seguridad social, derecho a la salud, derecho a un medio ambiente sano, derecho a la educación, derecho a los beneficios de la cultura, derecho a la constitución y protección de la familia, derecho de la niñez, protección de los ancianos y protección de los minusválidos (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Ley 691 de 2001:** Esta ley, expedida el 18 de septiembre de 2001, reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Su objeto es garantizar, dentro de un marco de respeto y protección a la diversidad étnica, el acceso y participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud. Dentro de los principios para la aplicación de esta ley, retoma el de la diversidad étnica y cultural, con el objetivo de posibilitar el desarrollo armónico de los pueblos indígenas y reconoce el carácter de instancia u organismo del sistema de salud a las autoridades tradicionales. Plantea que los miembros de pueblos indígenas participaran como afiliados al régimen subsidiado, con las excepciones planteadas en el Art.5. Describe el régimen de beneficios, aclarando que tanto el plan obligatorio, como el plan de atención básica deben adecuarse a la cosmovisión y valores de los pueblos indígenas. Establece como una obligación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definir el contenido del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas y además prevé que en dicho plan debe incluirse un subsidio alimentario para las mujeres gestantes y los niños menores de cinco años. Enumera las fuentes de financiación para la afiliación de los pueblos indígenas y plantea la posibilidad de fijar el valor de la UPC hasta en un 50% por encima del valor de la UPC normal, dependiendo de factores geográficos, de la densidad poblacional y de los perfiles epidemiológicos, entre otros. Define lo relativo a la administración de los subsidios, facultando a las autoridades indígenas para crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI). Plantea la elección y afiliación colectiva de la respectiva comunidad a la ARS. En materia de participación, plantea el principio de concertación en la definición de los planes de beneficios y en cualquier acción de salud para los pueblos indígenas y la participación de un representante indígena en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y la Protección Social).

**Ley 715 de 2001:**Deroga la Ley 60 de 1993 y por lo tanto reorganiza el tema de los recursos y las competencias de las entidades territoriales, creando el Sistema General de Participaciones. En la primera parte enumera los principios que orientan a este nuevo sistema, luego incorpora la regulación relativa al sector salud y posteriormente organiza el sector salud. En la última parte organiza lo relativo a la participación de propósitos generales, enumerando sus componentes y el porcentaje de los recursos que se deben destinar a cada uno de ellos. En materia de salud define las competencias y funciones que le corresponden a la Nación, a los departamentos (como entes encargados de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en el territorio de su competencia), a los distritos y los municipios. Enumera los componentes del sector salud que serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones y establece la forma de financiar los subsidios a la demanda para la población pobre. En lo que tiene que ver con comunidades indígenas, ésta ley en su acápite de disposiciones comunes al Sistema General de Participaciones, organiza el tema de la incorporación de los resguardos indígenas en el mismo, definiendo la manera de transferir y administrar los recursos. La norma señala que del total de recursos que conformas el Sistema, previamente se deducirá anualmente un monto equivalente al 4% de dichos recursos y para el caso especifico de los resguardos indígenas, se le asignará un 0.52%. El Art. 82 reconoce el derecho a percibir recursos del SGP a los resguardos existentes acreditados debidamente por las autoridades competentes mientras no hayan sido constituidas las Entidades Territoriales Indígenas, señalando en el Art. 83 que los recursos para los resguardos indígenas se distribuirán en proporción a la participación de la población de cada resguardo, con relación al total de la población indígena reportada por el DANE. “No

obstante determinar el Art. 83 los sectores de destinación de los recursos por parte de los indígenas, indicando que estos deberán destinarse prioritariamente a satisfacer las necesidades básicas de «...salud incluyendo la afiliación al Régimen Subsidiado, educación preescolar, básica primaria y media, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena...», en materia de salud el precepto remite al Capítulo III del Título III de la Ley 715, en donde se contempla una mayor claridad para efectos de distribución de los respectivos recursos, teniendo en cuenta los componentes de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en el adelantamiento de acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país y desde luego para la población indígena por el Ministerio de Salud, actualmente Protección Social" (Ministerio de Salud y la Protección Social).

**Ley 740 de 2002:** Mediante ésta ley se aprobó el "Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica". El objetivo de dicho Protocolo es garantizar un nivel adecuado de protección en la transferencia, manipulación y utilización de organismos vivos modificados que puedan tener efectos adversos para la diversidad biológica o impliquen riesgos para la salud humana. Organiza una serie de procedimientos para la importación y exportación de los organismos vivos modificados mediante la biotecnología. En lo relativo a importaciones, el Art. 26 dispone que los Estados Partes al momento de adoptar una decisión al respecto, pueden tener en cuenta y de manera compatible con la obligaciones internacionales, consideraciones socioeconómicas relativas a los efectos de los organismos vivos modificados en relación con la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica en el contexto de las comunidades indígenas (Presidencia de la Republica de Colombia).

**Pueblos indígenas y los Objetivo de desarrollo del milenio**

Se definen los objetivos del milenio de los pueblos indígenas desde la cosmovisión de los pueblos indígenas siendo los cinco objetivos del milenio:1) protección y defensa del territorio indígena, 2) autodeterminación y gobierno propio, 3) desarrollo propio, buen vivir, equilibrio y armonía 4) consulta previa, consentimiento libre e informado 5) rediseño institucional del estado (Presidencia de la Republica de Colombia).

## Plan nacional de desarrollo y acuerdos con pueblos indígenas 2010 – 2014

El Gobierno nacional con el propósito de garantizar el logro de los objetivos propuestos en el pan de desarrollo, incorporará como lineamiento estratégico el enfoque diferencial10 en las acciones de política pública orientadas a generar las condiciones para la igualdad de oportunidades y el desarrollo social integral, de tal manera que se garantice su pervivencia como culturas y la atención oportuna, eficiente y pertinente. Conforme a lo anterior, se buscará el logro de los siguientes objetivos:1) Promover la igualdad de oportunidades de acceso de la población de los grupos étnicos a los beneficios del desarrollo, con enfoque diferencial. 2) Protección de los derechos

fundamentales de la población étnica. 3) Fortalecimiento de las organizaciones y formas propias de gobierno (Presidencia de la Republica de Colombia).
Si bien en Colombia hay avances legislativo en salud y participación con respecto a la población indígena también se evidencia en la práctica debilidades al hacerlas efectivas en el sector salud con la Dirección de salud departamental, Entidades promotoras de salud, Instituciones prestadoras del servicio de salud.
Desde el punto de vista político legal el presente estudio en la revisión documental identifica avances significativos para la región de las Américas, sin embargo dichos desarrollos no necesariamente cuentan con instrumentos metodológicos como el de diálogo de saberes para su aplicación en los territorios.

## 4.4 Contexto Histórico del Departamento del Amazonas y la Comunidad de Cartagena

El estudio de la historia no es un lujo. La historia es una de las fuerzas propulsoras más potentes de nuestra vida. A diferencia de los animales, somos conscientes del pasado y el cuadro de nuestra historia que llevamos en nuestro espíritu determina nuestras acciones en una medida considerable, tengamos o no conciencia de ello", (Sigerist, 2007).

El diálogo intercultural en la salud es un proceso social, participativo el cual está inmerso en el contexto político, histórico, económico, cultural, educativo, lo que coincide con el autor Henry Sigerist, cuando inicia afirmando que la salud es una construcción social que responde a condiciones históricas, políticas, sociales y biológicas. De esta manera me permito citar "la historia nos señala la dirección en que la medicina se está moviendo. El conocimiento médico ya no se basa en la teología o en la filosofía, sino en la ciencia. Es la investigación científica la que va a continuar siendo la fuente que suministra al médico perspectivas siempre mejores, métodos y técnicas para la protección de la salud y medios para luchar contra la enfermedad. Es necesario promover la investigación científica en todas las formas posibles, pero el conocimiento científico solo no basta. El médico y el paciente no se encuentran en una isla solitaria, ambos pertenecen a una sociedad muy diferenciada, por eso la investigación científica debe ir de la mano de investigaciones sociológicas que estudien y analicen el ciclo de la vida humana en su ambiente social, se investiguen los factores favorables o perjudiciales para la salud (...). En el trabajo retoma los planteamientos de Sigerist cuando afirma que no es una competencia entre investigaciones cualitativas o cuantitativas sino que ambas son necesarias para procurar la salud de las personas (Sigerist, 2007).

Otro autor que nos habla de la importancia de conocer y reconocer toda la historia para entender el presente y construir las posibilidades para el futuro, es el antropólogo Eduardo Menéndez en sus diferentes obras como "La Parte Negada de la Cultura, la Participación ¿Para Qué?", donde nos habla que: "Los sujetos participan a partir de su cotidianeidad y que esto constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas; pero que reducir las posibilidades de esas prácticas imposibilita comprender por qué dicha racionalidad puede operar dentro de determinadas situaciones y no de otras. Un denominador común de estos análisis es que reflexionan teóricamente a partir de las prácticas y de los hechos, y no sólo de los discursos y

representaciones, sobre la participación social, y que en todos los casos refieren a procesos de salud/enfermedad/atención", (Menéndez, 2002).

**El Departamento del Amazonas**

Geográficamente el departamento del Amazonas se encuentra localizado en el extremo sur del territorio nacional colombiano, tiene una extensión de 109.655 Km2, cerca del 10% del total del país, de los cuales 89.338 Km2 son resguardos indígenas, área que corresponde al 81% del territorio departamental. Según el censo 2005 realizado por el DANE, habitan 67.726 personas, 37,8% de ellas en el área rural y 62,2% en el área urbana y la población total indígena es: Andoke, Barasana, Bora, Cocama, Inga, Karijona, Kawiyarí, Kubeo, Letuama, Makuna, Matapí, Miraña, Nonuya, Ocaina, Tanimuka, Tariano, Tikuna, Uitoto, Yagua, Yauna Yukuna y Yuri. En la organización político administrativa funcionan dos municipios (Leticia y Puerto Nariño) y 14 Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas. Los límites departamentales están basados en tratados fronterizos que estableció Colombia con Perú en 1922 y con Brasil en 1907 y 1928. Limita por el norte, con el departamento del Caquetá y con el río Apaporis, que lo separa del departamento del Vaupés; por el este, con la República de Brasil; por el sur, con los ríos Putumayo y Amazonas, y por el oeste con el departamento del Putumayo y con la República del Perú.

Las comunidades indígenas que habitan en el departamento han atravesado por distintos episodios los cuales son importantes abordar porque los pueblos sufrieron transformaciones, unos en mayor medida que otros, los cuales son factores si no determinantes sí incisorios en el diálogo intercultural; la época de la cachería comprendida durante el periodo de 1904 – 1934. En libros como "Cauchería y Conflictos Colombo Peruanos, Fragmentos para una Historia Epidemiológica y Socio Cultural de la Amazonia Colombiana", de Augusto Gómez; "El Sueño del Celta", de Mario Vargas Llosa, nos relatan injusticias, atropellos y enfermedades que llegaron como: la gripa, el sarampión, la viruela, entre otras estas acabaron con grandes pueblos étnicos; esta serie de sucesos obligaron el desplazamiento de varios pueblos indígenas a los ríos grandes como el Putumayo y el Caquetá. Además, el libro "El Rio", de Wade Davis, nos relata las primeras expediciones botánicas. Actualmente sobre la rivera del río Putumayo y afluentes existen 54 comunidades indígenas, entre ellas la comunidad de Cartagena.

La bonanza del pescado fue por los años 80. Está se desarrolló sobre todo en los ríos Caquetá y Amazonas principalmente, donde existían cuartos fríos en las comunidades más grandes o también llamados cascos urbanos donde llegaban aviones de carga, como por ejemplo Aerosucre, para transportar grandes cantidades de pescado de especies como: lecheros, pirarocú entre otros; actualmente como consecuencia de esta bonanza tan fuerte y de manera descontrolada los indígenas afirman que la pesca es cada vez más difícil. Posteriormente vino la bonanza de la madera que ha sido fuertemente impulsada en el rio Putumayo por su navegabilidad, la principal madera explotada fue el cedro y poco a poco se ha extendido a diferentes tipos de madera, a pesar que la explotación de madera es legal también existe la extracción ilegal de este recurso.

La bonanza de la coca fue desarrollada en todos los territorios indígenas del departamento, y fue más o menos simultánea a las dos bonanzas anteriores. En esta época los hombres indígenas, en su mayoría los jóvenes, se dedicaron a sembrar grandes cantidades de coca para usos ilícitos; esto fue impulsado en gran medida por grupos insurgentes que llegaron a los territorios, además llegaron personas de diferentes lugares del país como Boyacá y Tolima, entre otras, en esta época cuentan algunos indígenas que el flujo de lanchas era mucho más alta, y en este momento una mujer indígena que vive en la comunidad de Limón refería cómo en este tiempo ellos hacían remesa para tres meses y perfectamente podían gastar 6 millones de pesos, también comentaba que no tenía chagra (lugar donde cultivan los alimentos de acuerdo a sus usos y costumbres) porque no era necesario; había plata y su marido en ese entonces tomaba mucho. Actualmente la práctica de cultivos ilícitos se ha reducido de manera sustantiva en la mayoría de los territorios indígenas; para la época existían las asociaciones indígenas como el Consejo Indígena del Alto y Medio Amazonas - COIDAM, y Organización Zonal Indígena de la Pedrera Amazonas - OZIPEMA.
Algunos de estos hechos aún se viven en la actualidad con menor fuerza, pero son factores incisorios en el cambio de prácticas culturales, y por lo tanto inciden en el ejercicio del diálogo intercultural.

Mapa 4 - 1 Latinoamérica

Fuente:http://doctosconsultora.com.ar/wp-content/uploads/2012/02/mapa_co.jpg

Mapa 2 Departamento del Amazonas.

Fuente: ONG GAIA (c.2003) http://www.zonu.com/images/0X0/2009-09-17-5871/Departamento-del-Amazonas-2003.jp

# Capítulo 5. Metodología

El presente trabajo se define como un estudio de caso, con relación a este tipo de estudio se tiene:

## 1.4 Estudio de Caso:

El estudio de caso ha tenido diferentes definiciones sin embargo las mas acogidas son la de Yon, Pauline y Yin, Robert.

Pauline V. Young define: “un caso es [...] un dato que describe cualquier fase o el proceso de la vida entera de una unidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural –ya sea que esa unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución social, una comunidad o una nación--. Cuando la unidad de estudio es una comunidad, sus instituciones sociales y sus miembros se convierten en las situaciones del caso o factores del mismo. Además señala la unidad de análisis como el eje en torno al cual girará la investigación. Esta unidad puede tomar varias formas, pero siempre estará en estrecha relación con el resto de los componentes de lo que consideramos un caso (Young, 1939).

Una definición más actual describe el estudio de caso, como una estrategia de investigación que comprende todos los métodos con la lógica de la incorporación en el diseño de aproximaciones específicas para la recolección de datos y el análisis de éstos (Yin, 1994).

Lo anterior hace énfasis en que el estudio de caso no es una técnica determinada, es una forma de organizar datos sociales, sin perder el carácter unitario del objeto social que se está estudiando, es decir, es un enfoque que ve cualquier unidad social como un todo.

Para abordar el caso de la comunidad de Cartagena se acoge la mencionada definición del equipo de Yon, Pauline y Yin, Robert,  donde es está la unidad de análisis.
Se define hacer un estudio de caso como la mejor opción metodológica para entender la forma en que se realiza el dialogo de saberes entre la institucionalidad y dos pueblos indígenas de la amazonia.

El abordaje del estudio de caso permite utilizar el enfoque cualitativo para recoger y analizar la información recogida a través de la observación participante y los conversatorios, llevados a relatos con capacidad explicativa, contextualizada sobre

**Guía para el informe del estudio de caso**

No existe un formato aceptado por unanimidad por los investigadores para reportar los resultados del estudio, por lo tanto se diseño un esquema de relaciones para el análisis, el cual facilita la obtención de evidencia importante para el estudio y redujo el riesgo de regresar por información adicional.

## 1.5 Población

La población sujeto de estudio está ubicada en el Departamento del Amazonas el cual cuenta con 14 AATI´s Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas dentro de las cuales está la asociación AIZA Asociación Indígena Zonal de ARICA la cual es una entidad pública de carácter especial donde se encuentra la comunidad de Cartagena.

La comunidad de Cartagena cuenta con una población total de 74 habitantes de 14 familias de acuerdo al censo de la asociación, dentro de los líderes más representativos al interior de la comunidad está el Tradicional, gobernador, promotor y 2 profesores.

## 1.6 Recolección procesamiento y análisis de la información

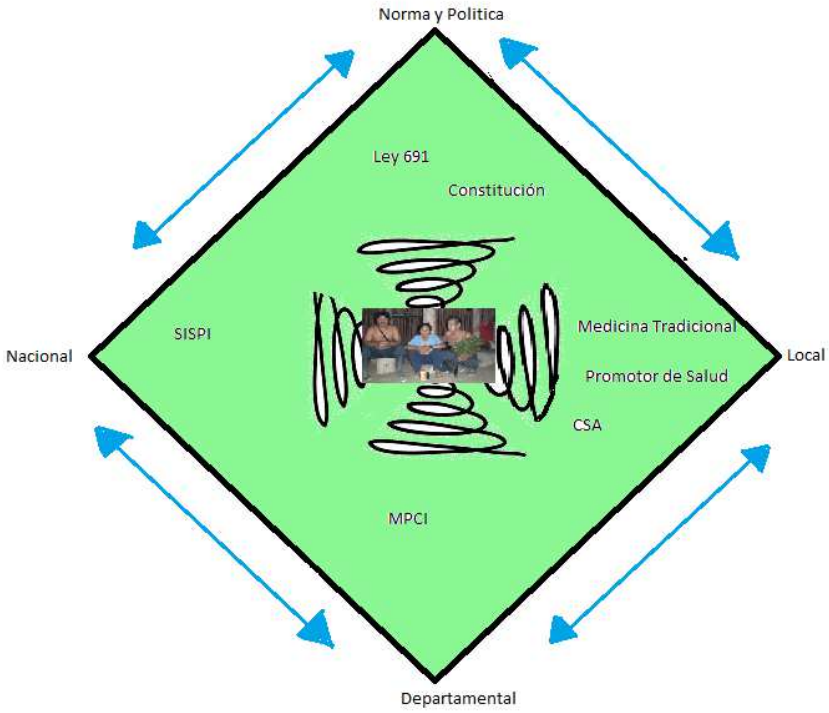
La recolección de la información se realizo en dos momentos, un primer momento 2009 - 2012 donde se realizo una inmersión en la comunidad donde se utilizo herramientas etnográficas tales como: la observación participante y los conversatorios, llevados al cuaderno de campo. En un segundo momento en los años 2013 y 2014 se participo en los espacios de coordinación de la MPCI y de socialización/ retroalimentación del la propuesta del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural S ISPI, de los cuales se tomo la información textual de las relatorías, las actas y demás documentos generados en dichos espacios.

En los dos momentos en espacios paralelos significativos se realizaron conversatorios con indígenas y funcionarios de las instituciones públicas y ONG.

El estudio de caso trabaja mediante análisis cualitativo del contenido de los conversatorios y las observaciones realizadas durante el trabajo, para realizar dicho análisis se plantean unas categorías deductivas y se identifican categorías emergentes desde las situaciones más significativas para la comunidad en términos del diálogo de saberes.

**Esquema de relaciones para el Análisis**

Figura 6 - 1: Esquema de relaciones.




La figura 6-1 nos muestra el esquema de relaciones utilizado para el análisis de los textos que se generaron en los momentos 1 y 2 mencionados. Los textos se convierten entonces en el objeto de análisis que recoge las diferentes voces de indígenas, instituciones y la ONG GAIA frente a aspectos significativos de las relaciones interculturales y el diálogo de saberes en salud.

El esquema presenta imágenes de importancia simbólica para los pueblos indígenas, él rombo simboliza la relación entre persona, comunidad, autoridades y naturaleza; el espiral la forma de pensamiento que a diferencia del pensamiento en occidente no es lineal.

En la grafica los espirales hacen referencia a que el diálogo de saberes: Es continuo, permanente, nunca es el mismo y es un proceso; en el centro se observa una imagen representativa del mambeadero (sitio donde la comunidad indígena dialoga y piensa sobre su realidad), este es una representación simbólica dentro de la dinámica del diálogo intercultural, los colores utilizados en el esquema, el verde y el azul se retoman de la definición de diálogo intercultural de la comunidad de Cartagena en la cual el constante y continuo diálogo se da con los seres de la naturaleza y el río.

En términos del trabajo el esquema de relaciones busca la comprensión de la relación entre lo político normativo y el diálogo de saberes en tres niveles de la realidad la general (nacional), la particular (en el departamento) y la singular (en la comunidad).
En cada una de estos niveles se plantea la observación de elementos significativos en espacios de encuentro entre la institucionalidad y la comunidad indígena organizada, estos encuentros se dan a nivel comunitario en el centro de salud, a nivel departamental en la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa y en el nivel nacional en los espacios de construcción del Sistema Indígena de salud Propio e Intercultural – SISPI.
Este relacionamiento continuo permite apreciar como lo político - normativo se expresa en los espacios: nacional, departamental y local, en cada uno de sus escenarios (SISPI, MPCI, Centro de Salud de Arica- CSA, Medicina Tradicional y Atención con el promotor); en los cuales se realiza el ejercicio de diálogo intercultural.

El esquema de relaciones se construyó a partir de las categorías de análisis planteadas en los objetivos, dejando la posibilidad de identificar otras categorías que emergen en el desarrollo del trabajo. El esquema permite entrar en la dinámica relacional de estas categorías para comprenderlas y llevarlas a los resultados del presente trabajo.

## 1.7 Aspectos Éticos y consentimiento informado

Para el caso del presente estudio, por ser un trabajo con dos pueblos indígenas el procedimiento que se realiza es el de consulta y concertación con las autoridades tradicionales indígenas. Los pasos realizados fueron: a) Contacto con el presidente de la Asociación AIZA con el cual se comenta el proyecto. b). El presidente comenta al secretario de salud de AIZA el objetivo del proyecto, el cual acepta, por lo tanto deciden consultar al cuerpo de tradicionales. c). Se realiza la consulta a los tradicionales en el espacio del mambeadero en una reunión interna de la asociación. d) Se consigna en el acta de la reunión Marzo 2013 la aprobación del proyecto.
Del mismo modo se realizara los acercamientos pertinentes a la Dirección de Salud Departamental del Amazonas.

## 1.8 Trabajo de campo, conversación cotidiana y entrevistas cualitativas

El trabajo de campo del presente estudio utiliza el enfoque etnográfico, este enfoque centrado en la inmersión comunitaria permite en estas circunstancias ir definiendo con las comunidades quienes serian las personas a entrevistar, cuando, en que lugares o escenarios y si lo hacen a individuos o grupos.

Estas decisiones se toman en reuniones de la comunidad o en espacios de conversación cotidiana en los cuales están las autoridades políticas o tradicionales, es decir las decisiones de a quien entrevistar, cómo y cuando no es una decisión externa ni con base a criterios externos.

Lo anterior permite recoger en contexto relatos y significados con los cuales se construyen los resultados del presente trabajo.

## 1.9 Guías de observación.

La guía de observación del presente trabajo dado el carácter de inmersión en la comunidad de la investigadora obliga a llevar el menor número de categorías de análisis y permitir que desde la vida cotidiana en las comunidades e instituciones surjan otras categorías de análisis significativas para el trabajo.

Por ello la guía de observación plantea tan solo motivar y facilitar el que surja en el trabajo elementos para dos categorías de análisis deductivas estas son: interculturalidad y diálogo de saberes.

Por tanto la metodología busca que se generen relatos los cuales al ser llevados a textos permitan identificar elementos alrededor de la interculturalidad de diálogo de saberes y recoger todos los elementos significativos para los actores comunitarios e institucionales que surgieron en el desarrollo del trabajo.

Estos elementos permitieron que la investigadora centrara su mirada en la observación participante en aspectos vivenciales de la relaciones interculturales y de los diálogos de saberes en distintos espacios de las comunidades de Arica y Cartagena, de la MPCI y de la socialización del SISPI.

## 1.10 Tipo de Análisis.

La metodología para el presente trabajo, es la de ***análisis de contenido***.
El análisis de contenido se define como un medio para la producción de evidencias interpretables, la cual utiliza la técnica de análisis textual con sentido (cualitativa), abordando expresiones originalmente orales (entrevistas que luego son transcritas) y expresiones escritas (informes de diferentes actores sociales e institucionales del nivel territorial), abordando los diferentes contextos (nacional, departamental, comunitario). El análisis de contenido trabaja sobre textos, los cuales se convierten en el instrumento que permite visualizar lo que esta fuera del texto, es decir lo que le da sentido (Delgado, 1995. Capitulo 7 Analisis de contenido).

**ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**
Para comprender él porque trabajar con el enfoque de análisis de contenido en el presente trabajo es necesario antes de llegar al procedimiento, abordar los siguientes conceptos:

**Marco y presupuestos teóricos** (1995. p.181)**.**
El marco y los presupuestos teóricos fueron relacionado con los conceptos de salud indígena y dialogo de saberes, es el referente para la interpretación de los sujetos que producen las acciones, mediante la identificación de la forma de como se dan las interacciones institucionales y sociales, se identifica el sentido de dichas acciones, es

decir el que va a permitir identificar cuáles y porque son elementos clave para el deber ser del dialogo de saberes.
Es decir el marco y los presupuestos teóricos, permiten contrastar y dar consistencia al ejercicio de abordaje: texto- análisis- interpretación.

**Observación de hechos y de acciones** (1995. p. 177).
Los hechos nos permiten realizar un ejercicio cuantitativo que dé cuenta de la dimensión de la participación de diferentes actores en diferentes ejercicios de dialogo de saberes. Las acciones permiten identificar elementos clave de la toma de decisiones y sus mecanismos por los actores sociales e institucionales, los cuales permiten entender en contexto el soporte desde el cual dichos actores definen que una acción es desde su perspectiva como se debe realizar el dialogo de saberes.
**Tareas analíticas interpretativas** (1995. P 178 -179).
Las tareas analíticas interpretativas, parten de como las fuentes orales o escritas son generadas desde sujetos sociales o institucionales, estas fuentes producen textos que adquieren el carácter de expresiones-objeto para él análisis, generadas por sujetos en las acciones.

Estas expresiones-objeto se recopilan, se clasifican, se comparan y se ubican en el sistema expresivo al que pertenecen. El ejercicio de la búsqueda de sentido del texto, se relaciona con el establecer la determinación de las conexiones existentes entre el nivel sintáctico (niveles superficiales puramente formales de ese texto) y sus referencias semánticas y pragmática (estas últimas son las que le contienen el sentido del texto)

**Procedimiento** (1995. P. 192-194).

**Organizar el material empírico (corpus textual)**
a) Recopilar la información disponible (marco de referencia, informes, otros documentos)
b) Producir información nueva (grupos de discusión, entrevistas abiertas)
c) Recolectar la Información extra textual (el contexto de los textos disponibles, información de los autores de informes, información de los entrevistados y de las características de los grupos focales).

**Realizar la fase de análisis**
a) **Establecer las unidades de registro:** Estas son palabras clave en contexto, se debe generar un listado de todas las frases en que la palabra clave está inmersa.

b) **Unidades de contexto**: Es un marco interpretativo de la relevancia de las unidades de registro detectadas en el análisis. Se delimitan en consonancia con las unidades de registro y con el planteamiento teórico y metodológico. Las unidades de contexto definen (al menos en parte) el sentido de las unidades de registro que engloban.

Las Unidades de contexto localizan las unidades de registro para determinar su concurrencia con otras unidades de registro, o su relación con información extra textual (autores, circunstancias).

Las unidades de contexto se definen siguiendo básicamente dos criterios: textual ó extratextual.

c) **Codificación de los datos**
El proceso de codificación es la adscripción de todas y cada una de las unidades de registro detectadas en los textos a sus respectivas unidades de contexto. La codificación permite la contabilización e identificación de relaciones.
d) **Reglas de enumeración**:
Las reglas de enumeración permiten contar con unos criterios para la codificación, estos son:

- ✓ Presencia o ausencia
- ✓ Orden de aparición
- ✓ Frecuencia
- ✓ Intensidad y direccionalidad
- ✓ Relaciones de contingencia
- ✓ Formas de asociación
- ✓ Equivalencia (presencia en contextos análogos) u oposición (incompatibilidad contectual)

e) **Categorización**
La categorización permite realizar la clasificación de las unidades de registro ya codificadas e interpretadas en sus respectivas unidades de contexto. Se utiliza para organizar un esquema de relaciones para el análisis y la interpretación basado en niveles de categorías las, el cual debe estar fundamentado en el marco y los presupuestos teóricos. Este ejercicio permite realizar análisis extensivos de los textos, los cuales son amplios y variados.

f) **Uso de ordenadores.** Los ordenadores son un instrumento facilitador, el cual no reemplaza el trabajo del o las personas que sistematizan. Permite el uso de herramientas como el Atlas Ti, para identificar el sistema de relaciones lógico-semánticas en que las categorías están inmersas, visualizándose en diagramas de árbol.
Se pueden generar varios esquemas categoriales los cuales permiten comparaciones.

g) **Producto final**
El producto final es un metatexto analítico (explicita el sentido)-interpretativo (esclarece el sentido), el cual se obtiene con reglas definidas y referentes teóricos justificados.

*Análisis de Contenido:*

Para el análisis de contenido se conto con 18 textos obtenidos, 3 fueron con autoría colectiva y 15 resultados de relatos y documentos de individuos. En dichos textos se analizaron de manera deductiva las categorías interculturalidad y dialogo. En el transcurso del análisis emergieron otras categorías siendo estas: Asociación, proceso,

vigilancia epidemiológica, salud, prestación de servicios de salud, MPCI, acuerdos. Ver tabla1

**Tabla 1: Porcentaje de aparición categoría de análisis**

| % De aparición categoría de análisis | |
|---|---|
| **Categoría de análisis** | **Frecuencias de aparición** |
| Interculturalidad | 19,296 |
| Dialogo | 8,321 |
| Asociación | 12,984 |
| Proceso | 12,553 |
| Vigilancia Epidemiológica | 9,684 |
| Salud | 8,823 |
| Prestación de servicios de salud | 11,549 |
| MPCI | 4,232 |
| Acuerdos | 12,553 |

Fuente: Diana Marcela Prieto

Los textos fuentes tienen como referentes extratextuales de importancia para el análisis el que 7 fueron obtenidos a través de conversatorios con individuos, 12 con grupos o colectivos, se retomaron 13 documentos producto de las relaciones de trabajo instituciones- indígenas, 3 relatorías de encuentros relacionados con la salud de los pueblos indígenas, y el cuaderno de campo que recoge información de la observación participante en diferentes escenarios, ver tabla 2.

**Tabla 2: Relaciones textuales y extra-textuales**

| Relaciones textuales y extra-textuales | | | |
|---|---|---|---|
| texto | Referente extra textuales | | Total |
| | Individual (1) | Colectivos (2) | |
| Conversatorio individual | 7 | 0 | 7 |
| Conversatorio Colectivo | 0 | 12 | 12 |
| Cuaderno de Campo | 1 | 0 | 1 |
| Documentos | 5 | 8 | 13 |
| Relatorías | 0 | 3 | 3 |
| Total | 13 | 23 | 36 |

1. Indígenas, funcionarios públicos, funcionarios ONG
2. SSDA, AATI´s - GAIA, OPIAC - ONIC, SSDA- AATI´s, AIZA

Fuente: Diana Marcela Prieto

Para la codificación se tuvo en cuenta en la perspectiva del esquema de relaciones para el análisis ubicar códigos por tipo de actor, tipo de texto y categorías de análisis deductivas. Ver tabla 3.

**Tabla 3: Referentes para la codificacion**

| **Referentes para la codificación** | | |
|---|---|---|
| **Lo textual/extratextual** | **Referente** | **Código** |
| Tipo de actor | Institución del Estado | I |
| | Organización Indígena | O |
| | ONG | N |
| Tipo de texto | Documento | D |
| | Relatoria | R |
| | Conversatorio Individual | C |
| | Conversatorio colectivo | G |
| | Cuaderno de Campo | E |
| Categoría de Análisis | Interculturalidad | T |
| | Dialogo | S |
| Fuente: Diana Prieto. | | |

Los códigos de referencia para el análisis cruzaron tipo de actor, tipo de texto, categorías de análisis, con los referentes de cada uno de estos, ver tablas 4.

**Tabla 4: Codificación relacionada con la categoría interculturalidad**

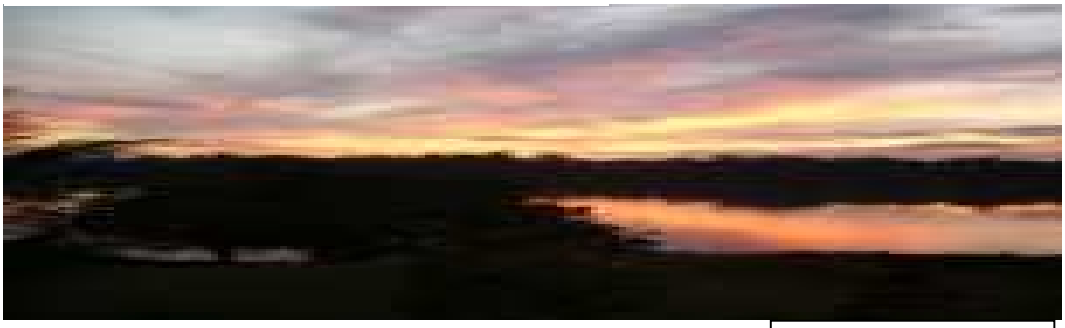
| Codificación relacionada con la categoría interculturalidad | |
|---|---|
| IDT | Institución del Estado,Documento, Interculturalidad |
| ODT | Organización Indígena, Documento, Interculturalidad |
| NDT | ONG, Documento, Interculturalidad |
| IRT | Institución del Estado, Relatoria, Interculturalidad |
| ORT | Organización Indígena, Relatoria, Interculturalidad |
| NRT | ONG, Relatoria, Interculturalidad |
| ICT | Institución del Estado, Conversatorio Individual, Interculturalidad |
| OCT | Organización Indígena, Conversatorio Individual, Interculturalidad |
| NCT | ONG, Conversatorio Individual,Interculturalidad |
| IGT | Institución del Estado, Conversatorio colectivo, Interculturalidad |
| OGT | Organización Indígena, Conversatorio colectivo, Interculturalidad |
| NGT | ONG, Conversatorio colectivo, Interculturalidad |
| IET | Institución del Estado, Cuaderno de Campo, Interculturalidad |
| OET | Organización Indígena, Cuaderno de Campo, Interculturalidad |
| NET | ONG, Cuaderno de Campo, Interculturalidad |
| Fuente: Diana Prieto | |

**Tabla 5: Codificación relacionada con la categoría dialogo.**

| Codificación relacionada con la categoría Dialogo | |
|---|---|
| IDS | Institución del Estado,Documento, Dialogo |
| ODS | Organización Indígena, Documento, Dialogo |
| NDS | ONG, Documento, Dialogo |
| IRS | Institución del Estado, Relatoria, Dialogo |
| ORS | Organización Indígena, Relatoria, Dialogo |
| NRS | ONG, Relatoria, Dialogo |
| ICS | Institución del Estado, Conversatorio Individual, Dialogo |
| OCS | Organización Indígena, Conversatorio Individual, Dialogo |
| NCS | ONG, Conversatorio Individual, Dialogo |
| IGS | Institución del Estado, Conversatorio colectivo, Dialogo |
| OGS | Organización Indígena, Conversatorio colectivo, Dialogo |
| NGS | ONG, Conversatorio colectivo, Dialogo |
| IES | Institución del Estado, Cuaderno de Campo, Dialogo |
| OES | Organización Indígena, Cuaderno de Campo, Dialogo |
| NET | ONG, Cuaderno de Campo, Dialogo |
| Fuente: Diana Prieto | |

La categorización y codificación en el marco del esquema de análisis permitió obtener la información esperada sobre la interculturalidad y el dialogo en la perspectiva del objetivo del presente trabajo de manera contextualizada y encontrando las diferencias de significado y sentido por actor, por niveles de la realidad. Igualmente permite llegar a conclusiones y recomendaciones a partir del análisis.

Foto 6-1: Atardecer en el río Putumayo



Fuente: Prieto, D (c.2011)

# Capítulo 6. Resultados

En un día cotidiano de las etnias Muinas y P++nemina de la comunidad de Cartagena, las mujeres madrugan a prender el fogón y bañarse. La historia dice que deben bañarse antes de las tres de la mañana, que es cuando el primer pájaro caga el rio, para prevenir enfermedades. Actualmente son pocos los hombres y mujeres que hacen esto; la principal actividad de los hombres es la cacería y la pesca, las mujeres van a la chagra (lugar donde cultivan los alimentos como yuca brava, piña, plátano, etcétera), pero cuando hay que tumbar y socalar la chagra, va toda la familia u organizan una minga para hacer el trabajo de manera más rápida; este es un lugar donde las mujeres aconsejan a sus hijos (D. Prieto, cuaderno de campo. 2009)[2].

Los niños van a la escuela de la comunidad hasta quinto de primaria, y dos veces a la semana en horas de clase van a la maloca (sitio sagrado tradicional) donde el médico tradicional indígena cuenta historias y cantos que lleva a los niños a reflexionar (D. Prieto, cuaderno de campo. 2009.

En la tarde las mujeres lavan la ropa y bañan a los niños donde les quitan los aradores (animales pequeños que se pegan a la piel ocasionando prurito), es costumbre que los niños grandes cuiden a los más pequeños y todos los habitantes juegan diariamente futbol (D. Prieto, cuaderno de campo. 2009).

De acuerdo a lo anterior, las personas realizan el dialogo en la cotidianidad en espacios como la chagra, maloca, la selva, el rio, la escuela (A. Márquez, Entrevista. 2013).

[2] Notas cuaderno de campo. Inmersión para trabajo en salud en la comunidad de Cartagena 2008 -2012.

## 1.11 Definición de diálogo para la comunidad de Cartagena

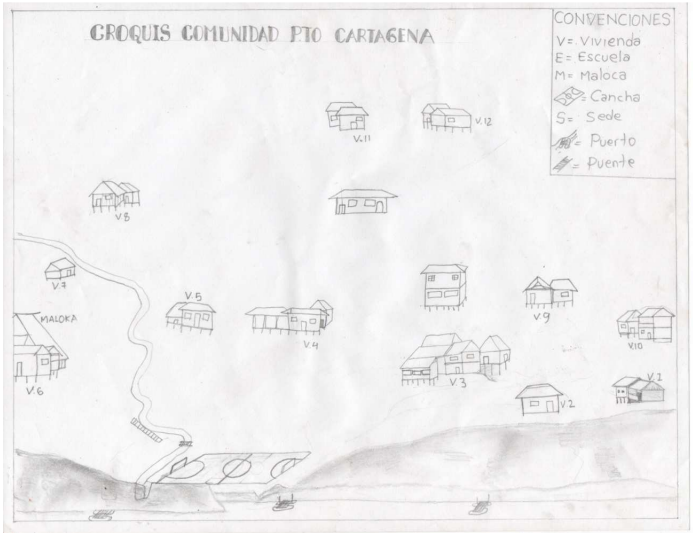
Mapa 6 - 3: Ubicación geográfica de la Asociación Indígena Zonal de Arica.

Fuente: Fundación GAIA Amazonas (c.2004).

En el mapa 6-3 se encuentra la ubicación geográfica de la asociación AIZA en el departamento del Amazonas.

Antes de definir qué es el diálogo para la comunidad indígena de Cartagena, se hace necesario describirla. Fue creada en 1995 por la familia Márquez debido a divisiones internas en la comunidad Nueva Reforma, recibe el nombre de Cartagena porque en la época del conflicto Colombo–Peruano, entre 1932 y 1933, la embarcación colombiana Cartagena encalló en ese lugar del rio Putumayo tornándose en un sitio de defensa en la batalla (Márquez, entrevista: 2014).

Mapa 6-4: Croquis de la Comunidad de Cartagena




Fuente: Promotor de la comunidad de Cartagena (c.2013).

La comunidad está conformada por 76 habitantes de 17 familias, quienes viven en 12 casas de acuerdo **al censo de la asociación 2013**, y cuentan con una maloca (lugar sagrado donde realizan bailes tradicionales) una escuela (donde los niños estudian hasta quinto de primaria), una cancha (donde juegan diariamente fútbol y voleibol) y una sede (donde realizan reuniones). Los líderes representativos en la comunidad son el gobernador, que es el mismo promotor de salud, el médico tradicional y los dos profesores. La principal actividad económica es: la chagra (lugar donde se cultiva los alimentos), cacería y pesca; los niños estudian a partir del 6 grado de bachillerato en los centros educativos de las comunidades de: Tarapacá, San Rafael, la Chorrera, el Estrecho (Perú) o el municipio de Leticia (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).

En el tema de comunicaciones, en la comunidad de Cartagena el único medio es el radioteléfono de la Dirección de Salud Departamental, manejado por el promotor de salud (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).

Mapa 6-5: Territorio de la Asociación Indígena Zonal de Arica AIZA

Fuente: Líderes de Aiza en trabajo con la ONG GAIA Amazonas (c. 2005).

El anterior mapa fue construido por los secretarios indígenas de AIZA de los temas salud, educación y territorio en el año 2005, en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa - MPCI, los dos puntos rojos sobre el rio Putumayo marcan la comunidad de Cartagena y la comunidad de Arica donde se encuentra el Puesto de Salud de primer nivel más cercano, encontrándose a 8 horas de distancia en un motor pequeño, y a 4 horas en un motor de mediana velocidad como es el 40.

Un líder indígena de la asociación afirma: “Para los ancianos tradicionales de los pueblos MUINAS y P++NEMINA, de las comunidades que conforman A.I.Z.A la salud se maneja por medio de curaciones, consejo, dietas y ritos (Diagnostico de salud AIZA 2013).
Los ancianos tradicionales en los mambeaderos, han venido narrando al interior de su proceso de salud cómo está ordenada la naturaleza en lo que llaman el BIN+E KA+ UÑUA UAI---MEPIVYE IÑYJ+ +TSAMEI CAAWAJU (Calendario ecológico), en el cual nos enseña cómo nos debemos comportar en el entorno natural y qué actividades de prevención (curaciones, rituales) debemos realizar en cada época y en los diferentes tiempos que ocurren en el ciclo natural. Las enfermedades son causas que generan la naturaleza, como material y espiritual, para mantener la salud es necesario realizar rituales que son curaciones para prevenir las enfermedades, para que haya una buena prevención debemos cumplir con los consejos y dietas. De acuerdo al BIN+E KAI UÑUA UAI---MEPIVYE IÑYJ+ +TSAMEI CAAWAJU, todos los seres de la naturaleza tienen un dueño espiritual, una manera de darle utilidad y cuidado. Nosotros los seres indígenas de las etnias MUINAS y P++NEMUNA, también pertenecemos a la naturaleza, porque nuestros clanes están simbolizados en arboles, aves, animales y peces; esta es la razón por la cual decimos relación HOMBRE-NATURALEZA, cuando hay desequilibrio de esa relación se presentan las enfermedades. Entendiéndose que la enfermedad es causa del desconocimiento del comportamiento en el entorno natural y el incumplimientos de los consejos y dietas. Para no sufrir estas enfermedades y vivir en armonía con la naturaleza debemos conocer todo lo que está contemplado en el BIN+E KAI UÑUA UAI---MEPVYE IÑYJ+ +TSAMEI CAAWAJU”[3] (AIZA, 2013).

**SINTESIS:**
La ubicación geográfica de la comunidad de Cartagena es distante, lo que dificulta un relacionamiento constante de la comunidad con la institucionalidad (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).
Para la comunidad de Cartagena el diálogo no solamente se realiza entre seres humanos indígenas y no indígena, sino también entre etnias, clanes, seres de la naturaleza, espíritus y energías. Este diálogo es necesario para mantener el buen equilibrio, y por ende la salud de la comunidad. Esto implica dietas, bailes, actividades cotidianas como la chagra, la pesca, la cacería, etcétera. Esto no se tiene en cuenta o no se sabe abordar al establecerse un dialogo intercultural, por parte de las instituciones y sus funcionarios (A. Márquez, entrevista: 2013).

[3] Explicación cosmogónica de los mayores de la Asociación.

## 1.12 El diálogo en la prestación de los servicios de salud en la comunidad de Cartagena

El ejercicio de diálogo intercultural en la prestación de los servicios de salud en la comunidad de Cartagena se realiza en tres espacios 1) medicina tradicional en cabeza del médico tradicional indígena, 2) promotor de salud indígena y 3) Centro de Salud de Arica (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).

**MEDICINA TRADICIONAL**: Para ser médico tradicional indígena se necesita una formación continua que pasa la mayoría de veces de padre a hijo, como es el caso de la comunidad indígena de Cartagena, donde existen normas, dietas y comportamientos específicos que hacen parte de la formación, en la mayoría de los casos inicia desde niño y dura varios años (más de 5), la comunidad empieza a reconocer y a respetar al nuevo tradicional o aprendiz a partir de los buenos resultados (Tradicional Abel Márquez 2009).

En la comunidad de Cartagena hay un médico tradicional quien vive en la maloca con su compañera, él fue el fundador de la comunidad, es reconocido como médico tradicional indígena no solamente por su comunidad sino también por la asociación AIZA, ***la comunidad se reúne dos veces a la semana en el mambeadero de la maloca donde conversan, dialogan y comparten diferentes asuntos o temas que ellos consideran importantes o necesarios discutir;*** los temas son variados desde la planeación de actividades comunitarias como una minga para la chagra comunitaria[4], podar la comunidad, etcétera, no existe una agenda de los temas a tratar (Tradicional A. Márquez. Entrevista 2009).

Foto 6-2: Medico tradicional Indígena e AIZA

Fuente: Prieto. D.(c.2010)

[4] La chagra es el lugar donde ellos cultivan los alimentos para el consumo y la chagra comunitaria está destinada no solamente para la prevención de acuerdo al calendario ecológico sino además para bailes, reuniones, etcétera.

También en este espacio, las familias asisten cuando alguna persona está enferma, si la persona puede desplazarse llega hasta la maloca, si no un familiar se dirige a la maloca y pide al médico tradicional indígena el favor de mirar y curar a la persona enferma; entonces el médico tradicional indígena busca el espacio que él considera adecuado para hacer el trabajo (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante de un proceso curativo, comunidad de Cartagena).

Este espacio de dialogo siempre está acompañado de los elementos sagrados, el mambe (hecho de hoja de coca y yarumo de monte) y el ambil (hecho de tabaco y sal de monte), los cuales son la representación del hombre y la mujer de acuerdo a la historia de vida de lo que las personas no indígenas llaman Huitotos (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Relatos en la inmersión comunitaria, comunidad de Cartagena).

**En el mambeadero siempre hay alguna reflexión o enseñanza** a partir de una historia, la cual surge espontáneamente en la conversación. En este espacio participan los niños, jóvenes, adultos y ancianos; los hombres desde el mambeadero y las mujeres desde el fogón y esto no es por discriminación como algunos suelen pensar sino por el orden que ha dado su creador. Ambos espacios son igual de importantes y necesarios dentro de la maloca (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena). Desde la experiencia como asesora e investigadora puedo afirmar que hay un dialogo constante entre el médico tradicional indígena, el paciente y la familia para restablecer el equilibrio de la persona enferma (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante de un proceso curativo, comunidad de Cartagena).

En esta medicina no importa el lugar donde se atiende a la persona. Puede ser: la hamaca de la casa, la cocina, la maloca, etcétera. Las personas no se preocupan si llevan la mejor ropa, no existe un protocolo para la atención, “siéntese señora” nombre, edad, fecha de nacimiento, EPS, toma de signos vitales, etcétera (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante de un proceso curativo, comunidad de Cartagena).

La atención es más un relacionamiento entre médico tradicional indígena - enfermo – familia; todo empieza como un diálogo, y en este momento me voy a permitir citar una experiencia: Una mujer va hasta la maloca en primera medida a saludar a todos los participantes de la reunión y a la comunidad en general. Lame ambil, no mambea porque las mujeres en esta tradición no les corresponde mambear, en otras etnias las abuelas sí mambean, se sienta donde están las abuelas y en el instante que considera oportuno se acerca donde el tradicional y le dice que si le hace el favor de mirar a su hija que está enferma (en esta oportunidad llamaremos a la niña Kamú), y él dice: “ahora voy”; en un instante en la noche el médico tradicional se acerca y pregunta ¿Qué le pasa a Kamú? Y empieza la madre a contar todos los acontecimientos que ella considera importante: Salió a las 4 am de chorrera viajó todo el día bajo lluvia y sol llegó a Arica a las 9 pm, allí durmió en la casa de una familia muy amable y salió en la mañana de Arica para llegar a la comunidad de Cartagena, pero ahora la niña siempre llora cuando duerme y se despierta cada rato, no tiene fiebre, no tiene tos, en Arica casi no durmió la niña Kamú tiene 7 meses, el tradicional después de escucharla con paciencia dice: “Tranquila eso no

es grave esta cutipada por el viaje", el médico tradicional indígena sopla e icara (pronuncia palabras en idioma) un ambil, luego lo lame y sopla a Kamú en la cabeza, pecho, espalda y pies, lo mismo hace con un cigarrillo que la mujer le da y dice: "ya se pondrá bien, ahora le doy ambil" le da un pequeño frasco y dice: "Todas las noches hay que lamer ambil y soplarla para que duerma bien y no la engañen en el sueño". La madre pregunta ¿cómo así que no la engañen en el sueño?, y él dice: "la lagartija y la hormiga que usted ve por ahí en el suelo en el sueño les gusta engañar a los niños y decirles que hemos matado a su mamá, por eso Kamú llora durmiendo y los animales apenas se ríen porque para ellos es un juego, con el ambil no dejamos que la engañen eso hay que hacerlo todos los días para protegerla y que duerma bien; antes que vuelva a viajar hay que mirarla otra vez". Efectivamente Kamú volvió a dormir tranquila después de esa icaración (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante de un proceso curativo, comunidad de Cartagena).

En esta medicina no importa si tienes o no EPS, si eres Huitoto, Bora o no indígena, ningún médico tradicional hace distinción por esas cosas, lo importante es pedir con humildad, siempre hay una reciprocidad, no en dinero pero sí en pilas, linterna, gasolina, jabón, cigarrillos, lo que uno considere pertinente y esté dentro de las posibilidades "esta en un sistema de trueque". En esta medicina las personas son las que deciden qué es un caso o un evento de salud, de acuerdo a una interiorización de creencias, o como diría la iglesia católica la fe; aquí uno se hace responsable de su propio cuerpo y no se entrega a un sistema sanitario donde ni tu cuerpo es tuyo; sino por el contrario hay un reconocimiento a las creencias y un dialogo con el médico tradicional indígena para restablecer la energía que en últimas, es lo que llamamos enfermedad (D. Prieto, notas cuaderno de campo, espacios de diálogo con la comunidad 2009).

El médico tradicional indígena no solamente participa como ordenador de medicinas o procedimientos, sino también como partícipe del tratamiento, como por ejemplo: en la mordedura de culebra hay dietas alimenticias y de actividades no solamente para el paciente sino también para la familia y el médico tradicional, porque es un dialogo donde todos unidos energéticamente contribuyen al restablecimiento de ese sistema energético de la persona "enferma", reconociendo que la persona tiene una estrecha relación con su entorno: naturaleza, río, animales, personas, etcétera (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante de un proceso curativo, comunidad de Cartagena).

Al interior de la comunidad y de la asociación AIZA se están construyendo unos protocolos interculturales, donde no es algo teórico sino práctico, para darle forma a lo que ellos llaman "cómo las dos medicinas se complementan en vez de suprimirse o competir", en ese sentido se establece como objetivo colectivo que hay que fortalecer la medicina tradicional y complementarla con la occidental, esto es lo que podríamos llamar en la práctica un diálogo intercultural constante y permanente (AIZA, documentos internos, 2010).

Las personas de la comunidad por lo general asisten como primera instancia ante la pérdida del equilibrio al médico tradicional indígena, si el médico tradicional considera pertinente remitir a la persona a la medicina occidental lo realiza a través del promotor de salud de la comunidad. En esta comunidad, promotor y tradicional trabajan

mancomunadamente para procurar la salud de los comuneros; en algunos casos cuando las personas llegan primero donde el promotor, este le informa al médico tradicional del evento y pide la colaboración de él. Algunos eventos no pasan primero por el médico tradicional como el caso de una herida que necesite sutura, hay primero que pasar por el promotor y después del procedimiento pasar por el médico tradicional, trabajan los dos para que no se infecte la herida. De esta manera trabajan diariamente (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).

A los promotores, de acuerdo a la normatividad, no les corresponde realizar suturas o procedimientos, pero por el hecho de estar a 8 horas del centro de salud donde no les reembolsan la gasolina, porque no es una urgencia de acuerdo al sistema de salud colombiano, la comunidad tiene la confianza en los conocimientos del promotor que lleva en práctica más de 12 años, y terminan siendo atendidos por dicho promotor en la comunidad (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Observación participante, toma de decisiones atención en salud, comunidad de Cartagena).

**MEDICINA OCCIDENTAL CON EL PROMOTOR DE SALUD:** el promotor se ha desempeñado durante más de 12 años en este cargo, es remunerado por la Dirección de Salud Departamental del Amazonas-DSDA y cumple las funciones de gobernador en la comunidad de Cartagena y Secretario de Salud de la Asociación AIZA desde el año 2004. De acuerdo al croquis de la comunidad vive en la vivienda número 3. De acuerdo al decreto 1811 de 1990 (no está vigente) los promotores de salud de las comunidades indígenas tendrán el carácter de interlocutores permanentes entre las comunidades y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud para la ejecución de las acciones y programas convenidos, además según el decreto No. 8361-SPP en el artículo 38 solamente los médicos, odontólogos y veterinarios en ejercicio legal de sus profesiones podrían prescribir medicamentos.

Actualmente el promotor de salud hace parte del equipo Gestión Integral de Salud Pública – GISP, de la Dirección de Salud Departamental del Amazonas, esta los ha capacitado en diferentes temas como AIEPI, Vacunación, Salud Sexual y Reproductiva entre otras. Ellos no deberían, de acuerdo a la normatividad colombiana, realizar la prestación de los servicios como suturas; pero la realidad en estas comunidades tan distantes y apartadas geográficamente es que los promotores que cuentan con los conocimientos e insumos necesarios realizan procedimientos como la sutura, además de apoyar en la atención de parto a las parteras (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevistas en la comunidad de Cartagena 2009).

El promotor mensualmente reporta a la DSDS las actividades realizadas en la comunidad, dentro de sus funciones esta dar charlas y visitas casa a casa; si bien está dentro de su función realizar charlas a la comunidad para prevenir las enfermedades, él como interlocutor realiza el dialogo de una manera distinta a como una persona no indígena lo pensaría; ejemplo: no cita a la comunidad para que se reúna y dar una charla de signos de alarma para los niños menores de 5 años, por el contrario él da la charla a la comunidad cuando están en minga previo análisis de la pertinencia del tema en esa época, cuando están en la minga a la hora de descanso tomando masato o caguana

empiezan a conversar y no comienza como un protocolo de “yo voy a dar una charla…” sino más bien como un dialogo informal, personalizado, donde todas las personas comparten, donde hablan de cómo están los niños; si tienen gripa, entre todos se aconsejan remedios naturales con plantas o actividades que no debe hacer como dejarlo asolear mucho, etcétera, el lenguaje utilizado por el promotor es lo más sencillo y claro posible para que todos entiendan de tal manera que no parece una charla sino más bien un conversatorio y diálogo entre todos; también hablan de otras cosas como por ejemplo que hombres fueron de pesca, cómo les fue, si vieron algo en especial o si tienen alguna anécdota (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Cartagena).

Foto 6-3: Niños indígenas en la chagra

Fuente: Prieto, D.(c.2011)

El promotor de salud refiere que para la visita de comisiones de salud él solicita que avisen con anticipación, pero esto no siempre se da, por lo cual no hay tiempo para preparar la atención la comunidad con calidad (A. Márquez, Entrevista 2009).

Igualmente el promotor de salud realiza un dialogo con su comunidad y es un interlocutor ente la comunidad y la institucionalidad Centro de Salud de Arica (D. Prieto, cuaderno de campo. Promotor de salud, entrevista 2009).

**MEDICINA OCCIDENTAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ARICA**:

La comunidad de Arica queda a 8 horas de Cartagena en un motor pequeño y a 4 horas en un motor de mediana velocidad. El Centro de Salud de Arica es una Institución Prestadora de Salud - IPS de primer nivel, en él se encuentran 4 profesionales prestando el Servicio Social Obligatorio. A partir de la ley 50 de 1981 se crea el servicio social obligatorio donde se prestará por una única vez en poblaciones pobres y vulnerables, en esta institución encontramos un médico, una enfermera, un odontólogo, un bacteriólogo y un auxiliar de enfermería, no siempre el equipo de profesionales está completo; ellos

viven en la casita médica que está ubicada al lado del hospital (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, comunidad de Arica).

En los últimos años el Centro de Salud ha tenido una decadencia en el suministro de insumos como medicamentos, gasolina, materiales (guantes, jeringas, etcétera) y esto se ha hecho más notorio a partir de la ley 1122, cuando las entidades territoriales no pueden prestar el servicio de salud y se crea una Entidad de Salud del Estado - ESE a nivel departamental que posteriormente se liquida quedando los Centro de Salud a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia II nivel (Médico rural, Entrevista 2009).

Las personas de la comunidad de Arica comentan que antes de la reestructuración, sí hacían correarías por las comunidades, pero ya no. Además ahora los insumos como combustible y medicamentos son muy escasos (D. Prieto, cuaderno de campo. Dialogo con la comunidad de Arica 2009).

El dialogo intercultural en la prestación de los servicios de salud con las personas de la comunidad de Cartagena depende de los profesionales, así como van personas que creen y tratan de conocer un poco la medicina tradicional, hay otros que no les interesa o que la reconocen pero no saben cómo acercarse e interactuar en la práctica con estos sistemas de conocimientos. Estas diferentes posturas puede crear tensiones en la convivencia entre los profesionales que van a prestar el Servicio Social Obligatorio (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista Profesional de Salud de la DSD 2013).

La inducción antes de 2008 la realizaba solamente la DSDA, ahora está a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia en colaboración con la DSDA, y en ambas instancias falta proporcionarle a los profesionales que realizan el Servicio Social Obligatorio herramientas de contexto para realizar un dialogo intercultural; como por ejemplo: como definen la salud las comunidades, como nos diferenciamos, que cuentan con unas prácticas que para ellos van en pro de mejorar la salud como las dietas, bailes y que hay que trabajar mancomunadamente para complementarnos y no para crear conflictos. Además de respetar la organización política administrativa de la asociación (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista Profesional de Salud de la DSD 2013).

Es necesario cerciorarse que los profesionales de la salud tienen los conocimientos mínimos como por ejemplo leer una gota gruesa para diagnosticar una malaria, en el caso de bacteriólogo, saber hacer una revisión física, diagnosticar, formular los medicamentos y corroborar que las personas le han entendido las indicaciones de acuerdo al contexto en el caso del médico (a), conocer y saber administrar medicamentos, realizar una citología, en el caso de la enfermera; estos son algunos ejemplos para estar en las capacidades de desempeñarse en estos territorios tan apartados y distantes (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Secretarios de AIZA, Entrevista 2009).

La mayoría de las personas de la comunidad de Cartagena que asisten al Centro de Salud lo consideran un último recurso, otros prefieren sanar sus dolencias con medicamentos occidentales comprados en el Estrecho (Perú) en una droguería porque han dejado sus prácticas tradicionales. Como consecuencia a la escases de medicamentos en el Centro de Salud de Arica, las poblaciones se están viendo obligadas a volver a sus prácticas tradicionales (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante y planteado por la comunidad de Cartagena 2009).

Las personas que asisten al Centro de Salud procuran ir con sus mejores trajes. Cuando entran al Centro de Salud hay una primera barrera visual como es un escritorio, donde al otro lado está el auxiliar de enfermería llenando unos RIPS, Registro de Información de Prestación de Servicios, con los datos personales, listo para sacar la historia clínica del paciente, no sin antes corroborar a cuál EPS pertenece y que esta tenga habilitado el servicio de consulta externa porque o si no solo atenderán urgencias, entendida dentro del sistema de salud colombiano, y no desde las necesidades o prioridades de las personas como por ejemplo “un dolor de diente que lleva 3 o 4 días en esta comunidad tan distante ¿no es acaso una urgencia? Es necesario un dialogo intercultural para llegar a la comprensión de las necesidades en estos territorios” (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante y entrevista con una comunera indígena de la comunidad de Arica 2009).

Después de esperar el turno en el horario de atención del Centro de Salud 8:00am – 12m y de 2 a 5pm, sin tener en cuenta si vienen de lugares lejanos, lo hacen pasar al consultorio en el que se encuentra al profesional de la salud al otro lado de un escritorio con una bata blanca o un uniforme, quien pregunta el motivo de consulta, realiza el examen físico; unos profesionales mejores en ese sentido que otros, refiere la comunidad de Arica y formula los medicamentos que posteriormente entregará la enfermera o el médico sin cerciorarse que las personas entiendan las indicaciones. En las consultas no se pregunta si ha consultado algún médico tradicional; tampoco, si son abuelos, se asegura un intérprete para lo cual el usuario depende del poco o mucho español que hable (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, entrevista con personas de la comunidad de Cartagena y Arica).

Han ocurrido casos desafortunados por la falta de diálogo de las dos medicinas, a finales del año 2013(A. Márquez, Espacio de la MPCI 2013) “una materna se acercó al Centro de Salud cuando estaba en el trabajo de parto, el profesional de medicina que estaba a cargo la hospitalizó de acuerdo al protocolo, y en el momento del parto el profesional no contaba con la pera de goma para limpiar la nariz del recién nacido, ocasionando el fallecimiento del bebé. Para los familiares y comunidad es un absurdo esa argumentación, ya que las parteras de la asociación lo que hacen es aspirar al recién nacido con la boca. Esto genera las siguientes preguntas según el secretario de la salud de AIZA: ¿Cuántos profesionales que van a estos lugares tan distantes y con deficiencias materiales han asistido un parto solos? ¿Por qué no llamó a una partera? ¿Llamar a la partera hubiera sido un acto de baja calidad para la prestación de los servicios? ¿O hubiera sido un acto de trabajo mancomunado entre las dos medicinas?. Este caso es para reflexionar cómo estamos formando a nuestros profesionales de la salud y cómo se da la interculturalidad en la práctica (D. Prieto, cuaderno de campo. Reflexiones trabajo de campo 2013).

También hay médicos que han pasado y han mambeado, ido de pesca con los indígenas, asistido en las noches a la maloca para compartir, han acompañado a las reuniones de la asociación en un intento de entender, respetar y complementar las dos medicinas, pero desafortunadamente esto es momentáneo porque siempre están sujetos a la incertidumbre de cómo será el siguiente que llegue (D. Prieto, cuaderno de campo. Espacio de trabajo MPCI, entrevista profesional con la DSD y con el promotor de comunidad de Cartagena 2013). En ese sentido no hay un diálogo intercultural constante y de manera permanente en la prestación de los servicios de salud en el Centro de Salud de Arica (D. Prieto, cuaderno de campo. Reflexiones trabajo de campo 2013).

**SÍNTESIS:**
En la comunidad de Cartagena, en la prestación de los servicios se da el diálogo intercultural en tres espacios: medicina tradicional, promotor de salud y en el Centro de Salud.

- Medicina tradicional: el diálogo en la atención es cercano, donde no existen protocolos de espacio ni una secuencia determinada de preguntas y respuestas, por el contrario la confianza y tranquilidad permite expresar a las personas las creencias o puntos de vista sin temor a ser juzgado. El médico tradicional no es ordenador de medicamentos; acompaña al paciente en las dietas alimenticias, actividades, etcétera. La familia es también involucrada en el proceso de sanación o curación para el restablecimiento de la energía de la persona enferma.

- Promotor de Salud: el promotor de salud realiza diálogo intercultural con el médico tradicional en el trabajo coordinado para la atención de las personas; con la comunidad para la realización de las actividades en salud, y además es el interlocutor entre la comunidad y la institucionalidad. En la práctica, se realiza cuando acompaña a la familia al Centro de Salud en casos de urgencia para explicar los procedimientos a seguir.

- Centro de Salud de Arica: el dialogo intercultural depende de la buena voluntad de los profesionales que muchas veces no se da, ocasionado consecuencias lamentables. En una consulta se encuentran barreras de tiempo (máximo 15 minutos por paciente), visuales (escritorios, batas blancas o uniformes), de idioma porque no se garantiza un traductor. Sobre todo con las personas mayores, hay un protocolo ya establecido para la atención. En las inducciones realizadas a nivel departamental no se garantiza que los conocimientos de estos profesionales sean suficientes y adecuados para trabajar en estos territorios lejanos y distantes. Además, no se brindan las herramientas de contexto que propicien un diálogo intercultural con estos sistemas de conocimientos. Por otro lado, la sociedad y la academia tienen una gran responsabilidad en este sentido

.

## 1.13 El diálogo intercultural en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa a nivel departamental –MPC

En el año 2002 se crea la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa gracias al trabajo de los pueblos indígenas y a una crisis de gobierno departamental, ante la decisión tomada por la Procuraduría General de la República de destituir al gobernador, razón por la cual es nombrado un gobernador interino, funcionario del Ministerio del Interior, que muestra su clara comprensión de la Constitución Política y la disposición necesaria para contribuir en la estructuración de un régimen especial para el departamento del Amazonas, coherente con su realidad cultural, territorial, político administrativa y geográfica (Preciado Buitrago, 2011).

El trabajo de los pueblos indígenas se inicia con el acompañamiento de la Fundación Gaia Amazonas[5] en los temas de salud, educación y territorio. Al inicio el trabajo en salud estaba concentrado en la asociación ACIMA, pero a partir del espacio de la MPCI donde los líderes de las diferentes asociaciones compartieron experiencias, las asociaciones que están asentadas sobre la rivera del rio Putumayo, incluyendo AIZA a la que pertenece la comunidad de Cartagena, iniciaron el proceso interno de salud partiendo de la definición propia de salud, calendario ecológico, la construcción de una Red de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria RVEC y la construcción de protocolos interculturales (ONG, Fundación GAIA Amazonas: 2011).

Por otro lado, el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa después de 9 años se reconoce a través de la ordenanza 004 del 2011 de la Asamblea Departamental. De acuerdo a los líderes indígenas consultados, que han participado desde el inicio hasta la fecha, en el espacio refieren: “el diálogo intercultural no es solamente con el mundo de afuera, es también con la naturaleza, con otros pueblos, donde hay un origen de relacionamiento desde el primer hombre”. ***Por lo tanto, hay es un conjunto de relacionamiento donde el tiempo con las épocas direccionan el relacionamiento con todo o también llamado Calendario Ecológico”, ese es el origen del diálogo***. Bajo este principio los programas nacen desde la base para decir que somos distintos en manejar el territorio y en la ritualidad. A partir de esa orientación, el ir a otro espacio implica conocer al otro, pero primero hay que conocerse uno mismo para no perderse y lograr tejer en conjunto. Esta es una de las razones por las que llegaron a hablar con el ente departamental (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista, líder indígena Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Paraná Amazonas 2013).

En entrevista con los líderes indígenas de la MPCI estos afirmaron que: “El intercambio de palabras es como sentarse a mambear, que significa que cuando usted escucha una palabra es porque entiende el significado y la está respetando. Eso los llevó a dialogar entre ellos para ver si de alguna forma podían entenderse y también cómo occidente puede aportar para mejorar la salud de los pueblos, y ese fruto es lo que hoy llaman firma de acuerdos, convenios; eso implica un relacionamiento de igualdad. Existen

[5] ONG fundada en 1990 con Martin Von Hildebrand.

mecanismos que permiten hacer ese tipo de relaciones, por ejemplo las Entidades Territoriales Indígenas – ETIS, son un objetivo. Esa señal ya estaba puesta cuando el primer hombre se hizo hombre, por eso cada vez más nos comunicamos y por eso nosotros les contamos más de cómo pensamos nosotros para que nos entiendan y podamos articularnos, pensamos que en algún momento va hacer parte de la política pública del Estado, y por eso transciende a otros espacio como la Mesa Regional Amazónica".

El proceso de la MPCI no ha sido fácil. Desde un comienzo ha requerido: tiempo, conocimiento, seriedad y mucho diálogo para entender y acordar las cosas. Al principio nos mirábamos distinto y una primera mirada no es suficiente para conocerse en un corto tiempo; pasaron 3 o 4 mesas para lograr dialogar. Al principio fuimos vistos como menores, y la discusión fue mucho más difícil hasta llegar a una etapa donde si nos reconocieron en lo verbal pero dentro de los cumplimientos no éramos tenido en cuenta. Pero en la 5-6 MPCI ya entendimos qué quería cada una de las partes, en la 7-8 MPCI establecimos una comunicación no tan directa por ratos, además al principio hubo duda de la voluntad del gobierno por parte de las Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas - AATI´s, no sabíamos si era verdad (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista, líder indígena Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Paraná Amazonas 2013).

De igual modo, estos líderes indígenas afirman que: "antes habían discusiones y lo que quedaba en los acuerdos no se cumplía, hasta la 12 MPCI empezamos a exigir propuestas porque ya había un trabajo en los ríos de las AATI´s, y había resultados para lo cual una estrategia fue empezar a comprometer al gobierno. Finalmente la idea se incorporó pero vino el problema de administración donde la Entidad Territorial decía "usted tiene el trabajo pero yo tengo la plata". Posteriormente entre las AATI´s reconocimos de manera unánime que el espacio de la MPCI es un proceso y empezamos a revisar qué ha pasado, qué se ha cumplido y cuál va hacer la estrategia; eso en el espacio de la preparatoria y en el trabajo en las comunidades. Hasta 22 MPCI decían que la AATI´s no sabía administrar, pero la mayoría hemos demostrado que con el proceso de contratación que se ha realizado en salud se han tenido buenos resultados, pero los tiempos de contratación no son compatibles con los indígenas (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista, líder indígena Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Paraná Amazonas 2013).

En la XXIV Mesa de la MPCI, según un líder indígena de ACIMA "nos sentamos a dialogar, pero a la entidad territorial le cuesta reconocer la aceptación de la palabra del otro, cuando uno la acepta, es respetar su mundo, su espacio, su forma de ser y voy a compartir su espacio. Ese es el sentido de una interlocución departamental, ahí es cuando verdaderamente se puede hacer algo en conjunto, este espacio es una invitación a que el otro construya conmigo y tejamos en conjunto", (Prieto Diana, cuaderno de campo. Entrevista, líder indígena Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Paraná Amazonas 2013).

Los líderes de todas las asociaciones presentes en la MPCI refieren que: “La asesoría es más de colaboración, de cómo caminar pero no define cómo hacer y qué hacer. Es un acompañamiento de una persona confiable y él o ella debe saber el sentido de la palabra para entender ambos lados; además tiene que ser alguien que viva y que lo conozca. Porque no se puede tener un asesor si no conoce el pensamiento, incluso para la vigilancia que hace el departamento como el interventor o asesor; si no son conocedores seguramente llegan con información distinta y eso crea incertidumbres al interior de las comunidades. Eso también se lo hemos sugerido al departamento (Prieto Diana, cuaderno de campo. Entrevista con los líderes indígenas que participan en la MPCI 2013).

En entrevista con un asesor que lleva más de 20 años acompañando a estas asociaciones indígenas, refiere que: “la cultura de donde nací y crecí identifican culturas distintas para ayudarlas a desarrollar, y eso es dialogar para colonizar, no aplicamos el refrán que dice “donde fueres haz lo que vieres” por el contrario tratamos de imponer lo que pensamos, llevando la problemática y a la vez la solución, y de esta manera no llegamos a conocer la realidad sino a imponerla; ese es el primer reto si se está pensando realmente en conocer, como asesor uno no se relaciona para ser una persona de allá, sino que uno se relaciona para compartir”, (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con Asesor de las Asociaciones Indígenas 2013).

“Desde la experiencia de acompañamiento, los procesos se han forjado a partir de conocer esa realidad y compartir en ella. Es decir no llegando a imponer, igualmente es importante participar en los espacios donde se reflexiona vinculándose con una realidad y aportar algunas palabras para ayudar a tejer lo que se define, no solamente problemáticas, sino también beneficios y soluciones”, (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con Asesor de las Asociaciones Indígenas 2013).

“Por otro lado, las culturas amazónicas siempre aceptan todo, pero no acogen todo, “eso está bueno para usted, para mí está bien de otra manera” ese es un principio pero en el departamento aún estamos tratando de explicar ese principio. Desafortunadamente la historia del departamento del Amazonas se funda de un poder despótico donde se reduce las culturas indígenas a pobrecitos; este camino ha sido largo. He vivido como compañero, soy una persona que ha sido adoptado por las comunidades siendo distinto, como si las comunidades dijeran no me interesa que sea igual a mí pero si me interesa que sea parte de lo mío”, (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con Asesor de las Asociaciones Indígenas 2013).

Los líderes indígenas y los asesores definen el diálogo intercultural como el relacionamiento entre personas y seres de la naturaleza, y como un proceso que demanda: entendimiento, paciencia y constancia (D. Prieto, cuaderno de campo. Reflexiones sobre el espacio de la MPCI 2013).

La mirada por parte de la Dirección de Salud del Amazonas, con dos personas coordinadoras de los programas de Laboratorio de Salud Pública y del trabajo con promotores de salud, que han estado desde el 2003 en la MPCI, hicieron su servicio social obligatorio en la época que era Seccional de Salud. Posteriormente se vincularon a

la planta de la Dirección de Salud Departamental del Amazonas, primero hacen un recuento de la parte histórica del departamento en especial de la Dirección de Salud Departamental.

La DSDA en ese entonces era la responsable de la prestación de servicio de salud y trabajo de los rurales, quienes salían hacer correrías en su jurisdicción para mejorar la cobertura., Posteriormente dichos rurales solo hacían los viernes de Promoción y Prevención – P y P, en cada comunidad. Después de la reestructuración del 2005 la DSDA entrego la prestación de servicios de salud la ESE Amazon Vida, la cual quedó a cargo del hospital San Rafael de Leticia, de los cuales depende en la actualidad los rurales (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Las coordinadoras refieren que: “Ha habido cambios primero teníamos el PAB Plan de Atención Básica, después el GIPS Gestión Integral de Salud Pública, y eso obliga a que no haya un hilo conductor del proceso y peor aun cuando el departamento tiene diferencias tan marcadas. Leticia es una cosa y el resto el departamento es otra. Por otro lado el tema fronterizo es una connotación muy importante donde hay que tener en cuenta que cada país tiene normas y lineamientos”, (Prieto Diana, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Además refieren que: “Con las asociaciones es como si se hablara en idiomas distintos. Nosotras como funcionarias por un lado hablamos de Atención Primaria en Salud - APS, Gestión Integral de Salud Pública - GISP, prestación de servicios, y las asociaciones o corregimientos hablan de manera integral donde no existen divisiones entre promoción, prevención, tratamiento y prestación de servicios; nosotras hemos entendido este relacionamiento porque las comunidades nos han explicado, por eso consideramos que lo primero es entender cómo las comunidades indígenas perciben la salud y la enfermedad, porque ellos no van en primera instancia al centro de salud, ellos van primero al médico tradicional. Por ejemplo consideran la tuberculosis una enfermedad tradicional”.
Las personas entrevistadas comentan que ellas han logrado entender un poco del pensamiento indígena gracias a la experiencia de varios años, pero al interior de la institucionalidad departamental sí se siente una mirada distinta de otras coordinadoras que no conocen el territorio ni la diversidad cultural (D. Prieto Diana, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Con respecto al diálogo, ellas lo definen como: “Es poder entendernos, sentarnos a identificar y entender nuestras diferencias en un mismo contexto, hablando siempre con la verdad y sinceridad en este territorio es complicado, porque hay zonas muy distintas donde las influencias se han dado de manera particular”. Con base en esta definición expresan que: “La MPCI ha sido una discusión en algunas ocasiones pero se ha logrado un diálogo en otros momentos; desafortunadamente se ha ido desvirtuado la importancia del espacio debido a intereses de parte y parte, y eso ha generado que en algunos momentos se convierta en un monólogo; también que las personas sean un actor pasivo porque se desmotivan dejando que la palabra corra a otra MPCI y firmemos. Este no

debería ser el camino de una MPCI, considero que el espacio es valioso porque en otros lugares son más pasivos en la participación, y en el Amazonas la gente se movilizaba y participaba. Eso es importante reconocer como DSDA", (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Por otro lado, relatan que: "El trabajo en las mesas MPCI no se ha hilado con el que hacer porque al interior de la DSDA no se ha hecho una relación de la mesa como un proceso, quedando solamente los compromisos como un listado de actividades: correría, taller etcétera. No hay una preparación al interior de la DSDA como debería ser; reduciéndolo a si se cumple o no la actividad, pero no tratando de entender el pensamiento de las comunidades indígenas. Se crea de esta manera una desarticulación entre lo que se hace y los compromisos de la MPCI. Es una responsabilidad del departamento entender su territorio; lastimosamente nos ha tocado planes de desarrollo de 2 años, y eso da una ruptura al interior de la institucionalidad. También es importante tener en cuenta que el Ministerio de Salud mide a las entidades territoriales por medio de indicadores, y en el caso de la DSDA no corresponden o no son los más adecuados. Lo que el Ministerio de Salud considera que es una población minoritaria, como lo son las poblaciones indígenas, para el departamento son la población mayoritaria", (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Además cuentan que: "No hay tiempos de planeación compartido con otros programas tan juiciosamente, hemos intentado trabajar unidos desde hace 4 – 5 años pero no se da de una manera tan efectiva como quisiéramos, además hay que tener en cuenta que la DSDA no tiene asesores que colaboren en este proceso de MPCI para llegar a la práctica, y sobre todo hacer visible este proceso a nivel nacional para que el Ministerio de Salud entienda la particularidad del departamento y se convierta en un punto de apoyo y colaborador del mismo", (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Las funcionarias detallan que: "La MPCI nace de un querer sano de las Asociaciones al decir estamos acá, y del gobierno decir bueno hay que respetar las asociaciones y escuchar las comunidades. Eso es lo que respalda una gobernanza de un departamento. Pero no podemos negar que estamos influenciados por la parte económica, y no nos escapamos ninguno de esos intereses; por ejemplo en la Asociación CIMTAR se perdió la plata de la contratación, y eso desmotiva a la gente. Por eso consideramos que se tiene que contar con líderes como el secretario de Salud de AIZA, que dice las cosas de manera directa y es correcto en su quehacer cotidiano. Desafortunadamente no lo dice como quisiéramos y hiere susceptibilidades; nosotras sentimos que los líderes indígenas son machistas, porque en algunos momentos nos mandan a callar, y por otro lado se la llevan mejor con el antropólogo de la DSDA por ser hombre. Reconocemos que los trámites administrativos al interior de la secretaría y de la gobernación son largos para poder llegar al cumplimiento de una actividad; en el año 2006, para efectuar un trámite se pasaba por 13 oficinas", (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

Con respecto a los profesionales de la salud que van a prestar el Servicio Social Obligatorio refieren que: "Ha habido una transición, antes prestaba el Servicio Social

Obligatoria el que quería y le nacía; ahora es una obligación, y los muchachos van es pensando en que necesitan la plata para hacer el postgrado, y de lo social. Eso sí, es interesante ver a los indios como el turista, eso es lo que palpamos cuando estamos en las inducciones, estos profesionales no tienen un proceso de adaptación en el choque cultural, y algunos hacen un blindaje. No me interesa la parte cultural y en casos extremos empiezan a mambear a toda hora, y nosotras nos preguntamos ¿será que este joven si entendió?", (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

En la educación consideramos que hace falta un espacio para que los profesionales que llegan puedan entender estos territorios tan distintos, porque lo mínimo que se les pide es respeto por estas culturas. Además, hay que tener en cuenta que el 80 - 90 % de la atención se da con estos jóvenes; es necesario unas normas de respeto desde el hospital, pero si todavía es la lucha con el paciente para remitirlo ¿qué será con una política de atención en salud intercultural? Consideramos que es necesario garantizar que los profesionales que lleguen a estos territorios cuenten con los conocimientos básicos para desempeñarse solos. Por ejemplo, en el caso de la bacteriología en el departamento todo se hace manual y en las universidades todo esta automatizado. Antes, cuando la prestación de servicios de salud estaba a cargo de la DSDA, la inducción se demoraba más tiempo tratando de mirar esta parte, ahora no se puede porque las EPS presionan al hospital para no dejar las plazas descubiertas", (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Entrevista con profesionales de salud de la DSDA 2013).

**SÍNTESIS**

Realizar un análisis a profundidad del proceso de diálogo intercultural que ha tenido el espacio de la MPCI durante 13 años, podría ser perfectamente lo que la academia llama una tesis. El alcance en este documento va hasta describir y analizar 58 ómo las personas que hicieron parte de este proceso, desde tres puntos de vista distintos (asociaciones, asesor y funcionarias de la Dirección de Salud Departamental) perciben el diálogo intercultural en la MPCI.

A partir de las entrevistas realizadas a los líderes de las asociaciones, al asesor de las mismas y a las funcionarias de la DSDA, y evidentemente a partir de mi experiencia de acompañamiento a las asociaciones durante 8 años, se puede llegar a la siguiente síntesis:

Existen diferencias desde la definición de diálogo intercultural, 1) los indígenas definen el diálogo desde su cosmovisión, como el conjunto de relaciones que se tiene con todo los seres de la naturaleza, espíritus, con los hombres siendo indígenas o no indígenas, para lo cual la base es el calendario ecológico, y para las funcionarias de la DSDA esto solamente se da entre seres humanos identificando las diferencias que tenemos en un mismo contexto, para lo que es necesario hablar con la verdad. 2) para los líderes

indígenas, la interculturalidad se da desde la misma historia de origen, por ende todos nos relacionamos desde el inicio de la vida. Para las personas no indígenas no existe esta historia de origen de relacionamiento.

Foto 6- 4: Líderes indígenas en la MPCI

Fuente: Prieto, D.(c.2011)

Evidentemente estas diferencias desde la misma definición marcan una mirada distinta al proceso de la MPCI, lo que para las asociaciones indígenas en este caso AIZA es un proceso que ha implicado conocernos escucharnos tener paciencia y perseverancia, aprender a relacionarse con los tiempos y espacios del mundo no indígena. Por ejemplo: 1) sentarse en el despacho de la Directora de Salud o Gobernador a que los atiendan y no tardar más de 6 minutos por que tiene una carga laboral alta. En una maloca no existe ese concepto de tiempo de espera, para hablar y compartir no hay tiempos establecidos. 2) Los procesos administrativos al interior de la gobernación son procesos tan largos que pueden durar perfectamente más de dos meses, eso le genera al líder un conflicto interno en la familia, comunidad y asociación, sin hablar de los problemas alimentarios que algunos presentan porque no están acostumbrados por tanto tiempo a comer comida no indígena. Aunque en Leticia, en la plaza se consigue casabe, fariña y pescado, ellos dicen que no es lo mismo que si comiera en su territorio. Con respecto a la asociación se generan dificultades porque todos los costos de sostenimiento los da la asociación, y ellos no conciben que para la firma de un papel se demore tanto. En algunos casos expresan: “Si no quieren cumplir con el acuerdo digan y no perdemos tiempo”. 3) En Leticia tienen que adaptarse a vivir en un contexto de mercado que no se da en la comunidad de Cartagena. Por ejemplo, las licorerías, las mujeres que prestan los servicios sexuales, además de los funcionarios corruptos que solicitan un reconocimiento por colaborar a que el trámite administrativo sea más ágil.

Indudablemente la MPCI es un esfuerzo por construir modelos comunicativos que permitan una interacción efectiva, para lo cual las asociaciones están dispuestas y solicitan que el departamento se comprometa a dialogar, a entender y respetar esa palabra. Del mismo modo que reconozca ese esfuerzo que realizan los líderes al transitar de sus comunidades en este caso Cartagena a Leticia.

Indudablemente falta camino por recorrer, donde las partes mejoren su quehacer, donde al interior de la DSDA haya una mayor concientización del proceso que están viviendo, de la importancia del mismo; pero sobre todo, de la importancia de respetar a ese otro en su diario quehacer. Tal vez, como dirían las personas entrevistadas, necesitan una asesoría interna, necesitan un hilar al interior de la institucionalidad para llegar a dialogar de manera más efectiva. Las asociaciones indígenas necesitan seguir trabajando en sus procesos; resolver sus conflictos internos, que indudablemente pasan por fallas administrativas como el caso de CIMTAR, pero es importante aclarar que no lo son todas las AATI´s; pero indudablemente seguir trabajando con esfuerzo y dedicación.

Con respecto a los rurales que van y prestar el servicio social obligatorio, indudablemente las familias y la academia tienen una gran responsabilidad.

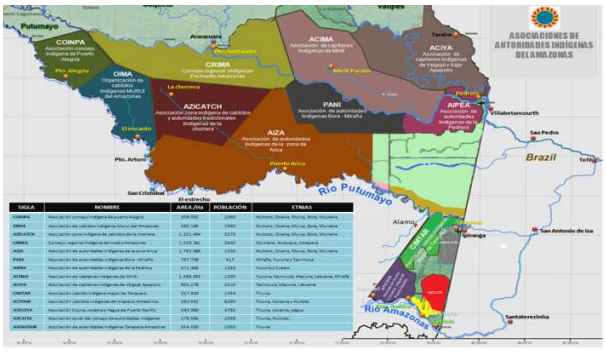
## 1.14 El diálogo interculturalidad en el espacio del SISPI a nivel nacional

El alcance de cómo se da el diálogo intercultural en el espacio de construcción del SISPI a nivel nacional en este documento, se limita a la reunión realizada en Villavicencio los días 5, 6 y 7 de noviembre 2013, para lo cual primero se realiza una descripción de la reunión y posteriormente el análisis del ejercicio del diálogo intercultural.

Los departamentos que participaron en la reunión fueron: Amazonas, Guainía, Vaupés, Caquetá y Putumayo. En el documento nos centraremos en Amazonas, debido al alcance del mismo (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

**AMAZONAS**

Mapa 6- 6: Departamento del Amazonas por Asociaciones Indígenas




Fuente: Gobernación del Amazonas (c2013)

La comisión del Amazonas para la reunión estuvo conformada por 20 delegados indígenas de las asociaciones: Asociación Indígena de la Pedrera Amazonas - AIPEA, Asociación de Autoridades Indígenas del Pueblo Miraña y Bora del Medio Amazonas - PANI, Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de Tarapacá - ASOAINTAM, Consejo Indígena Mayor de Tarapacá -CIMTAR, Asociación de Autoridades Indígenas del Resguardo Ticoya - ATICOYA, Asociación Indígena Zonal de Arica - AIZA, Organización Indígena Muruy del Amazonas - OIMA, Consejo Indígena de Puerto Alegría - COINPA, Asociación del Cabildo Indígena del Trapecio Amazónico - ACITAM, Consejo Regional Indígena del Medio Amazonas - CRIMA y Asociación Zonal de Cabildos y Autoridades Tradicionales de la Chorrera Amazonas – AZICATCH; haciendo falta la representación de las asociaciones de: Asociación de Capitanes Indígenas del Miríti Amazonas - ACIMA y Asociación de Capitanes Indígenas del Yaigoje Apaporis – ACIYA. Además participó una persona de la Dirección de Salud Departamental del Amazonas DSDA, y una asesora de las asociaciones indígenas (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

## PRESENTACIÓN DEL TRABAJO EN EL DEPARTAMENTO

La presentación de los avances estuvo a cargo del señor Abel Márquez, de la Asociación AIZA, y el representante de la Dirección de Salud Departamental Arley Cañas. El trabajo presentado es de los territorios no municipalizados en el departamento (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

Algunas asociaciones han venido trabajando en su proceso interno de salud desde hace más de 10 años. Las comunidades empezaron por definir qué es salud desde el pensamiento indígena, lo que definieron como: “El equilibrio entre el hombre, naturaleza y la espiritualidad de acuerdo a la cosmovisión de cada pueblo indígena”. Posteriormente describieron el calendario ecológico, el cual da las directrices para mantener la salud, como por ejemplo la chagra, la dieta, etcétera. También de acuerdo a las épocas del calendario ecológico se presentan las enfermedades y respondiendo a la pregunta ¿de qué se enferma la gente? Cada asociación ha construido una red de vigilancia epidemiológica comunitaria, donde son las comunidades las que recolectan, organizan y analizan la información epidemiológica para tomar acciones que vayan encaminadas a mejorar la salud (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante y entrevista con los líderes de las AATI´s, Villavicencio 2013).

Desde el año 2011 se han venido celebrando convenios con la Dirección de Salud Departamental en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa para construir un modelo de salud que responda a la realidad del departamento a través de unas fases que han acordado con el ente territorial. Estas fases fueron propuestas desde las comunidades; los secretarios de salud comentan que: “Llegar a un acuerdo con la entidad territorial no ha sido fácil, requirió diálogo durante varios años porque al principio la Dirección de Salud no entendía que el problema en la salud que aqueja al departamento de Amazonas es el mismo de los demás departamentos: prestación de servicios, falta de reconocimiento de la medicina tradicional, remisiones, coordinación de las dos medicinas, etcétera. El objetivo del proceso es lograr superar todas estas dificultades y contribuir a la gobernabilidad del departamento”, (D. Prieto, cuaderno de campo. Entrevistas con los líderes indígenas de las AATI´s, Villavicencio 2013).

El delegado de la Secretaría de Salud del departamento del Amazonas, realiza una pequeña explicación de la ubicación geográfica, y por consiguiente de las comunidades. Refiere que la intención del ente territorial es seguir trabajando mancomunadamente con las autoridades indígenas; desde 2002 surge la MPCI, y desde ese entonces se realizan dos reuniones al año donde se busca la negociación en los diferentes temas como salud, educación y temas ambientales. Luego, en 2010, se inician los convenios con las AATI´s aunque varias de ellas ya venían trabajando internamente para la construcción del perfil epidemiológico intercultural donde se busca determinar el comportamiento de las enfermedades en el territorio, y en 2012 se empieza a analizar cómo se articula este proceso con el SISPI y se crea una comisión técnica en el departamento, la cual tiene como función revisar cómo van los procesos de salud en los territorios y si realmente los acuerdos se están cumpliendo. Por otra parte, refiere que: "Con el actual sistema de salud es difícil en el departamento llegar a toda la población por la dispersión geográfica y la diversidad cultural de los diferentes pueblos", (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante y entrevista con el profesional de la DSD, Villavicencio 2013).

**EXPOSICION DEL SISPI**

La comisión del Amazonas plantea que el SISPI debe partir del pensamiento indígena, para lo cual han realizado la siguiente estructura y realizan la explicación pertinente (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

**TERRITORIO – TERRITORIEDAD**: El territorio es todo lo que está en nuestro medio, no solamente físico si no también espiritual, y la territoriedad es la manera como nosotros nos relacionamos con todo lo que está en nuestro medio ambiente, el cual está dado por:
Calendario ecológico**:** es el orden de cómo relacionarnos y el qué hacer en cada época, y la forma como aparecen las enfermedades.
Conceptualización de salud**:** es el equilibrio entre el hombre, naturaleza y espiritualidad, de acuerdo a la cosmovisión de cada pueblo.

**ESPIRITUALIDAD SALUD PROPIA**: la esencia de la salud propia es precisamente la espiritualidad que es manejada por los tradicionales de las asociaciones.
Interculturalidad propia en salud es realizada entre los indígenas de diferentes etnias, siempre con respeto y entendimiento.

**ESTRUCTURA DEL SISPI:** red de vigilancia epidemiológica comunitaria: se trata del registro epidemiológico de los eventos en salud, tanto tradicionales como occidentales, que se presentan en las diferentes comunidades con el propósito de tomar acciones para contribuir a mejorar la salud.

Construcción del perfil epidemiológico: a partir de esta red se puede construir un perfil epidemiológico que refleje la realidad del departamento y de las comunidades.

Diseño de la política del sistema de salud: el sistema debe ser construido de acuerdo a las reglas de los indígenas, y no que venga orientado por otras entidades, para lo cual se necesita dialogarlo en las comunidades con los tradicionales y líderes en general.

Financiación y administración: se debe garantizar la financiación del sistema y la administración debe realizarse por medio de las Asociaciones Indígenas o Entidades Territoriales Indígenas – ETI´s.

Gestión e implementación: cómo se van a gestionar las situaciones internas que se pueden presentar en el desarrollo del sistema y su respectiva implementación.

Operatividad: la operatividad del sistema debe ser sin intermediarios.

Decisiones: quienes tomarán las decisiones sobre el sistema serán los administradores o las personas que se encuentren dentro del trabajo que se desarrolla actualmente.

Calidad: la calidad debe ser entendida desde las asociaciones indígenas, para lo cual se requieren personas eficientes, que trabajen con respeto y en coordinación con la medicina tradicional.

Componentes y prestación del servicio: quienes prestarán el servicio será un personal capacitado e idóneo para trabajar en y con comunidades indígenas, capaz de garantizar un excelente servicio a la comunidad, respetando siempre la cultura de las comunidades indígenas y llegando de manera oportuna y eficaz a todas las comunidades.
Esto demanda trabajo desde las comunidades y un apoyo de parte del Estado (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Observación participante y documentación de OPIAC- ONIC, Villavicencio 2013).

## ANÁLISIS DEL EJERCICIO DEL DIALOGO INTERCULTURAL

Al interior del equipo de trabajo de los pueblos indígenas en el departamento del Amazonas se percibió -en el ejercicio del diálogo intercultural entre líderes de las diferentes asociaciones, el funcionario de la DSDA y el asesor- un esfuerzo constante por llegar a acuerdos para la presentación del trabajo. En la reunión, se presentaron discusiones donde lograron llegar a acuerdos (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

En el evento se evidenciaron actos y procedimientos que van en contravía con un diálogo intercultural, como por ejemplo: la alimentación es un elemento para las comunidades indígenas donde se realiza el dialogo, sin embargo en la reunión se perdió esta oportunidad debido a que esta no fue pensada donde la mayoría de los participantes eran indígena (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, entrevistas con los líderes indígenas Villavicencio 2013).

El objetivo del evento es la socialización y retroalimentación del trabajo avanzado con los pueblos indígenas en el territorio, sin embargo los que más intervinieron y tomaron la palabra fueron las personas que representaban a las distintas instituciones. En algunos

departamentos fueron más trabajadores de las instituciones que líderes indígenas (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).
Algunos líderes no estuvieron de lleno en la reunión dedicándose a actividades paralelas con algunos funcionarios de instituciones gubernamentales (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Observación participante, Villavicencio 2013).

En el desarrollo del evento no se garantizó una traducción de los distintos dialectos, lo cual generó pérdida de información valiosa para el diálogo, y una desarticulación de unos departamentos con otros (D. Prieto, cuaderno de campo. Observación participante, Entrevista con las funcionarias del MSPS Villavicencio 2013).

En estos espacios se pierde la posibilidad de que los líderes indígenas expresen directamente sus opiniones y expectativas de construcción de propuesta de una política a la institucionalidad del nivel nacional, debido al poco tiempo del evento y al no garantizar traductores de las lenguas autóctonas. Incluso esta dinámica llevó a la pérdida del diálogo de los pueblos indígenas de distintos departamentos (D. Prieto, notas cuaderno de campo. Reflexiones trabajo de campo y entrevista con los profesionales del MSPS 2013).

Foto 6- 5: Olla en el fogón cocinando plátano

Fuente: Prieto, D.(c.2010)

## 1.15 Vigilancia Epidemiológica Comunitaria una experiencia de diálogo intercultural.

La comunidad de Cartagena de la asociación AIZA con asesoría de la fundación GAIA Amazonas conformó la red de vigilancia epidemiológica comunitaria, en la cual son los promotores de salud en colaboración con las comunidades y médicos tradicionales quienes recolectan, registran y analizan la información epidemiológica. Al principio es una herramienta para que la asociación pueda tomar decisiones para fortalecer aun más la medicina tradicional y para el diálogo con las instituciones. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante comunidad de Cartagena y documentos Fundación GAIA 2011).

Cómo se ha construido el Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SVE?. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo., inmersión en la comunidad de Cartagena y documentos Fundación GAIA 2011).
La metodología implementada para avanzar en el proceso de salud estuvo basada en la definición, articulación y práctica de cinco dinámicas que se fueron identificando directamente desde la experiencia. Estas dinámicas se caracterizan porque tienen como propósito generar resultados, procedimientos, cambios en algunas prácticas y fortalecimiento en otras. En este sentido las cinco dinámicas de la metodología identificadas son:

- Intercambio de experiencias o diálogos con otras AATI´s.
- Clasificación de los tipos de actividades a realizar durante el desarrollo del Plan Operativo Anual de Salud –POA´s.
- Estrategias de diálogo para lograr la participación activa de la comunidad.
- Estrategias de acompañamiento y formación de los secretarios, líderes, promotores durante el desarrollo de las actividades.
- Acompañamiento en los espacios de planeación de las AATI's para preparar los Planes Operativos Anuales y las negociaciones en la MPCI.

El intercambio de experiencias o diálogo con otras AATI´s: En el espacio de la MPCI en el año 2004 las Asociaciones del Predio Putumayo tuvieron la oportunidad de dialogar y compartir experiencias (dificultades y avances del proceso de salud) con la Asociación ACIMA esto propicio que las AATI´s del predio empezaran a reflexionar sobre la importancia de la medicina tradicional y de la salud propia, es así como empezaron a trabajar y fortalecer el proceso de salud.

La Clasificación de los tipos de actividades: son escenarios de trabajo grupal o comunitario en el tema de salud son: talleres, correrías y reuniones internas de la comisión que de una manera reflexiva propicio que las asociaciones del predio putumayo reconocieran la importancia de conocer cuáles eran las enfermedades que se presentaban en las diferentes comunidades, es así como cada asociación incluyendo AIZA diseño una herramienta epidemiológica para la recolección de la información de los eventos tradicionales – occidentales que se presentan en la población esto se realiza con la colaboración de médicos tradicionales, parteras y comunidad bajo la responsabilidad de los promotores de salud este trabajo mancomunado posibilita recoger información,

reflexionar, sistematizar, socializar resultados y tomar decisiones políticas y administrativas en el tema salud al interior de la asociación.

Estrategias de diálogo para lograr la participación comunitaria: cuando se inicia una actividad como por ejemplo un taller de datos epidemiológicos se sigue un protocolo cultural. El cual consiste en llegar a las comunidades por las noches, horas en que el tradicional y la autoridad local de la comunidad reciben e invitan a la comisión a que participen de los elementos culturales: lamer ambil, mambear y tomar manicuera para hacer un pacto espiritual de apertura de las actividades. El coordinador del equipo técnico o secretario de salud de la Asociación presenta a la comisión, hace la presentación de la propuesta de trabajo, se establecen diálogos y se llegan a acuerdos colectivos de trabajo. Durante los siguientes días por la noche se recoge lo que se hizo en el día y se hace la reflexión cultural y política con participación de la comunidad, finalmente se cura espiritualmente y se hacen compromisos para lograr hacer amanecer (materializar, concretar) los resultados y el trabajo que se hizo durante todos los días.

Estrategias de acompañamiento y formación de los secretarios, lideres, promotores durante el desarrollo de las actividades: se establece una dinámica de trabajo en equipo para desarrollar la actividad, la cual pasa por cinco pasos: 1) Definición y diseño de las propuestas de trabajo a realizar según el tipo de actividades, problemáticas y objetivos propuestos 2) Construcción de un plan logístico de intervención para la implementación práctica de la propuesta de trabajo; 3) desarrollo del trabajo iniciando con la presentación, discusión, establecimiento de tareas, registro y organización de la información; 4) Evaluación integral del desarrollo de las actividades y resultados obtenidos durante el proceso; 5) Conclusiones, acuerdos, compromisos y proyecciones del trabajo. En estos ítems el papel de la asesoría no es protagónico si no que sugiere e interviene previa autorización del secretario de salud o solicitud del mismo, haciéndose la metodología constructiva y no impositiva.

Acompañamiento en los espacios de planeación de las AATI's para preparar los Planes Operativos Anuales y las negociaciones en la MPCI: Se construye una estrategia que nos permita analizar los resultados obtenidos de cada una de las actividades, dificultades y proyecciones. De esta manera se realiza conjuntamente la planeación y priorización de las actividades del próximo año; además de construir conjuntamente las propuestas para la MPCI.

Los avances de salud como la definición de salud, la construcción de la red de vigilancia epidemiológica comunitaria llevo a la asociación AIZA a reconocer la importancia del calendario ecológico es así como decidieron escribirlo, analizarlo y fortalecerlo por lo que se ha convertido en una herramienta fundamental en el tema de salud, educación y medio ambiente. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, inmersión en la comunidad de Cartagena 2009).

Cuál es la importancia del calendario ecológico en el SVE?
La asociación de AIZA define el calendario ecológico como: la relación continua con la madre tierra, donde comprende y trasciende los ciclos de vida, época por época, cambios climáticos que influye en la tierra a través de su trayecto evolutivo, de acuerdo con su mutua y continua relación con la naturaleza y con lo divino; el calendario ecológico determina todo un ciclo de vida, tanto para el hombre como para los demás seres de la tierra ya que todos somos criaturas de la madre tierra. En cada época se realizan actividades específicas de la vida comunitaria, el manejo de chagra, prevención de enfermedades y problemas comunitarias. Por esta razón la programación de todas las actividades de salud se realizara teniendo en cuenta los lineamientos del calendario Ecológico. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Documentos internos de AIZA 2009).

Teniendo en cuenta la definición anterior la asociación AIZA considero importante que los datos epidemiológicos se organizaran y analizaran de acuerdo a las diferentes épocas del calendario ecológico para reflexionar si las actividades cotidianas y específicas de prevención en cada época fueron realizadas, si se llevaron a cabo de una manera adecuada en el tiempo correspondiente para la prevención, como por ejemplo realización de bailes tradicionales; bajo estos parámetros cada comunidad en colaboración con los médicos tradicionales, promotores, parteras y líderes comunitarios realizan la planeación conjunta de actividades culturales y cotidianas de salud. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, inmersión en la comunidad de Cartagena 2009).

El siguiente es una pequeña muestra de los datos epidemiológicos de la Asociación AIZA los cuales se citan en este documento gracias a la autorización especial de la comunidad y asociación AIZA, de igual manera se ha establecido que para hacerse otro uso de la información deberá hacerse una solicitud formal a la asociación. (Ver anexo 1).

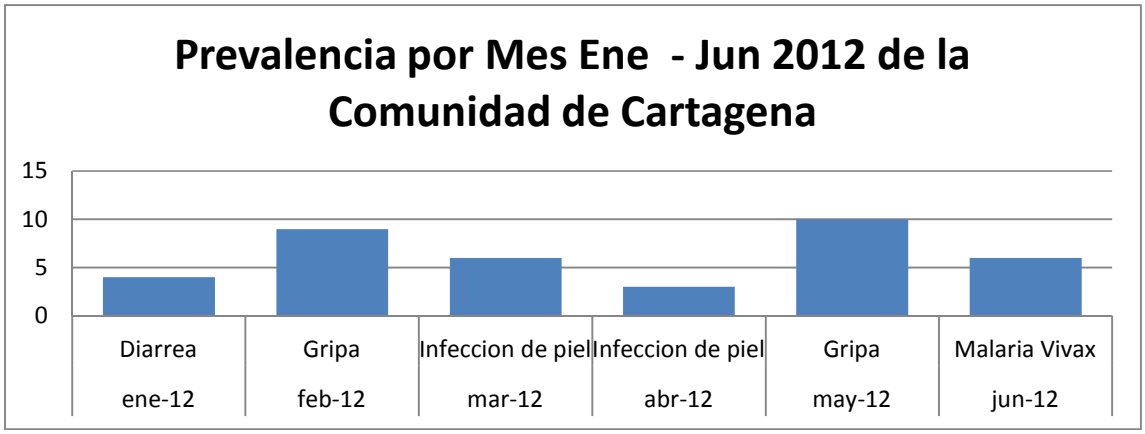
Foto 6- 6: Promotores de Salud de AIZA analizando los datos epidemiológicos comunitarios

Fuente: Prieto, D.(c.2010)

**ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

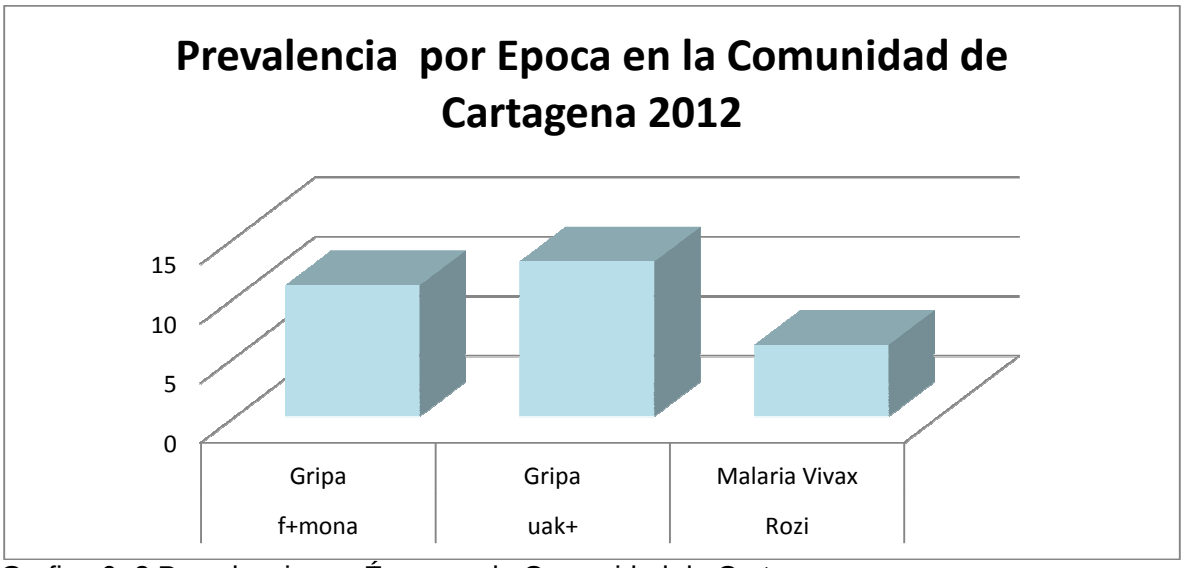
La información aquí presentada fue recolectada y analizada por la asociación AIZA con asesoría de la fundación GAIA, la comunidad reporta todos los eventos en salud tanto tradicionales como occidentales y muchos de los eventos no hacen parte del SIVIGILA, para la comunidad todos los eventos son importantes (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante, inmersión en la comunidad de Cartagena).

La comunidad y la asociación a partir de la información epidemiológica comunitaria toman decisiones al interior de la comunidad como es la planeación de actividades tradicionales y occidentales que vayan en pro del mejoramiento de la salud de los comuneros. (Prieto Diana, notas cuaderno de campo. Observación participante inmersión en la comunidad de Cartagena).



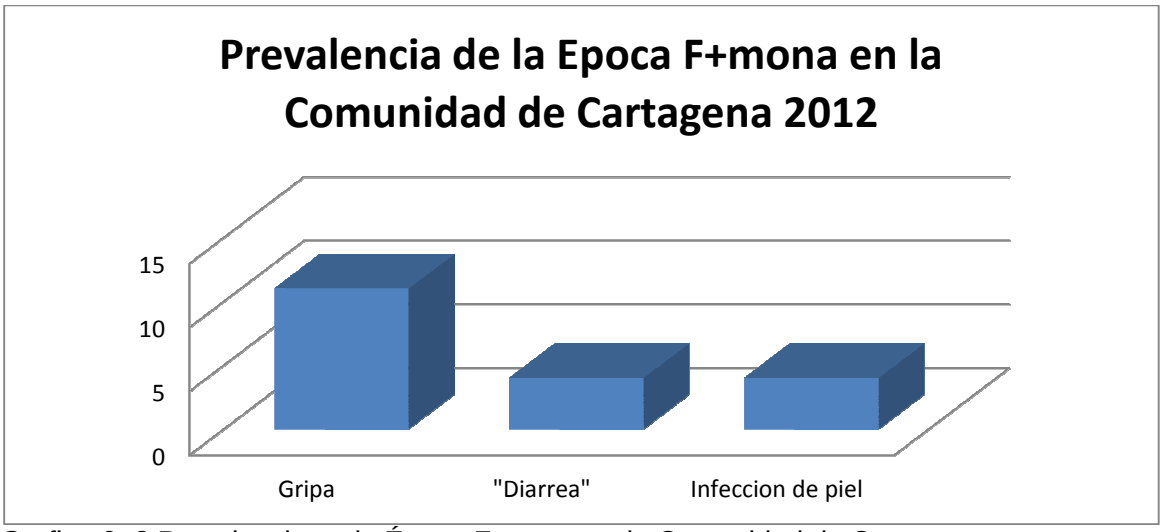

Grafica 6 -1 Prevalencia por Mes Ene – Jun. 2012 en la Comunidad de Cartagena

En la anterior grafica se muestra la prevalencia de cada mes de Enero – Junio 2012 de la comunidad de Cartagena; donde se evidencia que la patología que más se presenta es gripa en el mes de mayo con 10 casos y febrero con 9 casos, en segundo lugar es Infección de piel con 6 casos en el mes de marzo y malaria vivax en el mes de junio 12 y por ultimo esta la diarrea con 4 casos en el mes de enero 2012.



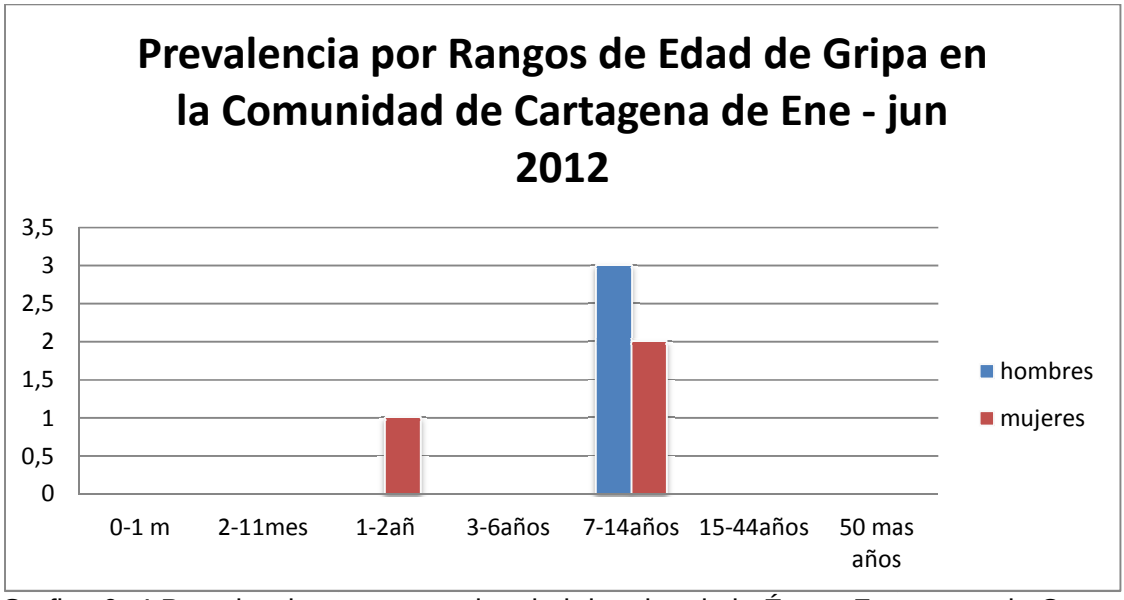

Grafica 6- 2 Prevalencia por Época en la Comunidad de Cartagena

En la anterior grafica se muestra la prevalencia por época en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que la patología que más se presenta es gripa en la época de f+mona y uak+ con 11 y 13 casos respectivamente, en tercer lugar esta malaria vivax con 6 casos en la época de Rozi.



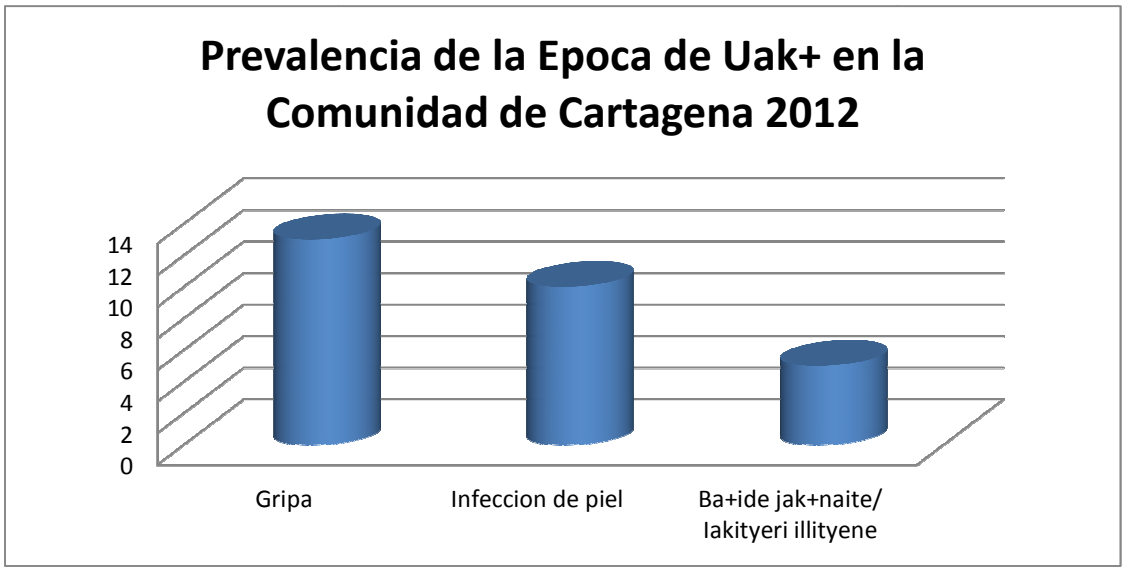

Grafica 6- 3 Prevalencia en la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena

En la anterior grafica se muestra la prevalencia en la época F+mona en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que la patología que más se presenta es gripa con 11 casos y en segundo lugar diarrea con 4 casos además de infección de pie.




Grafica 6- 4 Prevalencia por rangos de edad de gripa de la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena 2012.

En la anterior grafica se muestra la prevalencia por rangos de edad de gripa en la época F+mona en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que los hombres entre los rangos de edad de 2-11meses y 1-2 años son los que más presentan gripa con 2 casos respectivamente y las mujeres están entre los rangos de 3-6 años y de 7 – 14 años.

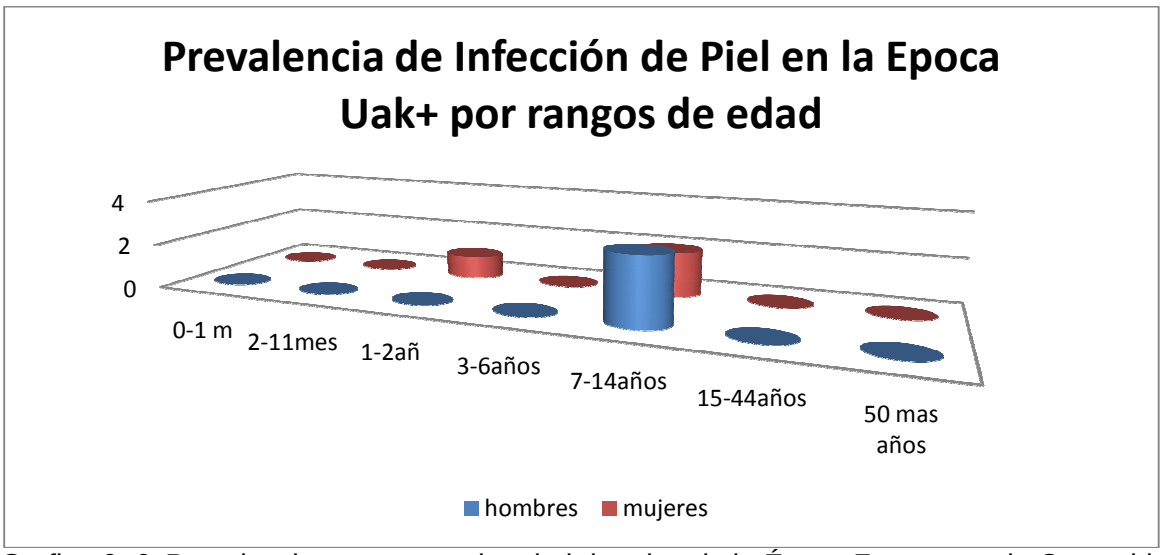



Grafica 6- 5 : Prevalencia de la época de Uak+ en la Comunidad de Cartagena 2012.

En la anterior grafica se muestra la prevalencia de la época Uak+ en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que la enfermedad que más se presento fue gripa con 13 casos, seguida de infección de piel con 10 y Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene con 5 casos.

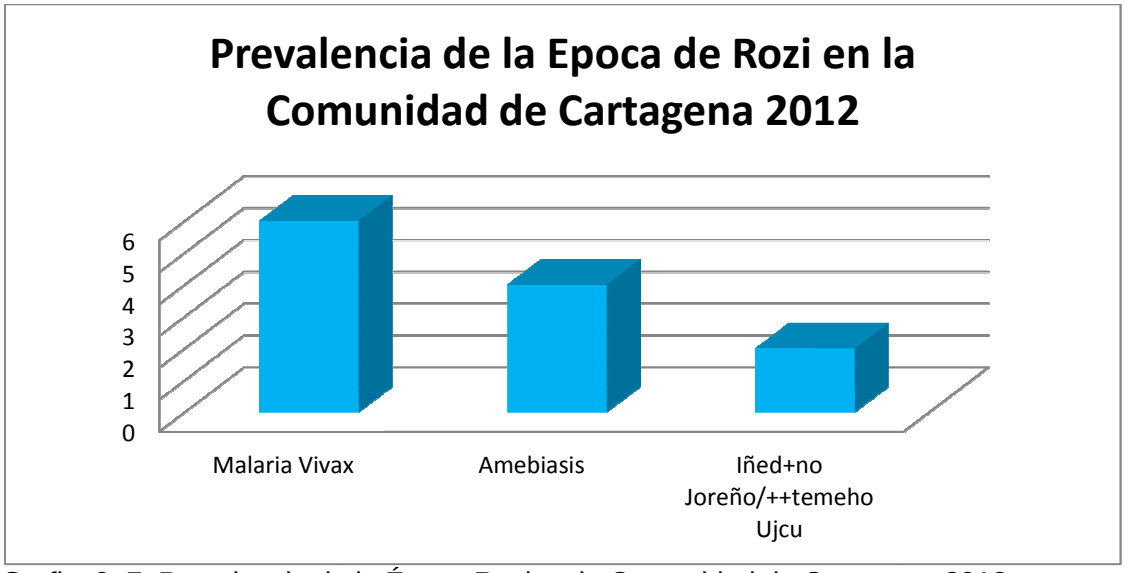
Foto 6- 7: Hoja de coca para hacer el elemento sagrado del mambe

Fuente: Prieto, D.(c.2010)



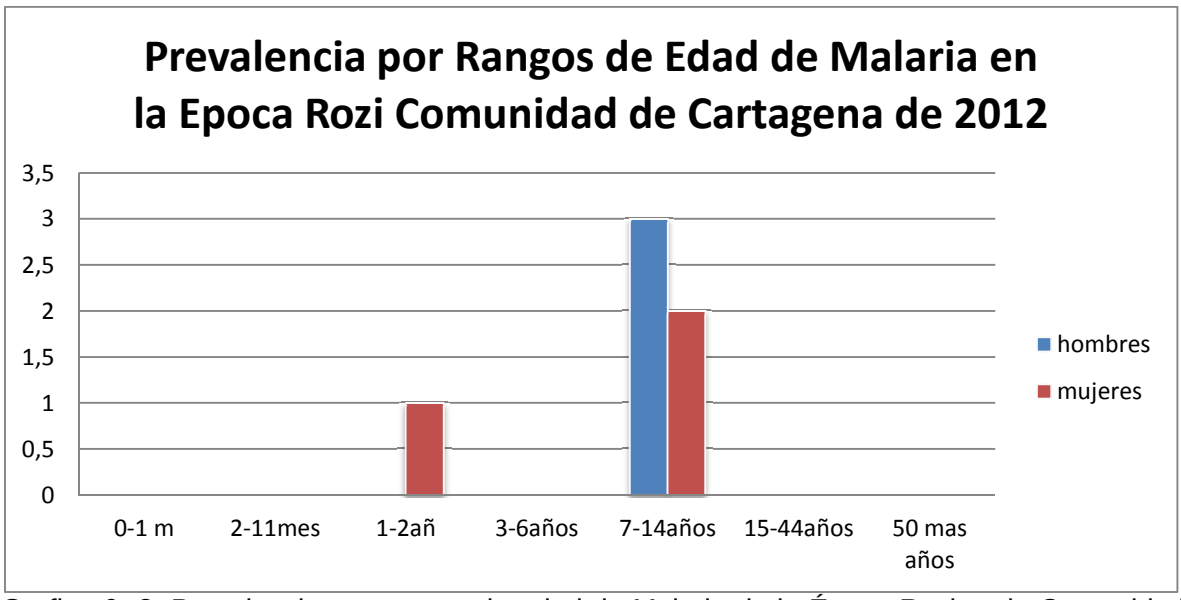

Grafica 6- 6: Prevalencia por rangos de edad de gripa de la Época F+mona en la Comunidad de Cartagena 2012.

En la anterior grafica se muestra la prevalencia por rangos de edad de gripa en la época F+mona en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que los hombres entre los rangos de edad de 2-11meses y 1-2 años son los que más presentan gripa con 2 casos respectivamente y las mujeres están entre los rangos de 3-6 años y de 7 – 14 años.




Grafica6- 7: Prevalencia de la Época Rozi en la Comunidad de Cartagena 2012.

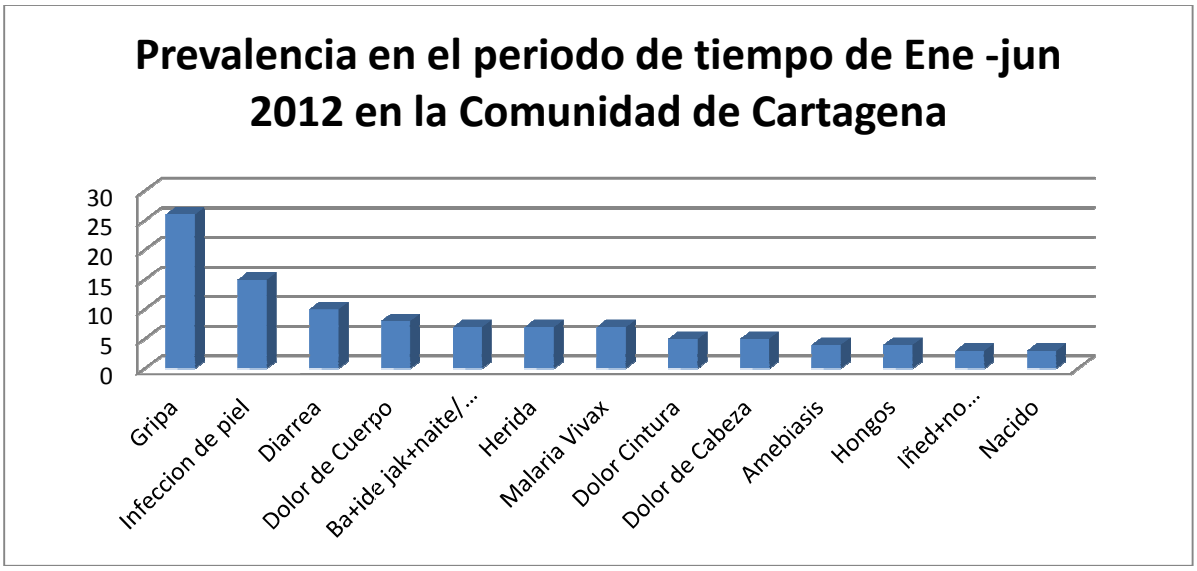
En la anterior grafica se muestra la prevalencia de la época Rozu en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que la enfermedad que más se presento fue Malaria Vivax con 6 casos, seguida de amebiasis con 4 caos y Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu con 2 casos.




Grafica 6- 8: Prevalencia por rangos de edad de Malaria de la Época Rozi en la Comunidad de Cartagena 2012.

En la anterior grafica se muestra la prevalencia por rangos de edad de Malaria en la época Rozi en la comunidad de Cartagena 2012; donde se evidencia que las mujeres entre los

rangos de edad de 1-2años y 7-14 años presentaron malaria con 1 y 2 casos respectivamente y los hombres están entre los rangos de 7-14 años con 3 casos.




Grafica 6-9: Prevalencia en el Periodo Ene – Jun. 2012 en la Comunidad de Cartagena

En la anterior grafica se muestra la prevalencia durante el periodo de Ene – Junio 2012 en la comunidad de Cartagena; donde se evidencia que las patologías que mayor presenta la población es gripa con 26 casos, infección de piel con 15 casos, Diarrea con 10 casos, dolor de cuerpo 8 casos, Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene 7 casos, Herida 7 casos, Malaria Vivax 6 casos.

Foto 6- 8: Danta bebe

Fuente: Prieto, D.(c.2010)

**SINTESIS:** En el marco de la ley 691 y gracias al intercambio de experiencias en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa la comunidad de Cartagena perteneciente a la Asociación AIZA a iniciado un proceso de salud que parte de la definición de salud y del calendario ecológico, posteriormente han construido una red de vigilancia epidemiológica comunitaria donde son los promotores de salud en coordinación con los médicos tradicionales, parteras y comunidad en general los que recolectan, registran y analizan la información epidemiológica la cual sirve como herramienta al interior de la comunidad y asociación para fortalecer la medicina tradicional lo que ha llevado a recuperar acciones, actividades propias de la cultura como por ejemplo: dietas, bailes, curaciones, etc. y hacia afuera como herramienta de negociación en la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa.

# Conclusiones y Recomendaciones.

En la ejecución e implementación de las políticas públicas de salud se realiza el análisis del ejercicio del diálogo intercultural en diferentes contextos: nacional, departamental y local (comunidad de Cartagena), sobre lo cual el trabajo hace conclusiones y recomendaciones.

En lo local, la comunidad de Cartagena define el diálogo como la interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos como seres de la naturaleza para mantener el equilibrio y procurar la salud de los comuneros. En este ámbito se realiza el diálogo intercultural en el tema de salud entre: 1) comunidad y seres de la naturaleza, 2) promotor y médico tradicional indígena, 3) médico tradicional y comunidad, 4) promotor y comunidad, 5) promotor e institucionalidad, y 6) Institucionalidad y comunidad.

En ese sentido, el diálogo al interior de la comunidad se realiza en su cotidianidad en espacios como la chagra, la maloca, la pesca, la cacería, el fogón, la cancha de fútbol, etcétera. El diálogo en la prestación de los servicios de salud, con el médico tradicional y promotor de salud es cercano, de confianza, con tranquilidad, entre otras, porque no hay un protocolo para la atención; las personas se hacen responsables de sus cuerpos sin dejar de lado sus creencias, y no hay barreras visuales, de tiempo y espacio.

El diálogo entre la institucionalidad y la comunidad ha tenido dificultades entre otras por el no dimensionamiento de la importancia y pertinencia del diálogo intercultural por parte de los profesionales de las diferentes instituciones; además de no respetar los tiempos de la comunidad.

El diálogo intercultural a nivel departamental parte de las diferencias de cómo líderes indígenas e institucionalidad definen el diálogo intercultural. El espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa - MPCI ha sido un proceso oscilante que ha pasado por diferentes etapas. Este demanda seguir trabajando con perseverancia y una mayor sensibilización por parte de la institucionalidad, sobre la importancia del diálogo intercultural en el espacio y en las acciones que se realizan en estos territorios tan diversos culturalmente.

A nivel nacional, el diálogo intercultural en el espacio de socialización de los avances del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI. Se pierden oportunidades de

diálogo intercultural entre líderes indígenas de diferentes departamentos entre otras cosas, porque la institucional en el afán de ayudar carece del ejercicio de escuchar, falta de planeación y falta de compromiso de algunos líderes indígenas.

La vigilancia epidemiológica comunitaria en la comunidad de Cartagena se constituye en una herramienta para fortalecer la medicina tradicional, y lo hace con base en el diálogo con la institucionalidad. La propuesta de VEC solamente es efectiva si nace a partir de los indígenas y es incorporada en sus procesos comunitarios.

La formación y el trabajo de los promotores o auxiliares de salud comunitarios debe responder a la realidad territorial, donde son estos líderes los que hacen de médicos, parteras, etcétera, como respuesta a la dispersión geográfica. Así la formación de los promotores debe ser integral y no solamente de promoción y prevención.

Los territorios indígenas, en este caso la asociación de AIZA, demandan un nuevo tipo de profesionales con capacidades para el diálogo, la sensibilidad y el respeto por otros sistemas de conocimiento.

Por lo anterior, este trabajo aporta elementos para generar capacidades institucionales para el abordaje de la salud de los pueblos indígenas a partir del análisis del diálogo intercultural. Dichas capacidades deben permitir hacer efectivos los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas en la construcción e implementación de políticas de salud que cuenten con la elaboración, teniendo en cuenta la realidad de los territorios indígenas como los del Departamento del Amazonas

**SINTESIS**

En síntesis, en términos de conclusiones se puede decir que:

- Permitió estudiar en profundidad cómo se dan las relaciones entre las instituciones y los pueblos indígenas, y cómo se realizan los diálogos de saberes en la formulación de políticas y programas de salud con dichos pueblos.

- El estudio de caso, documentó las perspectivas de los comuneros indígenas de Cartagena y Arica, sus autoridades políticas y tradicionales, el promotor de salud indígena, los profesionales de salud rural del Centro de Salud de Arica, los delegados indígenas a la asociación AIZA, los delegados de otras asociaciones indígenas del Amazonas, los funcionarios de la Secretaría de Salud del Amazonas, los delegados de pueblos indígenas del nivel nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social.

- El estudio permitió investigar y comprender el proceso de las diferentes dinámicas de diálogo intercultural que se dan entre los pueblos indígenas y la institucionalidad

en los diferentes espacios. Además de determinar los factores que influyen en el diálogo intercultural.

- El estudio fue flexible. No dependió de un tiempo delimitado, por consecuencia fue receptivo a los cambios del objetivo. Se utilizaron las herramientas observación participativa, conversatorio.

- os e inmersión en la comunidad de Cartagena para comprender el caso.

- El estudio implicó a los participantes en el proceso de investigación.

- Se tuvo dificultad en procesar la gran cantidad de datos que se acumularon en el cuaderno de campo, entrevistas, documentos de las instituciones públicas, ONG y de la Asociación.

# Recomendaciones

- Investigar sobre el cómo incidir desde lo comunitario en las decisiones de política para la salud de los pueblos indígenas en el nivel nacional.

- Investigar sobre el cómo incidir en las metodologías para la adopción y adaptación de las políticas, estrategias y programas de salud con pueblos indígenas en el nivel departamental y municipal.

- Investigar sobre cómo los programas de formación universitaria en salud incluyen la formación de competencias en sus estudiantes para trabajar en contextos como el de la comunidad de Cartagena en el Departamento del Amazonas.

# A: Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| ene-12 | Gastritis | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Dolor de Cabeza | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | |
| | Mastitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Diarrea | 4 | 2 | 2 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| | Infección de piel | 2 | 2 | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | |
| | Nacido | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Dolor de Cuerpo | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| Ene | Herida | 3 | 1 | 2 | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| | joyan+ Uruk+ Y+noga/Iaame Ujcud | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| | Trauma Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Hongos | 2 | | 2 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | |
| | Gripa | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | |
| feb-12 | Gripa | 9 | 2 | 7 | | | | 2 | | 2 | 2 | 1 | | 2 | | | | |
| | Nacido | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Dolor de Brazo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Dolor Cintura | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | illityene | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feb | Infección de piel | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | |
| 12 | Irritación de ojo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| mar-12 | Dolor de Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | |
| | Infección de piel | 6 | 4 | 2 | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | | | |
| | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | |
| | Uzerede Titiria+ /Dooraabe Aj+hejte | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Diarrea | 2 | | 2 | | | | | | 2 | | | | | | | | |
| | Gripa | 2 | 2 | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| abr-12 | Herida | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Dolor de Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| Abr 12 | Dolor Articular | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | Dolor de Cabeza | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | | 2 | | |
| | Infección de piel | 3 | 2 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | 1 | | |
| | Dolor Cintura | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | | 2 | | |
| | Gripa | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| may-12 | Gripa | 10 | 6 | 4 | 2 | | 1 | | | 2 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| | Herida | 3 | | 3 | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| | Nacido | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Dolor Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |
| | Hongos | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Dolor Cintura | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| | Infección de piel | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | |

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 3 | 1 | 2 | | | | | | 2 | 1 | | | | | | | |
| May | Diarrea | 3 | 2 | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | | |
| 12 | Malaria Vivax | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| jun-12 | Malaria Vivax | 6 | 3 | 3 | | | | | 1 | | | | 2 | 3 | | | | |
| | Amebiasis | 4 | 3 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 3 | | | |
| | Dolor de Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |
| | Dolor de Cabeza | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Dolor de Brazo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Luxación Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Gripa | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| **Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012 por Mes y Rangos de Edad Establecidos por la Asociación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **M** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | Amigdalitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Diarrea | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu | 2 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | |
| Jun | Hongos | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| 12 | Varicela | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Dolor Cintura | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Infección de piel | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Luxación Tobillo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Buinaikotaide | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Okainari jak+naite / Iaabe Illityeso | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | |

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Junio 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **m** | **f** | **m** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| Gripa | 26 | 13 | 13 | 2 | | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Infección de piel | 15 | 10 | 5 | | | | | 2 | | 3 | | 2 | 3 | 3 | 2 | | |
| Diarrea | 10 | 5 | 5 | | | | 1 | | 4 | 1 | 1 | 1 | | 2 | | | |
| Dolor de Cuerpo | 8 | 7 | 1 | | | | | | | | | 1 | | 3 | 1 | 3 | |
| Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 7 | 4 | 3 | | | 2 | | 1 | 3 | 1 | | | | | | | |
| Herida | 7 | 1 | 6 | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | 4 |
| Malaria Vivax | 7 | 3 | 4 | | | | | 1 | | | | 2 | 3 | | 1 | | |
| Dolor Cintura | 5 | 1 | 4 | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | 1 |
| Dolor de Cabeza | 5 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | 2 | 3 | | |
| Amebiasis | 4 | 3 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 3 | | | |
| Hongos | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | 2 | 1 | 1 | | |
| Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu | 3 | 2 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | |
| Nacido | 3 | 2 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Junio 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **m** | **f** | **m** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| Dolor Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |
| Dolor de Brazo | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | | 2 | | |
| Amigdalitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| Buinaikotaide | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| Dolor Articular | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| Dolor Cintura | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Gastritis | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| Irritación de ojo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| joyan+ Uruk+ Y+noga/Iaame Ujcud | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Luxación Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Luxación Tobillo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Mastitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| Okainari jak+naite / Iaabe Illityeso | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | |

| Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Junio 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **M** | **f** | **m** | **f** | **m** | **F** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| Trauma Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Uzerede Titiria+ /Dooraabe Aj+hejte | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| Varicela | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de Cartagena de Por Época 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| f+mona | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 2 | 2 | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | |
| Verano | Diarrea | 4 | 2 | 2 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| Ene – Feb | Dolor Cintura | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Dolor de Brazo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Dolor de Cabeza | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | |
| | Dolor de Cuerpo | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | |
| | Gastritis | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Gripa | 11 | 3 | 8 | | | | 2 | | 2 | 2 | 1 | | 2 | 1 | 1 | | |
| | Herida | 3 | 1 | 2 | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| | Hongos | 2 | | 2 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | |
| | Infección de piel | 4 | 3 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | | |

| Datos de Cartagena de Por Época 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | Irritación de ojo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| f+mona | joyan+ Uruk+ Y+noga/Iaame Ujcud | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Verano | Mastitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| Ene – Feb | Nacido | 2 | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | |
| | Trauma Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| uak+ | Ba+ide jak+naite/ Iakityeri illityene | 5 | 2 | 3 | | | 1 | | | 3 | 1 | | | | | | | |
| mar abrl my | Diarrea | 5 | 2 | 3 | | | | | | 3 | | | 1 | | 1 | | | |
| invierno | Dolor Articular | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | Dolor Cintura | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | 1 |
| | Dolor Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |
| | Dolor de Cabeza | 2 | | 2 | | | | | | | | | | | | 2 | | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de Cartagena de Por Época 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | Dolor de Cuerpo | 4 | 4 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | 2 | |
| uak+ | Gripa | 13 | 9 | 4 | 2 | | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| mar abrl my | Herida | 4 | | 4 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | 2 |
| invierno | Hongos | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Infección de piel | 10 | 7 | 3 | | | | | 1 | | 2 | | 1 | 2 | 3 | 1 | | |
| | Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| | Malaria Vivax | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Nacido | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Uzerede Titiria+ /Dooraabe Aj+hejte | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| jun-12 | Malaria Vivax | 6 | 3 | 3 | | | | | 1 | | | | 2 | 3 | | | | |
| Rozi | Amebiasis | 4 | 3 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 3 | | | |

| Datos de Cartagena de Por Época 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| | Dolor de Cuerpo | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | |
| | Dolor de Cabeza | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| jun-12 | Dolor de Brazo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Rozi | Luxación Rodilla | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Gripa | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| | Amigdalitis | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Diarrea | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Iñed+no Joreño/++temeho Ujcu | 2 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | |
| | Hongos | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Varicela | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | Dolor Cintura | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| | Infección de piel | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |

A. Anexo: Datos de la Comunidad de Cartagena de Enero – Diciembre 2012

| Datos de Cartagena de Por Época 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mes** | **Patología** | **n casos** | **sexo** | | **0-1 m** | | **2 – 11 m** | | **1 . 2 años** | | **3 – 6 años** | | **7 – 14 años** | | **15 – 44 años** | | **50 y mas** | |
| | | | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** | **f** | **m** |
| jun-12 | Luxación Tobillo | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| Rozi | Buinaikotaide | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | Okainari jak+naite / Iaabe Illityeso | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | |

# Referencia Bibliografía


Aguirre Beltrán, G. (1986). Antropologia Médica. México: De la Casa Chata.

Aguirre Beltrán, G. (1992). *El proceso de aculturacion y el cambio social de México.* México: Fondo de cultura economica México.

Aguirre Beltrán, G. (1994). *Programas de Salud en Situación Intercultural.* México: Fondo de Cultura Economica.

AIZA, A. I. (2013). *Primer Contrato en Salud Celebrado entre Asociación Indigena Zonal de Arica -AIZA y la Dirección de Salud Departamental del Amazonas.* Leticia.

Arbélaez, C. (s.f.). Diversidad Cultural: El mayor desafio a la salud publica contemporanea. *Facultad de Ciencias Humanas- Universidad Nacional de Colombia*, 42-51.

Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del Estudio de Caso en el Analisis Local. *Región y Sociedad*, 38.

Benjamin, P. (1955). *Salud, Cultura y Comunidad.* Cambridge.

Bonfil Batalla, G. (1993). *Simbiosis de Culturas.* México, D.F.: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes .

Campos Navarro, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En G. Fernández Juárez, *SALUD E INTERCULTURALIDAD* (pág. 176). Ecuador: Abya Yala.

Campos Navarro, R. (2004). La Enseñanza de la Antropologia Medica y la Salud Intercultural en México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 9.

Campos Navarro, R. (2004). La Enseñanza de la Antropología Medica y la Salud Intercultural en México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 9.

Celments, F. E. (1932). *Conceptos Primitivos de la Enfermedad.* California: Berkeley : University of California press.

Cendales, L. (2013). V Jornada Nacional y II Internacional Sobre Atención Primaria y Promoción de la Salud. Tunja.

De Almeida Filho, N. (2000). *La Ciencia Tímida, Ensayos de Deconstrucción de la EPidemiología.* Buenos Aires: Lugar.

Del Arco Bravo, I. (s.f.). Hacia una escuela intercultural: El profesorado formación y expectativas . *Edicions Universitat de Lleida*, 1998.

Delgado, J. M. (1995. Capitulo 7 Analisis de contenido). *Métodos y Tecnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales.* Madrid: Juan Coordinadores.

Diez Roux, A. V. (2008). La Necesidad de un Enfoque Multinivel en Epidemiología. *Región y Sociedad*, México.

Dussel, E. (22 de febrero de 2002). *http://enriquedussel.com/*. Obtenido de http://enriquedussel.com/entrevista_es.html

El Metodo de Casos. (s.f.). 5.

Feagin, J. O. (1991). *A Case for Case Study.* Chapell Hil: Multifacética investigación a fondo de un simple fenómeno social por medio de métodos cualitativos de investigación. El estudio se realiza minuciosamente y a menudo se basa en varias fuentes de análisis.

Garcia Garcia, J. L. (2007). *Diccionario de Relaciones Interculturales. Diversidad y Globalización.* Madrid: Complutense.

Gómez Guido, S. (2001). *Diccionario Etimológico de la Lengua Española.* México: Fondo de Cultura Economica.

Goméz Vargas, J. H. (2002). *Legislación Indigena Colombiana.* Bogotá: Antropos.

Goode, W. H. (1976). *Metodo de Investigación Social.* México: Trillas.

Haro, J. A. (2008). Etnicidad y Salud. Estado del Arte y Referentes del Noroeste de México. *Región y Sociedad*, 50.

Haywood, S. (1994). *Un Nuevo Paradigma para la Gectión Publica.* México: FCE.

Hernández Älvarez, G. (2008). Limitaciones Metodológicas de la Epidemiología Moderna y una Alternativa para Superarlas: La Epidemiología Sociocultural. *Scielo*, México.

Hidalgo, V. (2005). Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Termino. *http://pedagogia.fcep.urv.es/*(6), 11.

Hopkins, J. (1971). *Medicina y Etnologia .* Baltimore.

Ibacache Burgos, J. (1997). LA SALUD, EL DESARROLLO Y LA EQUIDAD. *Proyecto de Documentación Ñuke Mapu*, 5.

Incremento de la Capacidad Comunitaria y del Empoderamiento de las Comunidades para Promover la Salud. (2000). *Organización Panamericana de la Salud*, 19.

Lopéz del Paso, R. (2011). *informe Beveridge y su Influencia en los Sitemas Publicos de Previsión Social.* México: Extoikos.

Menéndez, E. (2002). *La Parte Negada de la Cultura.* Barcelona: Bellaterra.

Menendéz, E. (2009). *Sujetos, Saberes y Estructuras.* Buenos Aires: Lugar.

Meny, Y. T.-C. (1989). *Les Politiques Publiques.* París: PUF.

Michael, S., & D., T. M. (1995). Multiculturalism inhigher education: transcending the familiar zone. *Journal of higher education*, 31-48.

Ministerio de Salud de Chile; Organizacion Panamericana de Salud. (2001). Segundo Encuentro de Epidemiologia Intercultural, Makewe. 28.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (s.f.). *MinSalud*. Obtenido de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx

Muller, P. S. (1998). *Lábalse des politiques publiques.* Monthrétieb: París.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humano. (s.f.). Obtenido de http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm

Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Departamento de Información Publica de la Naciones Unidas*. Obtenido de http://www.un.org/es/documents/udhr/

Organización de los Estados Americanos. (s.f.). *Departamento de Derecho Internacional*. Obtenido de http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html

Planeación, D. N. (2010). *Republica de Colombia.* Colombia: Departamento Nacional de Planeación.

Preciado Buitrago, J. C. (2011). Mesa Permanente de Coordianción Interadministrativa. 25.

Presidencia de la Republica de Colombia. (s.f.). *Presidencia de la Republica de Colombia*. Obtenido de http://wsp.presidencia.gov.co/portal/Gobierno/AltosFuncionarios/Paginas/SecretarioGeneral.aspx

Red Juridica CUT- CTC. (s.f.). *Red Juridica*. Obtenido de http://www.redjuridicacutctc.com/

Rivers, W. (1924). *Medicina, Magia y Religión.* Cambridge: URV.

Roth Deubel, A. N. (2002). *Politicas Publicas Formulación, implementación y evaluación.* Bogotá: Aurora.

Salazar Vargas, C. (1999). *Las Politicas Publicas.* Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana.

Salud, O. P. (1991). *Epidemiologia y Administración de Servicios de Salud.*

Sánchez, S. (1999). *Metodología para la investigación en marketing y dirección.* Madrid: Pirámide.

Segura del Pozo, J. (2013). *Desigualdades Sociales en Salud.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Sigerist, H. (2007). *Historia Social de la Medicina.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Silva Paim, J. (2011). *Desafios para la Salud Colectiva en el Siglo XXI.* Buenos Aires: Lugar.

Simons, H. (2009). *El estudio de Caso: Teoría y Práctica.* Madrid: Morata.

Sousa Campos, G. W. (2009). *Metodo Padeida: Análisis de Co-gestión de Colectivos.* Buenos Aires: Lugar.

Spinelli, H. F. (2004). *Salud Colectiva.* Buenos Aires: Lugar.

Stake, R. (1994). *Case Studies.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Terris, M. (1988). *El Desafio de la Epidemiologia. Problemas y lecturas Seleccionadas.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Tognoni, G. (1997). *Manual de Epidemiologia Comunitaria.* CECOMET.

Tomás R, A. M. (2000). Comunicación Intercultural. *Registro de Propiedad Intelectual Nº 114.755 del 12 de junio del 2000.*, 18.

UNESCO; Lopez, Luis Enrique. (2001). La Cuestión de la Interculturalidad y la Educación Latinoamericana. *Séptima Reunión del Comité Regional Intergubernamental del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe*, 21.

Vargas Velazquez, A. (s.f.). *Evaluation; en Diccionaire Suisse de Politique Sociale.* www.socialinfo.ch.

Virchow, R. (s.f.). *Historia de la Medicina*. Obtenido de http://www.historiadelamedicina.org/virchow.html

Walker, R. (1986). *Three Good Reasons for not doing Case Estudies in Curriculum Rersearch.* Lewes: The Falmer Press.

Walsh, C. (2000). Propuesta para el Tratamiento de la Interculturalidad en la Educación. *Revista Ecuatoriana de Historia 12*, 119- 128.

Yin, R. (1994). *Multifacética investigación a fondo de un simple fenómeno social por medio de métodos cualitativos de investigación. El estudio se realiza minuciosamente y a menudo se basa en varias fuentes de análisis.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Young, P. (1939). *Multifacética investigación a fondo de un simple fenómeno social por medio de métodos cualitativos de investigación. El estudio se realiza minuciosamente y a menudo se basa en varias fuentes de análisis.* Nueva York: Prentice Hall.