

Universidad del Rosario



Omar Arteaga Hernández
Edgar Mauricio Barbosa
Diana Milena Albornoz M.

Caracterización de los determinantes en Salud Pública de los Pueblos Indígenas del
Corregimiento de Chorrera en el Departamento de Amazonas en el marco de la formulación de
Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas

Trabajo de grado

Escuela de Administración
Maestría en Administración en Salud
Bogotá D.C.
2019

Universidad del Rosario



Omar Arteaga Hernández
Edgar Mauricio Barbosa
Diana Milena Albornoz M.

Caracterización de los determinantes en Salud Pública de los Pueblos Indígenas del
Corregimiento de Chorrera en el Departamento de Amazonas en el marco de la formulación de
Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas

Trabajo de grado

Tutor
Ángela María Sosa

Escuela de Administración
Maestría en Dirección
Bogotá D.C.
2019

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestros familiares y amigos, quienes con su incondicional apoyo nos permitieron el alcanzar un logro académico más. A los directivos, docentes y administrativos de la Universidad del Rosario que hicieron parte del proceso de Maestría y realizaron aportes significativos a nuestra formación académica y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Angela María Sosa por su dedicación, paciencia y orientación durante la construcción de este trabajo.

DECLARACIÓN DE AUTONOMÍA

Declaramos bajo gravedad de juramento, que hemos escrito la presente tesis de maestría por nuestra propia cuenta, y que por lo tanto, su contenido es original. Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información, y que esta tesis de maestría no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.

Edgar Mauricio Barbosa

16 de mayo de 2019

Omar Arteaga Hernández

16 de mayo de 2019

Diana Milena Albornoz M.

16 de mayo de 2019

DECLARACIÓN DE EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

Edgar Mauricio Barbosa

16 de mayo de 2019

Omar Arteaga Hernández

16 de mayo de 2019

Diana Milena Albornoz M.

16 de mayo de 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

A los 15 días del mes de mayo de 2019, en condición de Directores del proyecto de grado titulado “Caracterización de los determinantes en Salud Pública de los Pueblos Indígenas del Corregimiento de Chorrera en el departamento de Amazonas en el marco de la formulación de Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas” nos permitimos confirmar que el documento descriptivo en el trabajo realizado, cumple con las exigencias del rigor académico y metodológico de la investigación; así como aspectos de forma del trabajo como márgenes, portada, dedicatorias, agradecimientos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, entre otras; todo esto que se encuentre regido por normas APA, por lo cual consideramos que puede ser aceptado para que su autor opte al título al cual aspira.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	xvi
RESUMEN	xxiii
INTRODUCCIÓN	xxv
OBJETIVOS	xxviii
 CAPÍTULO I	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SALUD PÚBLICA	1
1.1 Los Determinantes Sociales En Salud.....	5
 CAPÍTULO 2	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: MARCO NORMATIVO DERECHOS EN SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS	23
2.1. Ley 89 de 1890.....	23
2.2. Constitución Política de 1991	24
2.3. Ley 21 de 1991	24
2.4. Ley 691 de 2001	25
2.5. Ley 1450 de 2010, Plan Nacional de Desarrollo.....	25
2.6. Ley Estatutaria 1751 de 2015.....	26
2.7. Decreto 1973 de 2013	27
2.8. Resolución 518 de 2015	27
2.9 Circular 011 de 2018.....	29

CAPÍTULO 3**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SALUD INTERCULTURAL..... 30**

3.1 Fundamentos de la medicina tradicional..... 31

3.2 El desafío para Colombia..... 33

3.3. Avances del Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI en Colombia..... 34

3.4 Acciones en Salud Pública en el Departamento de Amazonas..... 36

CAPÍTULO 4**RUTA METODOLÓGICA..... 42**

4.1. Identificación de población y selección de muestra..... 44

4.2. Recolección y análisis de datos..... 46

CAPÍTULO 5**RESULTADOS 51**

5.1. Aspectos culturales del Pueblo Indígena..... 54

5.1.1 Cosmovisión del Origen de los Pueblos Indígenas..... 54

5.1.2 Pueblo Okaina..... 57

5.1.3 Pueblo Uitoto..... 57

5.1.4 Pueblo Muinane..... 57

5.1.5 Cabildo indígena de centro chorrera..... 58

5.2 Ubicación geográfica de la Organización AZICATCH..... 58

5.2.1 Concepto de territorio..... 59

5.2.2 Cosmovisión del territorio, mitos e historias..... 60

5.2.3 Calendario ecológico..... 61

5.3 Problemas ambientales..... 64

5.3.1. Descripción de viviendas..... 68

5.3.2 Espacios comunitarios..... 70

5.3.3 Espacios de agricultura tradicional..... 71

5.3.4 Espacios naturales de recolección de productos para subsistencia..... 72

5.3.5 Vías y medios de comunicación, rutas naturales de acceso.	72
5.3.6. Distancias desde la comunidad hasta el centro poblado de la asociación.	74
5.4 Aspectos político organizativos.	76
5.4.1. Descripción de la forma organizativa de las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas de Amazonas “AATIS”.	77
5.4.2 Identificación de los espacios tradicionales de participación social	78
5.4.3. Espacios físicos disponibles para el desarrollo de procesos administrativos.	79
5.5. Dimensiones de salud pública desde lo propio	80
5.5.1 Concepto salud y buen vivir de los pueblos indígenas	80
5.5.2 Percepción desde lo propio de lo que se concibe como enfermedad.	82
5.6 ESTRUCTURAS PROPIAS DE SALUD	89
5.6.1 Caracterización de médicos ancestrales y agentes propios en salud	89
5.7 Identificación de estructura organizativa de los sabedores y agentes en salud propia.....	91
5.8 Actividades que adelantan las estructuras organizativas de los sabedores	92
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS	100

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Ejemplos de acciones de Gobierno Conjuntas.....	11
Tabla 2. Contratación de Plan de Intervenciones Colectivas 2012-2017	40
Tabla 3. Información determinantes sociales recolectada en campo.	48
Tabla 4. Tiempos de desplazamiento desde las comunidades hasta el casco	75
Tabla 5. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Okaina.....	84
Tabla 6. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Uitoto.	84
Tabla 7. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Muinane	85
Tabla 8. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Okaina.....	85
Tabla 9. Personas que realizan acciones de salud propia en el Corregimiento.....	91

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Matriz Problemas ambientales pueblo Bora.	65
Gráfica 2. Matriz Problemas ambientales pueblo Muinane.....	66
Gráfica 3. Matriz Problemas ambientales pueblo Okaina	67
Gráfica 4. Matriz Problemas ambientales pueblo Uitoto.....	68
Gráfica 5. Enfermedades mas frecuentes en los cuatro pueblos.....	86
Gráfica 6. Enfermedades de los niños caracterizadas por Médicos Tradicionales.....	88

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Dimensiones y Ejes Transversales del Modelo de Salud Pública.....	1
Figura 2. Relación entre los determinantes sociales y la salud.....	5
Figura 3. Marco de referencia de la comisión de determinantes sociales en salud	7
Figura 4. Abordaje plan de intervenciones colectivas	38
Figura 5. Acciones colectivas establecidas en el PIC.....	39
Figura 6. Símbolo de las criaturas del tabaco, coca y yuca dulce.....	56
Figura 7. Estaciones climáticas marcadas en el calendario ecológico.....	62
Figura 8. Calendarios ecológico Muinane marcando estaciones y enfermedades.....	63
Figura 9. Base ancestral de la Medicina Tradicional.....	81
Figura 10. Conocimientos transmitidos entre generaciones.	90

LISTA DE FOTOS

	Pág.
Foto 1. Realización de taller dirigido día 7 de noviembre de 2017.	47
Foto 2. Realización de taller dirigido día 8 de noviembre de 2017.	47
Foto 3. Mesa redonda para realizar actividad de dialogo de saberes en salud.	48
Foto 4. Concertación en la Maloca con autoridades Indígenas.	52
Foto 5. Talleres dirigidos con médicos tradicionales, parteras,	52
Foto 6. Desarrollo de actividad ubicación geográfica, mapa Corregimiento de Chorrera.	53
Foto 7. Abuelo en espacio de maloca	61
Foto 8. Maloca Tradicional ubicada en el centro poblado de la Chorrera.	69
Foto 9. Construcción de vivienda típica.	70
Foto 10. Zona de cultivo a la que se le llama Chagra.	71
Foto 11. Zona de selva densa, utilizada para la caza y la pesca.	72
Foto 12. Avioneta que cubre la ruta Leticia – La Chorrera.	73
Foto 13. Motor peque-peque utilizado por las comunidades para los desplazamientos	75
Foto 14. Sede de la Organización AZICATCH.	79
Foto 15. Proceso de Concertación en Maloca para solicitar autorización del presente trabajo.	80

LISTA DE MAPAS

	Pág.
Mapa 1. Asociaciones Indígenas del Departamento de Amazona	37
Mapa 2. Ubicación del Corregimiento de La Chorra.	45
Mapa 3. Delimitación Corregimiento de La Chorrera.	59
Mapa 4. Corregimientos que Limitan con la Chorrera.	77

GLOSARIO

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.4)

Atención Primaria en Salud: Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.15).

Calidad de vida: La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.(OMS, 1998, p.28)

Comunidad: Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias,

valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. (OMS, 1998, p.15).

Determinantes de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. (OMS, 1998, p.16).

Educación para la salud: Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (OMS, 1998. p.13).

Eficacia: El grado en que se cumplen los objetivos y la relación entre el efecto deseado en una actividad y su efecto real. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.48).

Eficiencia: La relación que existe entre el producto (en término de bienes, servicios u otros resultados) y los recursos empleados en su producción. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.49).

Entidad Promotora de Salud -EPS-: Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar de manera directa o indirecta,

la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al Fondo. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.50).

Equidad en salud: La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. (OMS, 1998, p.17).

Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud): El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (OMS, 1998, p.27).

Estrategia: Determinación de los objetivos a largo plazo y la elección de las acciones y la asignación de los recursos necesarios para conseguirlos. (Secretaría Distrital de Salud, 2017, p.53).

Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. (OMS, 1998, p.29).

Gestión del Riesgo: Es el proceso social de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y acciones permanentes para el conocimiento del riesgo y promoción de una mayor

conciencia del mismo, impedir o evitar que se genere, reducirlo o controlarlo cuando ya existe y para prepararse y manejar las situaciones de desastre, así como para la posterior recuperación, entiéndase rehabilitación y reconstrucción. Estas acciones tienen el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar y calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible (Ley 1523 de 2012 en Secretaria Distrital de Salud, 2017, p.60).

Intervención: Corresponde al tratamiento del riesgo mediante la modificación intencional de las características de un fenómeno con el fin de reducir la amenaza que representa o de modificar las características intrínsecas de un elemento expuesto con el fin de reducir su vulnerabilidad (Ley 1523 de 2012 en Secretaria Distrital de Salud, 2017, p.69).

Promoción de la salud: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (OMS, 1998. p.10).

Resultados de salud: Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud. (OMS, 1998, p.21)

Resultados de la promoción de la salud: Los resultados de la promoción de la salud son cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de promoción de la salud. (OMS, 1998, p.23).

Salud pública: La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. (OPS, 1998. p.12).

SISPI: De igual forma, reitera el deber de protección a los pueblos indígenas y establece que para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). (Ley 1751, 2015).

Interculturalidad: La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. (Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, 2008.).

Medicina Tradicional: La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. (OMS, General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. 2000)

AZICATCH: Asociación de cabildos y autoridades tradicionales de la chorrera (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

Cabildos: El cabildo es una entidad pública de carácter especial, cuyos miembros son indígenas elegidos y reconocidos por una parcialidad, encargados de representar legalmente a su comunidad y ejercer las funciones que le atribuye la ley y sus usos y costumbres chorrera (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

Moo-Y+ra Buinaima: padre creador según la concepción de los Pueblos Indígenas de la Chorrera (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

SIIKUUM+D+I: palabra en idioma Uitoto que hace referencia a la época de vientos fríos provenientes de la Región Sur. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

J++NIJAD+I: Palabra en idioma Uitoto empleada para referirse a las épocas de invierno. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

FICABA D+I: Palabra en idioma Uitoto empleada para nombrar la época de verano. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

JAG+Y+ Y T+T+RIA+: Palabras en idioma Uitoto referidas al cumplimiento de las dietas cuando se está enfermo. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

MANODA: Palabras en idioma Uitoto empleada para diagnosticar enfermedades tradicionales relacionadas con conjuros a las personas que hacen un mal uso en el consumo de ambil y hoja de coca. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

BIT+T+KO Y OT+T+KO: Palabras en idioma Uitoto utilizada para referirse a las enfermedades asociadas a las estaciones de invierno y verano, y los vientos fríos ocasionales que proviene del Sur. (Taller determinantes en salud, AZICATCH, 2017).

RESUMEN

El Departamento de Amazonas presenta unas particularidades geográficas, sociales, ambientales, culturales y poblacionales que deben tenerse en cuenta al momento de formular las acciones misionales del Estado, las cuales buscan impactar de manera positiva la calidad de vida de la población.

En materia de Salud Pública, la normatividad colombiana ha venido reconociendo espacios de interculturalidad en salud, la cual es propia de las comunidades indígenas, ya que responden a sus usos, costumbres y visión de lo que es la salud y como debe ser el abordaje de la misma.

El trabajo, se desarrolló en el Corregimiento de La Chorrera, Departamento de Amazonas, y tiene como objetivo identificar los determinantes sociales de la salud que afectan a los Pueblos Indígenas Muruy/Muina, Boras, Okaina y Muinanes, cuatro pueblos hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce – HTCyYD. Para tal fin, se realizaron reuniones en campo y levantamiento de información, actividades en las cuales se involucraron las autoridades indígenas de la Organización AZICATCH, parteras y médicos tradicionales.

Como producto del presente trabajo, se determinaron aspectos poblacionales, demográficos, ambientales, territoriales y de salud propios, insumos necesarios para realizar los procesos de Planeación en Salud y formulación de acciones contempladas en los Planes de Intervención Colectiva que respondan a las necesidades en salud de la población e involucren acciones propias desde la Salud Indígena.

Palabras Clave

Determinantes sociales, salud pública, Medicina Tradicional.

ABSTRACT

The Department of Amazonas presents some geographic, social, environmental, cultural and population particularities that must be considered at the moment of formulation of missionary actions of State which seek to impact in a positive way in population's quality life. In terms of Public Health, Colombian normativity has been recognizing interculturality spaces in health, own of indigenous communities, which answer to usages, traditions and vision of what is health and how this must be addressed.

This work is developed in the village of La Chorrera, Department of Amazonas, and it has as purpose to identify health determinants in health of indigenous peoples of Muruy/Muina, Boras, Okaina and Muinanes four indigenous communities' sons of tobacco, coca and sweet yucca – HTCyYD. For this purpose, field meetings and information gathering were performed, activities that involved indigenous authorities of AZICATCH Organization, midwives and traditional doctors. As a result of this work, population, demographic, environmental, territorial and own health aspects, necessary supplies to perform Health Planning and formulation of actions contemplated in Collective Intervention Plans that answer the population health needs, and involve own actions from Indigenous Health.

Keywords: Social determinants, Public Health, Traditional Medicine.

INTRODUCCIÓN

La Ley 89 de 1890, daba las bases jurídicas por medio de las cuales se determinaba la manera como debían ser gobernados los salvajes que iban reduciéndose a la vida civilizada, refiriéndose a las poblaciones indígenas que para la época habitaban en el territorio Colombiano.

La Constitución Política de 1991, cambió la condición jurídica que regía a los Pueblos Indígenas, la cual en su art. 246 establece que las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en reunión del 28 de septiembre de 1993, con participación de las autoridades de salud de Colombia, exhortan a extender los beneficios de los regímenes de seguridad social en salud de los pueblos indígenas de la región, reconociendo aspectos relativos a la autodeterminación de esta población, en la práctica cultural de la medicina, su forma de vida, lengua y religiones.

Este reconocimiento a la diversidad étnica y cultural de Colombia, permitió que las organizaciones indígenas del país avanzaran en un desarrollo propio en varios aspectos, entre ellos, el reconocimiento a una práctica de saberes de una medicina propia e intercultural, que responde a los usos y costumbres de cada una de ellas, a tal punto que dentro de la legislación del

país, se cuenta con una base normativa importante que permite la reivindicación de estas prácticas propias de los pueblos indígenas.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social con acompañamiento de una mesa permanente de concertación de pueblos indígenas, viene adelantando el proceso de desarrollo e implementación del Sistema Propio de Salud Intercultural “SISPI” para las organizaciones indígenas del país, siendo la base articuladora del reconocimiento de la Medicina Tradicional, y su engranaje con los demás actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”.

Las organizaciones indígenas del Departamento de Amazonas vienen adelantando los procesos pertinentes que permitan obtener una base de información en relación a los determinantes sociales en salud, en el marco de la construcción del Sistema de Salud Propia e Intercultural “SISPI” de sus territorios. En este contexto, las organizaciones de salud con presencia en el territorio tales como la Secretaria de Salud Departamental, la Entidad Social del Estado “ESE” Hospital San Rafael de Leticia y la Institución Prestadora de Servicios de Salud “IPS” indígena Trapecio Amazónico, están llamadas a desarrollar procesos de alistamiento institucional, en pro de dar cumplimiento a la normatividad que en materia de salud indígena rige en el País a la fecha.

El presente trabajo se desarrolló en el Departamento de Amazonas, en el Corregimiento de la Chorrera, involucrando cuatro pueblos indígenas: Uitotos, Boras, Okainas y Muinanes. Se abordaron los determinantes sociales en salud de los cuatro pueblos, estableciendo diversas

variables que están asociadas al reconocimiento de una salud propia con un enfoque intercultural, que responde a las necesidades en salud de sus territorios, ligados a los planes y programas de salud que ejecutan las entidades públicas que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” en el Departamento.

Bajo dichas determinantes sociales en salud, las cuales han sido estudiadas, analizadas y expuestas por diferentes Instituciones educativas, Entes Gubernamentales y No Gubernamentales a nivel Nacional e Internacional, se busca establecer la caracterización de las poblaciones indígenas anteriormente descritas, ya que éstas determinantes serán la base de las acciones de intervención colectiva en salud, teniendo en cuenta sus condiciones en términos de habitabilidad, ubicación geográfica, economía, educación y demás componentes que rodean al ser humano en su desarrollo integral, dentro del contexto de comunidades indígenas con un cuerpo de conocimiento y costumbres que no se pueden ignorar a la hora de intervenir en salud pública.

Las acciones en salud del Plan de Intervenciones Colectivas en el Departamento del Amazonas deben ser articuladas con ese cuerpo de conocimiento, estructura organizacional y transculturalidad de la población indígena, por lo cual se requiere de una caracterización para así poder fundamentar y plantear las acciones en salud de manera más eficientes y efectivas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar los determinantes sociales en Salud Pública de los Pueblos Indígenas del Corregimiento de Chorrera en el Departamento de Amazonas en el marco de la formulación de Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas

Objetivos Específicos

- Contextualizar la fundamentación teórica y legislativa del enfoque diferencial para la atención de la población indígena
- Establecer un diagnóstico situacional de las poblaciones indígenas: Uitotos, Boras, Okainas y Muinanes del Amazonas.
- Delimitar la relación entre los determinantes sociales y las intervenciones colectivas en salud.
- Determinar las necesidades en salud de las poblaciones indígenas, con el fin de que sean insumo para la formulación de los planes de intervenciones en salud.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SALUD PÚBLICA

Los fundamentos teóricos del presente trabajo abordarán los postulados que el País presenta en la Política de Salud Pública, en cuanto a las premisas de dimensiones prioritarias en salud y dimensiones transversales presentados en la figura 1, así como los avances en los temas de reconocimiento de derechos para desarrollar procesos de salud intercultural en los pueblos Indígenas de Colombia, y el contexto de las Acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas (PIC). De igual forma, se realizará una descripción de características propias del Departamento del Amazonas y el desarrollo de las acciones PIC por parte de la Secretaria de Salud Departamental durante los años 2012 a 2017.

Figura 1. Dimensiones y Ejes Transversales del Modelo de Salud Pública.



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, Estrategia PASE a la equidad en salud, 2017)

El Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD), concibe la Salud Pública, como el conjunto de Políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de seguridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva (MINSALUD, 2017). Estas acciones deben estar bajo las directrices del Estado, de forma tal, que su objetivo sea el de mantener indicadores favorables en materia de salud que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en general.

La definición de Salud Pública adoptada en la Ley 1122 de 2007, precisa que dicha salud está constituida por el “conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”.

El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, del presidente Juan Manuel Santos Calderón, presenta como documento adjunto el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (PDSP), el cual es una Política Pública de Estado que traza el camino que el País busca en materia de Salud. El PDSP tiene un carácter universal, dirigido a toda la población sin distinción alguna de condiciones económicas, sociales y culturales.

El nuevo esquema de Planeación en Salud Pública, parte de la base de identificar los determinantes sociales en salud, bajo el entendido que no todos los posibles problemas que se puedan presentar en el sector salud son propios, sino que interactúan con otros hechos sociales,

económicos, ambientales, culturales, laborales que inciden en el riesgo que tiene la población de enfermar o de morir.

El PDSP es el documento rector que rige la política de Salud Pública en Colombia, y debe ser acatado por todas aquellas instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible, así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucren tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El PDSP contempla un abordaje a la población bajo un modelo de enfoques complementarios, en el cual se destacan los enfoques de derechos, perspectiva y género, así como también, un enfoque diferencial con un componente étnico y un modelo de determinantes sociales en salud. Bajo estos enfoques, cada uno de los entes territoriales debe realizar los procesos de planeación en salud que respondan a las necesidades y características propias existentes en cada uno de ellos.

En la misma línea del PDSP, la Ley Estatutaria de salud número 1751 de 2015, en su artículo 20, en lo referente a la política pública en salud, establece que: “el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho a la salud, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud”.

El Plan de Desarrollo de la Gobernación de Amazonas 2016-2019, en el componente de diagnóstico de Salud, hace referencia a que la salud es en esencia un derecho fundamental y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social, con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados implícitamente en cada uno de los determinantes sociales de la salud.

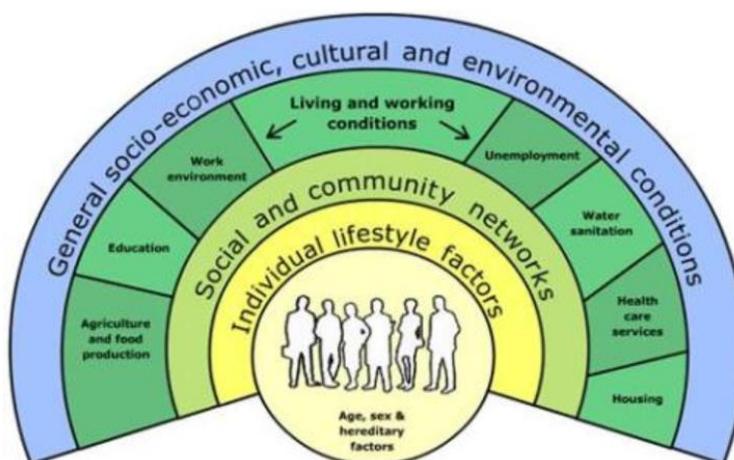
Este Plan de Desarrollo, contempla un capítulo indígena especial, en el cual se da un reconocimiento a la autonomía de los pueblos indígenas en el ejercicio de funciones públicas administrativas, legislativas y jurisdiccionales dentro del territorio indígena, en el marco de las garantías constitucionales y normativas de estos grupos poblacionales.

Este enfoque en determinantes sociales permite atacar las desigualdades, ya que por una parte contrarresta aquellos factores que influyen en la salud de la población, y por otra, involucra varios niveles de la sociedad desde lo micro celular hasta lo macro ambiental, ya que los determinantes están presentes en todo el entorno en el cual se desarrolla el ser humano, así como todas las etapas de su ciclo vital, puesto que en el entorno de la población y sus condiciones de vida se refleja la condición social y política de los países, como se observa en la figura 2.

Un modelo basado en determinantes permite identificar la forma en que éstos generan desigualdad en salud, así como evaluar la interacción entre ellos mismos, su priorización y permite detectar los niveles de intervención de las políticas (OMS en PDSP 2012-2021, 2013).

1.1 Los Determinantes Sociales En Salud

Figura 2. Relación entre los determinantes sociales y la salud



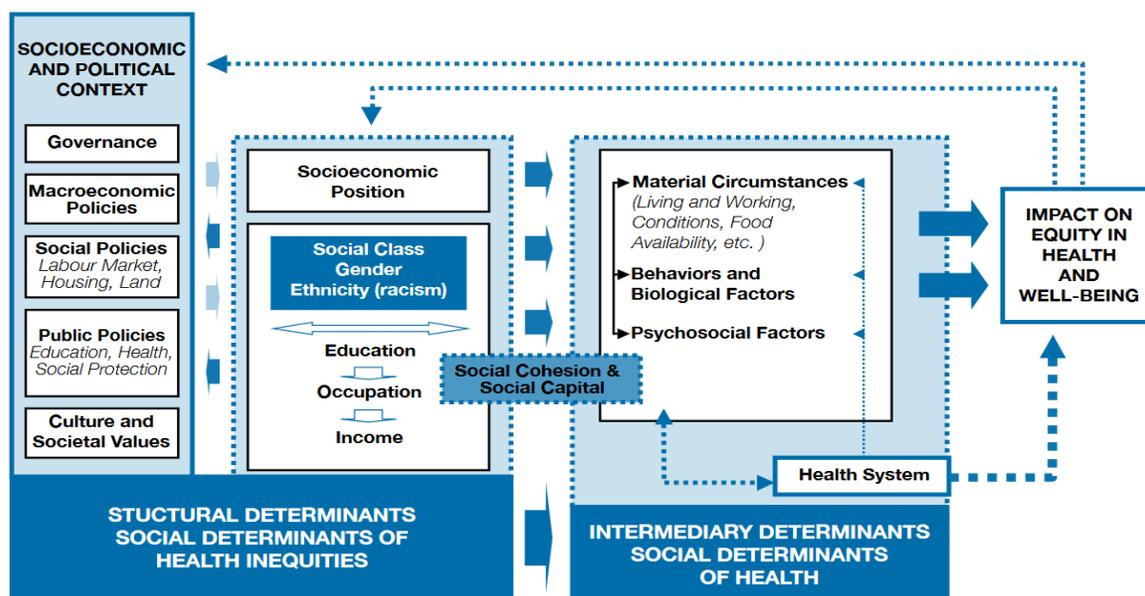
Fuente: OMS, <https://www.paho.org/hq/index.php?option>, 2013.

Los determinantes en salud son propiedades de la vida común influenciadas por todas aquellas fuerzas externas que afectan la calidad de vida del ser humano, tales como el empleo, la distribución del dinero, la alimentación, la raza, el género, el nivel de enseñanza, etc. Los cuales tienen varias clasificaciones, una de ellas es: próximos, intermedios y distales, los primeros hacen referencia a las características individuales tales como factores biológicos, comportamentales, creencias, etc.; los segundos hacen referencia a la siguiente línea en relación

al individuo tal como la familia, comunicación familiar, el colegio, etc.,; y finalmente los terceros hacer referencia al ambiente más externo tal como las condiciones sociales, pobreza, servicios públicos, legado cultural, identidad social, etc. (Conpes 147/12).

Estos determinantes a su vez tienen alguna asociación o predisposición en relación a algunas enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de tipo crónico (OMS, 2016). Como ejemplo de ello Link & Phelan, (1995), describen las diversas asociaciones entre determinantes sociales y la salud, en factores como por ejemplo la relación entre la raza y la etnia en las tasas de incidencia de algunos tipos de cáncer, o por ejemplo la relación entre los desórdenes físicos y mentales con el estatus marital y la densidad poblacional, o la relación entre ciertos tipos de grupos religiosos como los mormones o adventistas que tienen menor riesgo de presentar algunos tipos de cáncer, o los afroamericanos que tienen mayor probabilidad de mortalidad infantil y falla renal, o por ejemplo que el género masculino tiene mayor riesgo de enfermedades coronarias, enfermedades respiratorias crónicas y úlceras. Las condiciones sociales son todos aquellos factores que rodean a las personas en su relación con los demás (Link & Phelan, 1995).

Figura 3. Marco de referencia de la comisión de determinantes sociales en salud



Fuente. (Solar & Irwin, 2010.)

Los determinantes sociales en salud según los describe Solar & Irwin (Figura 3), se clasifican en dos tipos: los estructurales, que son los mecanismos primarios de estratificación y divisiones sociales (políticas macroeconómicas, políticas públicas, educación, salud, políticas sociales, entre otras), generando diferenciaciones en Ingreso, etnia, clase social, escolaridad; y los determinantes intermedios (las circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales y el sistema de salud), clave en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios.

Estos determinantes estructurales son considerados como los determinantes que refuerzan la estratificación social y definen una posición económica en la sociedad, los cuales facilitan la generación de inequidades en salud. Uno de esos determinantes por ejemplo es el ingreso (dinero), el cual tiene un efecto directo sobre los recursos materiales y afecta directamente la salud porque permite acceder a recursos de mejor calidad como la comida, la educación, la

recreación, e influye directamente en la autoestima, la posición social e incluso la oportunidad de mejor atención en los servicios de salud.

Otro determinante analizado por Solar (2010), es la educación, ya que hace parte de la oportunidad de tener mejores ingresos futuros, surge de las oportunidades de educación y rendimiento en la infancia y se consolida en la edad adulta; influye la salud en la medida que facilita el aprendizaje de cuidados de la salud y el adecuado acceso a los servicios.

El empleo es otro determinante que influye en la salud en la medida que genera ingresos y facilita la oportunidad de acceder a servicios de mejor calidad, pero también puede influir negativamente en la medida que por la posición social o por estrés, ocasione otras enfermedades de origen psicosocial.

La clase social es otro determinante que influye también la salud puesto que tiene relación directa con la oportunidad de tener un mejor empleo, mayor poder y mejores ingresos, los cual es directamente proporcional con la calidad de vida y el desgaste de la condición física del sujeto.

El género es otro determinante influyente en la salud, aunque va ligado a la cultura, en términos de lo que es socialmente permitido y lo que no para cada uno (hombre y mujer), aunque hay una alta carga negativa hacia la mujer en relación a la discriminación, ya que como lo describe Ceballos (2009), quien refiere que las mujeres de las comunidades indígenas presentan mayor desigualdad en temas relacionados con la atención en salud como por ejemplo la asistencia en temas de salud sexual y reproductiva. Adicionalmente la mujer en la sociedad ha presentado desigualdad en términos de oportunidad de participación en una estructura jerárquica,

así como también presenta desigualdad en oportunidad de participar en mercado laboral al igual que la diferencia en los ingresos promedio entre hombres y mujeres (OPS, 2012). Por otra parte el género también es un determinante que influye en la salud y es causal de inequidades sanitarias, ya que según OMS (2018): los hombres tienen una menor esperanza de vida y en parte también por normas sociales y dificultades en el acceso de servicios de salud.

Santos (2011), relata que la raza/etnia es un determinante ampliamente estudiado y analizado en las sociedades de todo el mundo, ya que hay una amplia base de discriminación en todos los países donde hay diversidad cultural, limitando las oportunidades en todos los aspectos (educación salud, empleo, etc.), afectando la calidad de vida y en la salud de estos grupos en relación con todos los determinantes previamente expuestos.

Además Santos (2011), también describe el medio ambiente, la educación, el nivel de ingresos, la ocupación, el estilo de vida, los factores psicosociales como factores determinantes que influyen en la situación de desigualdades en salud de las poblaciones, por lo que es importante evidenciar y detectar claramente los aspectos que influyen en la salud de las poblaciones indígenas a partir de su caracterización.

Así mismo Duarte (2015) describe la relación entre los determinantes sociales como las condiciones ambientales y de saneamiento, accesibilidad terrestre, recursos económicos, bajo nivel de educación, y aspectos culturales tales como la preferencia de la medicina tradicional o la falta de autonomía de las madres, los cuales, asociados a deficiencias en la atención del sistema de salud, influye en desenlaces fatales tales como mortalidad perinatal. Define entonces que la

mayor influencia está dada por los determinantes intermedios, por un lado, en relación a las condiciones de vida, factores conductuales y psicosociales, así como el sistema de salud; y por otro lado, en relación a falta de políticas públicas que garanticen el acceso a los servicios, motivo por el cual da relevancia y establece que dichos determinantes se deben priorizar para establecer las acciones de intervenciones colectivas.

Otra área de intervención que establece es la alianza o apoyo internacional, de tal forma que se aborden las problemáticas de forma intersectorial a nivel exterior, así como la medición y monitoreo, dado que es necesario medir la inequidad en salud, los determinantes sociales y la influencia de los determinantes en los resultados en salud, como también monitorear la influencia de las políticas en las inequidades. Por último, describe el área de participación social, que hace referencia a la inclusión social, la participación de diferentes actores como la academia, el sector público y el privado, así como la sociedad.

Entre los días 13 al 15 de abril de 2010, se llevó a cabo en Australia la reunión Internacional sobre la salud en todas las políticas con participación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se debatieron las posibles aplicaciones de estrategias de integración de la salud en todas las políticas, que contribuyan al mejoramiento de la salud en todos los sectores de gobierno.

La reunión se basó en el informe de la Comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud, estableciendo un conjunto de acciones en diversos sectores del gobierno que inciden en

indicadores y situaciones ligadas a la salud de la población, realizando una síntesis de los mismos, que a continuación se relacionan en la tabla 1.

Tabla 1. Ejemplos de acciones de Gobierno Conjuntas

Sectores y Temas	Relaciones entre la salud y el bienestar
Economía y empleo	<p>La salud de la población estimula la resiliencia y el crecimiento económicos.</p> <p>Una población más saludable puede aumentar sus ahorros domésticos, tener mayor productividad laboral, adaptarse más fácilmente a los cambios laborales y seguir laboralmente activa durante más tiempo</p> <p>Las oportunidades de trabajo y empleo estable mejoran la salud de toda la población, independientemente del grupo social.</p>
Seguridad y justicia	<p>La frecuencia de la violencia, los problemas de salud y las lesiones aumenta en las poblaciones con peor acceso a los alimentos, al agua, a la vivienda y a un sistema de justicia equitativo. En consecuencia, los sistemas de justicia de las sociedades tienen que ocuparse de las consecuencias del acceso deficiente a estas necesidades básicas.</p> <p>La prevalencia de las enfermedades mentales (y de los problemas conexos de consumo de alcohol y drogas) se asocia a la violencia, los delitos y el encarcelamiento.</p>
Educación y fases iniciales de la vida	<p>Los problemas de salud de los niños o de sus familiares dificultan el éxito educativo, reduciendo el potencial educativo y las capacidades para hacer frente a los retos de la vida y aprovechar las oportunidades que esta depara.</p> <p>El éxito educativo de ambos sexos contribuye directamente a una mejora de la salud y de la capacidad de participar plenamente en una sociedad productiva, y crea ciudadanos comprometidos.</p>
Agricultura y alimentación	<p>La seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos mejoran cuando la salud es tenida en cuenta en la producción, fabricación, comercialización y distribución de los alimentos, se fomenta la confianza del consumidor y se garantizan prácticas agrícolas más sostenibles.</p> <p>La alimentación saludable es fundamental para la salud, y la seguridad y las buenas prácticas alimentarias ayudan a reducir la transmisión de enfermedades de los animales al ser humano, además de servir de apoyo a prácticas agropecuarias que repercuten positivamente en la salud de los trabajadores y las comunidades rurales.</p>
Infraestructura, planificación y transporte	<p>La planificación óptima de las carreteras, los transportes y la vivienda debe tener en cuenta el impacto sanitario, dado que puede reducir emisiones gravosas desde el punto de vista medioambiental, y mejorar la capacidad de las redes de transporte y su eficiencia desde el punto de vista de la movilidad de las personas, los bienes y los servicios.</p> <p>La mejora de las posibilidades de transporte (en particular los desplazamientos a pie o en bicicleta) crea comunidades más seguras y vivibles, reduce la degradación medioambiental y mejora la salud.</p>
Medioambiente y sostenibilidad	<p>La optimización de la utilización de los recursos naturales y el fomento de la sostenibilidad se logran más fácilmente con políticas que influyen en los hábitos de consumo de la población, que también pueden mejorar la salud humana.</p>

	A nivel mundial, un cuarto de la totalidad de las enfermedades prevenibles son resultado de las condiciones medioambientales en las que vive la población.
Alojamiento y servicios comunitarios	El diseño de las viviendas y la planificación de las infraestructuras teniendo en cuenta la salud y el bienestar (aislamiento, ventilación, espacios públicos, recogida de basuras, etc.) y contando con la participación de la comunidad pueden mejorar la cohesión social y contribuir a los proyectos de desarrollo.
Tierras y cultivos	La mejora del acceso a la tierra puede contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, que están espiritual y culturalmente vinculados a un profundo sentido de pertenencia a la tierra y al país. La mejora de la salud de los pueblos indígenas puede fortalecer las comunidades y la identidad cultural, mejorar la participación de los ciudadanos y contribuir al mantenimiento de la biodiversidad.

Fuente. Declaración de Adelaida, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

La comisión de determinantes en salud de la OMS, en el informe final denominado “subsana las desigualdades en una generación”, del año 2009, hace referencia a los pueblos indígenas expresando lo siguiente:

La vida de los pueblos indígenas continúa supeditada a leyes, disposiciones y condiciones específicas y particulares que no rigen para ninguna de las demás personas y grupos sociales del mundo. Los pueblos indígenas continúan viviendo en territorios delimitados o segregados y, a menudo, se encuentran en medio de conflictos jurisdiccionales entre los distintos niveles de gobierno, en particular en lo atinente a los servicios, los programas y las asignaciones financieras. (OMS, 2009).

Es en este escenario, que la OMS recomienda a los Estados reconocer, legitimar y apoyar a los grupos marginados, en particular a los pueblos indígenas mediante políticas, leyes y

programas que promuevan su participación activa para exigir que se satisfagan sus necesidades, se atiendan a sus reclamaciones y se respeten sus derechos.

Para el caso de la población colombiana de acuerdo con Tovar (2005): “La demanda por salud disminuye con la edad, y aumenta con el ingreso y el nivel educativo...el estado de salud está determinado por la actividad laboral, la ubicación geográfica, el género, los hábitos de las personas y la seguridad social”, lo cual no difiere mucho de los resultados de influencias a nivel internacional.

Teniendo en cuenta la relación de algunos determinantes sociales con los desenlaces en la salud de las personas, dichos determinantes deben ser entonces la base de las acciones en salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas, a través de los programas de atención primaria en salud (APS), los cuales en este momento están enfocados en los aspectos más críticos del ciclo vital y va dirigido a los grupos de riesgo más vulnerables.

La Comisión de determinantes sociales en Salud de la OMS, en la declaración de la conferencia en Rio de Janeiro en el año 2011, según Montesinos (2015), destacó las principales áreas de intervención que impactan los determinantes sociales y la reducción de inequidades en salud. Por una parte, hace referencia a la gobernanza, que habla de la intersectorialidad que debe existir entre el área de salud y las demás influyentes en el entorno del ser humano: educación, empleo, vivienda, ingreso, etc. Por otra parte, habla de la intersectorialidad interna en salud, en relación a la inclusión de la equidad y los determinantes sociales en los programas en salud, de forma que se reduzca las inequidades en este sector.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, para este estudio se tomaron en cuenta los siguientes determinantes:

Estructural - Cultural: Aspectos culturales del Pueblo Indígena en el Amazonas. (Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales): Dados los antecedentes culturales descritos en otros grupos poblacionales como por ejemplo en México, como lo describe Herrera (2006), los aspectos como las creencias y costumbres de las comunidades indígenas, es clave su identificación, ya que influyen en las condiciones de salud de la población, que para el caso de México influía negativamente en la mortalidad materna, lo cual para el contexto Colombiano podría ser muy similar y es importante identificarlo para poder abordarlo en las perspectivas del Plan de Intervenciones Colectivas “PIC”.

Estructural - Cultural: Ubicación geográfica de la Organización AZICATCH, cosmovisión del territorio, mitos e historias (Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales). Intermedio: Calendario ecológico (Estilo de vida): Hay que tener en cuenta la caracterización de la población indígena en cuanto a creencias, mitos, bases mitológicas, etc., ya que como lo describe el PNUD, 2007 en el reporte del Ministerio de salud y Protección Social en su perfilamiento (2016):

“para los pueblos indígenas el territorio “es todo”, la base material y espiritual de su existencia. Hay una relación mística con la “Madre Tierra”, que es sagrada, es un bien de propiedad colectiva, necesario para la supervivencia del pueblo. Es fuente de vida. Es el

arraigo de su historia, cultura, ancestros, autonomía y libertad es soporte espiritual y escenario de vida colectiva”.

Así como Morales Fierro, 2014 en el reporte del Ministerio en su perfilamiento (2016): conceptúan que: “en algunas cosmologías se considera que existe un continuo enlace entre la sociedad, la naturaleza y el mundo espiritual. El territorio es lugar de los ancestros y morada de los dueños o amos de las plantas y de los animales”.

Con base en estos conceptos también es importante identificar en las poblaciones indígenas sus creencias, mitos y costumbres ya que son un cuerpo de conocimientos que no se puede ignorar u omitir en las acciones de salud pública.

Intermedio – Entorno: Problemas ambientales (Condiciones de vida - Agua y saneamiento): En algunos estudios como el de Puello (2016), se ha descrito en las condiciones precarias de saneamiento ambiental, vectores, alcantarillado en comunidades indígenas como la del departamento de Córdoba, lo cual es un factor importante a analizar en la población del Amazonas con el fin de validar las acciones a tomar en el PIC para esta región del País, ya que las condiciones geográficas son diferentes.

Por otra parte dentro del contexto ambiental, se debe evaluar las practicas mineras artesanales de las poblaciones indígenas ya que esto genera contaminación de las aguas como lo evidencia la OPS(2011): “las comunidades indígenas amazónicas...los biomarcadores muestran niveles promedio de mercurio en el cabello por encima de 15 $\mu\text{g/g}$, lo que lo ubica entre los más

altos niveles reportados en todo el mundo”, lo cual puede ser un factor muy relevante en la morbilidad de las comunidades étnicas de la región.

Estructural – Vivienda: Descripción de viviendas (Vivienda): En cuanto a éste aspecto es importante valorar la perspectiva de la comunidad indígena en cuanto a sus condiciones de vida, ya que va ligado a sus resultados en salud, como lo refiere el informe del Ministerio en el 2017, las condiciones de pobreza llevan a precarias condiciones de vivienda, lo cual aumenta los factores de riesgo de vulnerabilidad y por ende en la salud de las poblaciones, puesto que prácticas tradicionales en estas comunidades, originan la contaminación interna del aire en las viviendas generando afecciones en los menores de 5 años y mujeres mayores.

Estructural – Políticas macroeconómicas: Espacios de agricultura tradicional (Agricultura – producción de alimentos): Como lo manifiesta Puello (2016), en su estudio en cuanto a estilos de vida, la población indígena no realiza actividades de recreación y actividad física como tal, lo cual es otro punto importante a determinar en la población en estudio, para tomar las acciones de intervención que puedan tener mayor adherencia e impacto en las metas en salud es ésta población.

Estructural – Mercado de trabajo: Espacios naturales de recolección de productos para subsistencia. (Agricultura – Condiciones del trabajo): En este aspecto Puello (2016) refleja la cultura local de un manejo compartido de la agricultura en la comunidad indígena en Córdoba, ya que todos tienen derechos sobre los mismos terrenos agrícolas, cultura de autoconsumo y auto

subsistencia, lo cual para el caso del Amazonas se debe evaluar y establecer las fuentes de ingresos y economía en la población dadas las condiciones geográficas de ésta.

Por otra parte el Ministerio en su informe de 2017 refleja las dificultades que presentan las comunidades indígenas en el acceso al agua potable para la agricultura al manifestar que:

“las Unidades Productivas Agropecuarias – “UPA” que refieren tener acceso a fuentes de agua, el 60% manifiesta tener dificultades en el uso del agua por sequía (51.5%), por ausencia de infraestructura (28,4%) y por contaminación (12.7%)...lo cual disminuye considerablemente la posibilidad de tener acceso a seguridad alimentaria y nutricional” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

El Banco mundial (2014) refleja cifras importantes en relación a la pobreza ya que registra que afecta al 43% de los hogares indígenas en América Latina, lo cual es una cifra alarmante y evidencia las condiciones de inequidad social de los grupos étnicos y requieren ser incluidos en las políticas públicas.

Condiciones de vida: Distancias desde la comunidad hasta el centro poblado de la asociación; vías y medios de comunicación, rutas naturales de acceso. (Condiciones de vida): Este aspecto así como la vivienda son importantes a la hora de evaluar el entorno social de las comunidades indígenas, ya que son factores derivados de las condiciones de pobreza extrema que sumado a otras condiciones de calidad de vida, refuerzan las barreras de acceso a los servicios de salud.

Estructural – Gobierno y tradición política: Descripción de la forma organizativa de las Asociaciones de Autoridades tradicionales indígenas de Amazonas “AATIS”. (Condiciones socioeconómicas): Puello (2016) describe en su estudio una fuerte cohesión social en la población indígena de Córdoba y en su estructura organizacional está liderada por un Cacique y un capitán mayor en las veredas.

Estructural – Estructura social: Identificación de los espacios tradicionales de participación social. Identificar los espacios físicos disponibles para el desarrollo de procesos administrativos. (**Redes sociales y comunitarias**): Afortunadamente las comunidades indígenas poco a poco han hecho sentir su presencia en las decisiones ambientales y sociopolíticas y evidencia de ello son los instrumentos de Derecho Internacional descritos por Enríquez (2013) como por ejemplo el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos (2007), en los cuales se abordan temas como la discriminación indígena y por ende su déficit de participación, su exclusión como sujetos autónomos, “con un nombre, una lengua, una religión y una cultura propias, distintas a otros sujetos individuales o colectivos, y la posibilidad de generar su propio desarrollo de manera endógena, y con respeto a su identidad cultural”.

Ahora bien reconociendo que son organizaciones independientes, es relevante identificar cómo es su organización dentro de las comunidades indígenas, con qué espacios de participación cuenta que efectivamente permita la socialización de situaciones de la comunidad y sean generadores de estrategias de mejoramiento en los grupos étnicos.

Estructural – Políticas de bienestar – cultura: Concepto salud y buen vivir de los pueblos indígenas (Condiciones de vida – culturales - estilos de vida individual): El concepto de salud según la OMS: “bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, lo que puede ser contrastado con el concepto de salud indígena, el cual de acuerdo a la OPS corresponde a:

“la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”.

Para los indígenas, estar saludables es tener un equilibrio cósmico, en donde todo gira en torno a la madre tierra. En este concepto de salud, la vida tiene un vínculo estrecho con el sentido, la mente, el alma y la naturaleza. Todo mal contra la Tierra se le hace también al ser humano. Si se enferma la Tierra, se enferma todo (La Nación, 2015).

En el contexto indígena la salud y bienestar trasciende a lo físico y mental, ya que incluye aspectos espirituales y emocionales, la relación armónica y equilibrada entre ellos y con el ambiente externo, es decir es elevado también al contexto sociopolítico, cultural, ecológico y económico, no solo se mira al ser humano como individuo sino también su relación en la comunidad y el bienestar comunitario incluyendo además los animales que los rodean en sus entornos geográficos, en resumen su “eje conceptual” o “cosmovisión” se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad” OPS(2009), por lo cual es supremamente relevante caracterizar en

ésta población su cosmovisión de la salud para así generar las bases conceptuales y hablar su mismo idioma en términos de intervenciones y objetivos en salud.

Estructural – cultural: percepción desde lo propio de lo que se concibe como enfermedad. (Condiciones culturales – educación – estilos de vida): Puello (2016) en su estudio refleja que la comunidad indígena en su mayoría percibe su salud como regular al presentar episodios de enfermedad una vez en el último año. Por otra parte el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2017) manifiesta que en la población indígena la mayoría de las atenciones en salud “se prestó por enfermedades no transmisibles con una relación de 7 atenciones por persona, seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales...con una razón de 4 atenciones por persona”, lo cual hace importante la caracterización del perfil de morbilidad con el fin de dar bases para futuras intervenciones en salud. Por otra parte el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública “SIVIGILA” para el 2015 reporto que el 41% de eventos reportados de etnias indígenas, correspondieron a Malaria Vivax y Malaria Falciparum.

Intermedio – Servicios de salud: Enfermedades más Frecuentes (servicios de atención en salud): Aunque el estudio de Puello evidencia que la percepción de salud es mala en la mayoría de la población estudiada no describe las condiciones de enfermedad en las cuales se desarrolla ese evento. Adicionalmente como se describió anteriormente de acuerdo a las prácticas laborales y mineras de la población se debe evaluar el perfil de morbilidad con el fin de dar bases a la generación de acciones de intervenciones en salud. Por otra parte las condiciones de salud se ven reflejadas en las cifras de mortalidad materna, dado por condiciones socioculturales y de uso/acceso a los servicios de salud, tal como lo reflejan Arregocés & Molina (2015) en el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2017):

“De las 33 indígenas fallecidas en el periodo 2010-2012, la mayor proporción (18,2%) tenía entre 15 y 19 años, seguida de las que tenían entre 10 y 14 años (15,2%); 51,5% no tuvo acceso a la educación escolar y 36,4% solo realizó estudios primarios. La gran mayoría (81,8%) estaba afiliada al régimen subsidiado de seguro de salud y 66,7% no tuvo controles prenatales”.

Por otra parte se evidencian las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan estas comunidades como lo evidencia la Organización Mundial de Salud “OMS” (Resolución CD40.R6, 1997) en el informe del Ministerio (2017): “las poblaciones indígenas sufren barreras de acceso por los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de Salud Pública y de atención sanitaria en zonas rurales”.

Adicionalmente este mismo documento refiere que la mayoría de las IPS clasificadas como indígenas se encuentran ubicadas en las regiones de la Guajira, Nariño y Cauca, lo cual evidencia que la región del Amazonas no cuenta con “IPS” indígenas en su territorio.

Estructural – Estructura social: Identificación de estructura organizativa de los sabedores y agentes en salud propia. (Condiciones culturales – servicios de atención en salud): Puello (2016) describe en su estudio una fuerte cohesión social en la población indígena de Córdoba y en su estructura organizacional está liderada por un Cacique y un capitán mayor en las veredas, lo cual es muy común en las organizaciones indígenas, sin embargo, lo relevante en este punto es identificar a quien corresponde o la comunidad identifica como líderes, ya que son un canal de autoridad para llegar o acceder a las comunidades.

Estructural – Políticas de bienestar: Actividades que adelantan las estructuras organizativas de los sabedores (Condiciones culturales y socioeconómicas): En este aspecto se evidencia la necesidad de conocer las iniciativas que se originan de los líderes en salud de las comunidades indígenas, ya que como lo evidencia López & Arango, 2011 en el informe del Ministerio(2017): la necesidad de “contemplar en las propuestas de articulación de la medicina occidental y medicina tradicional a las autoridades médicas indígenas y su diversidad cultural (idioma, arraigo a su comunidad, alimentación acorde con las necesidades y características culturales)”, de tal modo que las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas “PIC” tengan inclusión de los líderes de estas comunidades.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: MARCO NORMATIVO DERECHOS EN SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

En el presente capítulo se revisarán los avances en la normatividad Colombiana que dan el marco jurídico a las Organizaciones Indígenas de Colombia, para reclamar el derecho de ejercer prácticas de medicina propia, que respondan a sus saberes ancestrales, usos y costumbres.

2.1. Ley 89 de 1890

La ley 89 de 1890, en su parte motiva, reza lo siguiente, “Por la cual se determina la manera como deben ser gobernados los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada”. Así mismo, la misma Ley reza que “la legislación general de la República no regirá entre los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada por medio de Misiones, en consecuencia, el Gobierno, de acuerdo con la Autoridad eclesiástica, determinará la manera como esas incipientes sociedades deban ser gobernadas”. Este último aparte, fue declarado inexecutable en el año de 1996 mediante sentencia C-139 de la Corte Constitucional.

Con lo anteriormente expuesto, se puede percibir el trato discriminatorio que sufrieron los distintos pueblos indígenas para la época, a tal punto, que eran considerados como salvajes que tenían que educarse para ser llevados a la vida civilizada, tarea que fue encargada a las Misiones Católicas, las cuales enseñaban la moral Cristiana, en los establecimientos de educación primaria que fundaron en diversas regiones del país.

2.2. Constitución Política de 1991

La Constitución Política de 1991, en el Art. 246, establece que las autoridades de “los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República”. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional. De igual forma, el Art. 330 dio las pautas sobre la forma de gobernar los territorios indígenas según los usos y costumbres, dando la facultad de diseñar las políticas, los planes y programas de desarrollo económico y social dentro de su territorio, en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo y de promover las inversiones públicas en sus territorios velando por su debida ejecución y Coordinar los programas y proyectos promovidos por las diferentes comunidades en su territorio (Const.,1991, art. 246).

Así las cosas, la Constitución del 91 dio un reconocimiento trascendental a la autonomía de los Pueblos Indígenas, salvaguardando sus territorios, sus conocimientos y su cultura, y dándoles la facultad de realizar las consultas con diferentes entidades del orden público, con respecto a la ejecución de acciones que derivan de las Políticas Públicas que fija el País en cada una de las zonas en donde habitan.

2.3. Ley 21 de 1991

La Ley 21 de 1991 acogió las directrices dadas por la OIT en la 76a. Reunión de Ginebra sobre Pueblos Indígenas, reconociendo el derecho de esta población a contar con regímenes de

seguridad social los cuales deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. Así mismo, esta Ley insta a los gobiernos a asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad (Ley 21, 1991).

2.4. Ley 691 de 2001

La Ley 691 de 2001 propicio un avance importante en cuanto a las garantías de los Pueblos indígenas frente al derecho a la salud, dicha Ley, reglamento la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, garantizando su calidad de afiliados al sistema con gratuidad de los servicios (Ley 691, 1991). De igual forma esta Ley instituyó el Plan de Atención Básica P.A.B. de forma gratuita y obligatoria aplicando los principios de diversidad étnica, cultural y de concertación. Esta Ley permitió que las Acciones P.A.B. se ajustaran a la cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos, reconociendo la interculturalidad en salud para los Pueblos Indígenas. Así mismo, establece que el P.A.B. podrá ser formulado por los Pueblos Indígenas de acuerdo a sus Planes de Vida y desarrollo.

2.5. Ley 1450 de 2010, Plan Nacional de Desarrollo

La Ley 1450, Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, establece la Promoción de la igualdad de oportunidades de acceso de la población de los grupos étnicos a los beneficios del desarrollo, con enfoque diferencial y permite el acceso a la salud y la inclusión social de esta

población, con enfoque de derechos, intercultural y diferencial. Esta Ley en su Art. 273, reivindica los procesos de consulta previa en cuanto a la autonomía de estos Pueblos en las acciones públicas que deben ser concertadas en cada uno de sus territorios, donde se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social concertará con las autoridades y organizaciones indígenas la estructuración, desarrollo e implementación de un sistema de salud (Ley 1450, 2010).

2.6. Ley Estatutaria 1751 de 2015

La Ley Estatutaria de Salud establece, obligatoriamente, que el derecho a la Salud adquiere el carácter de fundamental y autónomo, y debe ser garantizado por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad (Ley 1751, 2015). El artículo 6 de esta Ley, versa sobre la Interculturalidad, y dice que es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global. De igual forma, reitera el deber de protección a los pueblos indígenas y establece que para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

2.7. Decreto 1973 de 2013

Este decreto fue emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y crea la Subcomisión de salud de la mesa permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones indígenas, en el marco de la creación de un Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI, que garantice el derecho fundamental a la Salud de los Pueblos Indígenas de manera integral y universal, con respeto a las condiciones culturales y conocimiento de la Medicina Tradicional propia (Decreto 1973, 2013)

Bajo el marco jurídico de este decreto, muchas de las organizaciones indígenas del País, desarrollaron en sus territorios los procesos de prestación de servicios de Salud con enfoque diferencial, y constituyendo tanto Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, netamente indígenas, con procesos de atención diferencial, respetando los usos y costumbres de la Medicina Tradicional.

2.8. Resolución 518 de 2015

Esta Resolución, nace ante la necesidad de articular las acciones denominadas de Intervenciones Colectivas, de tal suerte, que dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la Ejecución, Seguimiento y Evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. A continuación, se hará referencia al articulado de dicha Resolución, que establece precedentes al tema de Salud Indígena, Trabajo comunitario

en Salud y fortalecimiento de Organizaciones Sociales como estrategia de trabajo en Determinantes de Salud (Resolución 518, 2015).

El Art. 4 de dicha resolución, dicta que en el marco previsto en el Plan Decenal de Salud Pública, está orientado a que las Políticas, planes, programas y proyectos de Salud Pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS, junto con otros sectores del Gobierno, de las Organizaciones Sociales y privadas y la comunidad.

De igual forma, en el Art. 5, se dictan los procesos de Gestión de la Salud Pública, estableciendo en el numeral 5.10, la Participación Social, con el fin de lograr que la ciudadanía y comunidad incidan en las decisiones Públicas que afectan su Salud.

El Art 7. Indican las finalidades de la Gestión de la Salud Pública, en el numeral 7.2, establece que las personas y comunidades estén empoderadas de la gestión de las Políticas en Salud. De igual forma, el numeral 7.5, dicta que las políticas y las respuestas sectoriales e institucionales sean integrales y pertinentes frente a la situación de salud de la Población al contexto territorial y a las expectativas de los sujetos en relación a su propia Salud. El Art. 10 menciona las características de las intervenciones colectivas, y en el numeral 10.4, hace referencia a la pertinencia del PIC, dice que estas surgen del reconocimiento de las condiciones específicas y diferenciales de la Población y su realidad territorial y de la evidencia de su efectividad.

2.9 Circular 011 de 2018

Esta circular es emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector encargado del desarrollo a nivel País de la Política SISPI. Esta circular, insta a los Gobernadores, Alcaldes, Secretarías de Salud, Gerentes de Empresas Sociales del Estado “ESE”, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud “IPS” y Empresas Promotoras de Salud “EPS”, a realizar el análisis de salud de la población indígena en sus territorios con participación de las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas, que incluya la información requerida para la construcción e implementación de contenidos de los componentes del SISPI (Circular 011, 2018).

De igual forma establece garantizar las intervenciones colectivas acordadas en los procesos de concertación sean contratadas con instituciones cuya idoneidad sea reconocida en el marco del proceso de diálogo y concertación. Dicha contratación se hará prioritariamente con las empresas sociales del estado, incluidas las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas. Esta circular, da las bases para la ejecución en las comunidades de investigación participativa, dirigida a identificar acciones para el cuidado y protección de la salud, considerando el saber ancestral y alopático, acciones enmarcadas dentro del proceso de gestión del conocimiento.

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SALUD INTERCULTURAL

Teniendo en cuenta la posibilidad de articular la biomedicina y la medicina tradicional a partir de relaciones ‘paralelas’ y no de dominación ni de hegemonía / subalternidad (Menéndez, 2016), que son usuales en los procesos de salud prestados a poblaciones indígenas, además del complejo perfil de morbilidad de estas comunidades en la cual hay un alta mortalidad infantil (Arteaga, 2012), y las situaciones de rechazo y poca adhesión a las prácticas médicas occidentales, disputas de poder entre agentes tradicionales y médicos, la desintegración de la estructura social de la comunidad, son situaciones frecuentes en países con altos índices de población indígena (Alarcón, 2003); es por ello que cada vez se hace urgente la necesidad de integrar esta población en los Sistemas de Salud, tanto así que, desde la Organización Mundial de Salud “OMS” a través de la Organización Panamericana de Salud “OPS”, se ha planteado una mayor inclusión a través de normas que permitan el acceso de ésta población a los servicios de salud y además se fortalezcan políticas en salud dirigidas a estos grupos étnicos.

Para la Organización Panamericana de Salud OPS (2014): un enfoque intercultural es aquel que iguala el trato entre grupos sociales y además al considerar la salud como derecho fundamental, implica que es deber del personal de salud integrar las creencias culturales con la medicina occidental. Además, afirma que las políticas, programas y proyectos en salud son ajustables a las poblaciones, reduciendo inequidades al incluirlas en las diferentes actividades, así como la asociación con la medicina tradicional.

Por otra parte, las Naciones Unidas en miras de reducir las barreras y la inequidad, a través de la declaración de los derechos de los pueblos indígenas en 2007, en el artículo 24 enuncia que:

“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital...también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud...igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”. (OPS, 2007)

Lo anterior confirma la importancia y el compromiso que plantean los organismos internacionales en la inclusión del concepto de transculturalidad en los servicios de salud, así como la relevancia que tiene la conservación de las raíces culturales de los diferentes grupos étnicos y la obligatoriedad de los Estados de garantizar su inclusión y aplicación, en miras de reducir la inequidad y la discriminación en las naciones.

3.1 Fundamentos de la medicina tradicional

La medicina tradicional según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006): es aquella que tiene su origen en espacios geográficos y sociales de las poblaciones indígenas, en tiempos previos a la época de la colonia y cuyos fundamentos teóricos se basan en la

cosmovisión, historia e identidad cultural. Las curas tradicionales y los tratamientos espirituales varían según el pueblo indígena.

La medicina tradicional tiene un cuerpo de conocimientos propio, tal como lo describe Cardona (2012): ya que es la unión del saber de cuidado, la vida física, mental y espiritual, así como su relación con el entorno, la naturaleza y sus elementos (aire, fuego, agua, tierra). La medicina tradicional se fundamenta en la influencia de factores externos como los espíritus de las plantas y la madre naturaleza, además de factores internos como la dimensión espiritual del paciente, de la cual depende el éxito de los diversos ritos.

Por otra parte, la teoría de que la enfermedad se configura por un desequilibrio entre las dimensiones físico-biológica, histórico-cultural, y natural–espiritual, así como también por desorden en la soberanía alimentaria, por mala relación con los espíritus positivos o por presión de espíritus negativos hacia el paciente. Para la cultura indígena la curación es la disminución temporal del mal, lo cual depende del equilibrio entre las dimensiones. La sanación es a nivel espiritual, en su relación o protección de los espíritus.

La medicina tradicional cuenta con una jerarquía de espíritus en la cual en primer nivel está el espíritu de la persona, en segundo las plantas medicinales, en tercer lugar, los sitios sagrados y por último, el más alto, es la madre naturaleza.

En esta jerarquía de saberes en la medicina tradicional descrita por Cardona en Patiño (2014): en el nivel más inferior están los comuneros, luego los sobanderos, luego los rezanderos y curanderos, parteras, médicos tradicionales y por último como nivel más alto está el Chaman.

3.2 El desafío para Colombia

Teniendo en cuenta que aunque en Colombia el Sistema de Salud presenta altas tasas de cobertura, no hay facilidades en el acceso a los servicios por parte de las poblaciones indígenas en comunidades dispersas, obligando a las mismas organizaciones indígenas a actuar como empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud; sin embargo hay ejemplos exitosos de mezcla de salud intercultural como el Hospital de la Guajira, en el cual hay personal médico de origen indígena, lo cual facilita la comunicación y hay ambientación física similar al hogar, lo que permite la relación con la medicina tradicional sin dejar la medicina occidental (Duarte, 2011).

La interculturalidad es una necesidad emergente en las sociedades, ha sido un proceso innato de supervivencia propio de los seres humanos ya que basado en el concepto de Alarcón (2009): “La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales”. Es por ello que la asociación de la medicina tradicional y occidental lleva a la convergencia de creencias, saberes, conocimientos y teorías del proceso salud-enfermedad, así como la concertación en cuanto a los mejores procedimientos o tratamientos de las enfermedades y los cambios en sus modelos explicativos de la enfermedad. Si bien la medicina occidental tiene sus teorías basadas en pruebas científicas, la medicina tradicional tiene sus prácticas fundamentadas en las experiencias previas de pacientes frente a un tratamiento o procedimiento.

En este contexto, surge entonces el desafío para los países en desarrollo, de implementar políticas y modelos de salud que atiendan las necesidades tanto materiales como culturales de toda su población, integrando no sólo las creencias de las mayorías, sino también incluyendo aquellos que no hablan el mismo idioma ni tienen las mismas costumbres, pero que habitan su mismo territorio y también tienen necesidades de atención en salud y calidad de vida, la salud intercultural es una realidad latente en América Latina.

A nivel país, la circular 011 de 2018 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dio paso a la inclusión de medicinas alternativas dentro de los planes de salud complementarios, similar a los sistemas de salud en países desarrollados que según la “OMS” en Mocellin (2011): 70 % a 80% de la población recurre alguna vez a una u otra forma de medicina alternativa. En países en desarrollo como los asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de la medicina tradicional para recibir atención primaria de salud, hecho que se refleja en diversos territorios con población indígena a nivel país, especialmente en poblaciones que se encuentran dispersas, así las cosas, un modelo de salud intercultural reduciría las barreras de acceso y permitiría la integración de programas de promoción y prevención con la medicina tradicional mejorando el perfil de morbi-mortalidad.

3.3. Avances del Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI en Colombia.

El Ministerio de Salud y Protección Social define el SISPI como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una

concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo.

El decreto 1973 de 2013 creó la subcomisión de salud de la mesa permanente de concertación de los pueblos indígenas y organizaciones indígenas. Esta mesa tiene como objeto orientar, formular y contribuir a la construcción e implementación de las políticas públicas de salud de los pueblos indígenas, con la participación de la comunidad y sus autoridades en las diferentes instancias de decisión; esta mesa tiene delegados de la ONIC, la OPIAC, la CIT y el AICO.

En la reunión de mesa celebrada el 13 de diciembre de 2016, los sub-comisionados de salud indígena se comprometieron a presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el texto para la expedición de una directriz dirigida a las entidades territoriales y a actores del SGSSS, de tal forma que donde halla presencia de los pueblos indígenas se apoye la implementación y construcción del SISPI (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

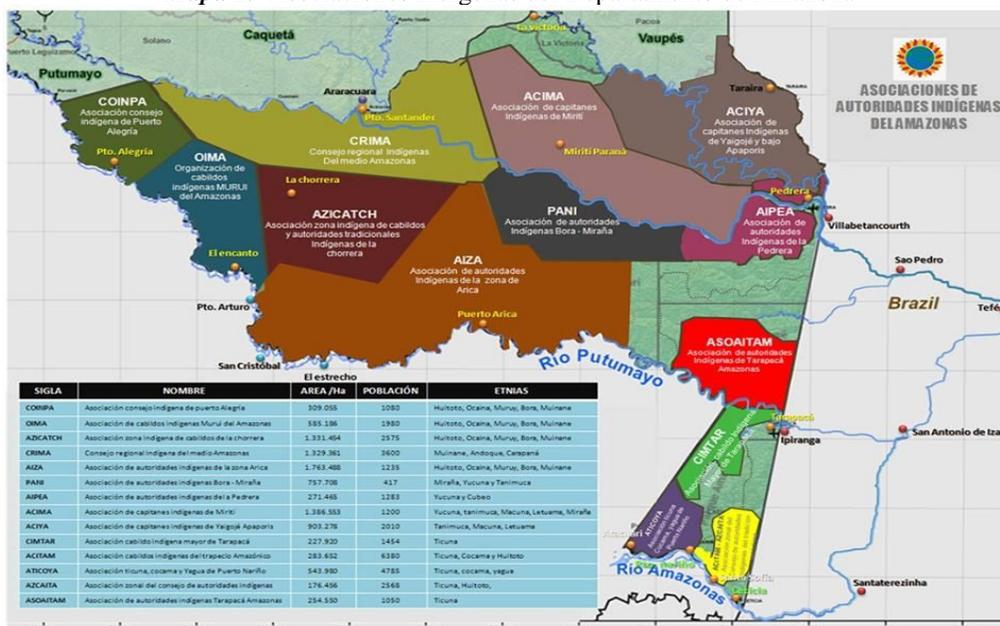
La Mesa de Concertación indígena establecida por decreto, ha venido avanzando con acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales, en la construcción de un documento guía, a ser aplicado en los departamentos en donde tengan asiento comunidades indígenas para la consolidación del SISPI en cada una de estas, integrando la Medicina Tradicional a las prácticas médicas y acciones de promoción y prevención de salud pública que se adelanta en las Políticas de Salud a nivel País.

3.4 Acciones en Salud Pública en el Departamento de Amazonas.

El Departamento de Amazonas lo conforman 2 municipios y 9 corregimientos, con una población según censo Departamento Nacional de Estadística “DANE” (DANE, 2015) de 74.541 habitantes, concentrando el mayor número de población en su capital, Leticia, con 40.673 habitantes, equivalente al 54.6% de la población.

Cada uno de los nueve corregimientos tiene una organización Indígena en su territorio, las cuales están organizadas con personería jurídica reconocida por el Ministerio del Interior y son estas las encargadas de articular las Políticas Públicas que desarrollo el Gobierno Nacional y Departamental en cada uno de sus Territorios. Para el corregimiento de Tarapacá se encuentra la Organización Indígena ASOIATAM y CIMTAR, el corregimiento de Pedrera la Organización AIPEIA, PANI y ACIYA, para el Corregimiento de Miriti la Organización ACIMA, el corregimiento de Puerto Santander CRIMA, para Puerto Alegría la Organización COINPA, el Encanto la Organización OIMA, Puerto Arica la Organización AIZA y para el Corregimiento de la Chorrera la Organización Indígena AZICATCH.

Mapa 1. Asociaciones Indígenas del Departamento de Amazona



Fuente. Plan de Desarrollo Amazonas 2016-2019.

Una de las particularidades del Departamento de Amazonas, es la marcada presencia de grupos indígenas a lo largo de todo el territorio, con usos y costumbres de la flora y fauna, y con su propia cosmovisión de lo que significa salud, medicina tradicional y enfermedades propias a sus creencias. Esta interrelación debe ser tenida en cuenta en el momento de proyectar las estrategias en salud a ser desarrolladas en cada una de estas comunidades, hecho para el cual, se ha establecido un mecanismo de concertación de acciones en salud con las distintas autoridades indígenas organizadas en el Departamento (Plan de Desarrollo Departamental Amazonas, 2012).

Los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) hacen parte de la estrategia o modelo de atención en salud conocida como Atención Primaria en Salud Renovada (Figura 3), la cual es de obligatorio cumplimiento en Colombia para la prestación de servicios de salud en todos los niveles de complejidad. Estas acciones están dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al

cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 y las propias del Plan de Desarrollo.

Figura 4. Abordaje plan de intervenciones colectivas



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social, de Salud y Protección Social,

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo.pdf>. 2015

La resolución número 518 de 2015, fijada por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que serán financiados con recursos del plan de salud pública de intervenciones colectivas de cada una de las secretarías de salud departamentales (SSDA), cuyas disposiciones serán de obligatorio cumplimiento por todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – “SGSSS” orientado en las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública de manera efectiva, coordinada y organizada entre el Gobierno y las organizaciones sociales con el propósito de alcanzar los resultados en salud, con la particularidad que estas acciones deben ser concertadas con los grupos sociales de interés, entre ellos los Pueblos Indígenas.

Mediante la ejecución de las acciones Plan de Intervenciones Colectivas “PIC”, se busca garantizar en la población en general, el pleno goce de las acciones de promoción de salud que están a cargo del Estado, realizadas en un marco de acción que contribuya a garantizar el derecho a la vida y la salud, articulando acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a minimizar las inequidades sociales, afectando de manera positiva los determinantes sociales en salud.

En este contexto, la resolución 518 de 2015 establece las acciones a cargo de las entidades territoriales en lo referente a la gestión de la salud pública y el plan de intervenciones colectivas (figura 4), en pro de que las entidades territoriales adquieran mayor capacidad de liderazgo, gobernanza y gestión de la salud en sus territorios, logrando una mayor efectividad en las acciones de salud ejecutadas y dando un manejo eficiente al uso de los recursos públicos.

Figura 5. Acciones colectivas establecidas en el PIC.



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social,

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo.pdf>. 2015.

El Departamento de Amazonas, siguiendo la normatividad vigente y los lineamientos del MPS y en cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Departamental, diseño e implementó entre las vigencias 2012 a 2017, el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, respondiendo al perfil epidemiológico y las características de la población, con una fuerte inversión de recursos económicos, pero sin lograr las metas establecidas por cada uno de los programas que conforman el eje transversal de Salud Publica en el Departamento durante los cuatro años consecutivos.

Tabla 2. Contratación de Plan de Intervenciones Colectivas 2012-2017

Año	Recursos invertidos	% metas alcanzadas
2012	\$1.071.231.089	Ejecutados, no reposan evidencias por pérdida de archivos.
2013	\$1.302.959.756,	36% de metas alcanzadas, solo se ejecutaron \$473.803.548 millones de pesos.
2014	\$1.107.515.792	69% de metas alcanzadas y 100% de recursos ejecutados.
2015	\$1.272.778.472	0% metas alcanzadas, recurso presupuestado pero no ejecutado en la vigencia 2015 aludiendo cambios en la normatividad.
2016	\$1.256.637.500	Se realizó un avance a la ESE de \$600.000.000 millones de Pesos, el contrato se encuentra en proceso de liquidación bilateral, en los informes de la ESE queda evidenciado un porcentaje de cumplimiento de metas de un 22%.
2017.		No se realizó contratación PIC.

Fuente. SSDA, 2017.

Entre los años 2012 a 2016, la Secretaria de Salud Departamental de Amazonas apropió la suma de \$6.010.394.609 para la ejecución de los PIC, sin embargo, no más del 40% de éstos recursos respondieron a las metas planteadas en la contratación, evidenciando falencias en la planeación y debilidades grandes de la ESE Departamental que año a año incumple con los procesos de contratación en lo referente a las Acciones Colectivas en Salud (Fuente SSDA, 2016).

Pese a que a nivel País, la normatividad en cuanto a la participación de los Pueblos Indígenas en el marco de la consulta previa ha tenido un avance importante, de forma tal, que se protege este derecho, solo fue hasta el año 2016 que la Secretaria Departamental de Amazonas dio inicio a los procesos de concertación de actividades en Salud Pública con las organizaciones Indígenas del Departamento, lo que dio lugar a la necesidad de formular nuevos procesos metodológicos de trabajo en salud, contemplando la cosmovisión en salud de los Pueblos Indígenas que respondan a las necesidades, particularidades y realidades en términos de acceso y goce efectivo a la Salud que brinda el Estado Colombiano a la Población en General.

Aun así y pese a la importancia de desarrollar estos procesos de concertación de Actividades de Salud Pública con las Organizaciones Indígenas, a fin de contar en las mismas con una participación comunitaria más relevante y que permita obtener mejores logros en salud, debe tenerse en cuenta que dichos procesos deben ir de la mano con la normatividad que establece el desarrollo de las mismas, de forma tal, que los resultados de los procesos de concertación estén en consonancia de lo que la norma dicta y a la vez, respondan a la cosmovisión, usos y costumbres de esta población y más importante aún, sean claros en la metodología del trabajo a desarrollar para que de esta forma, puedan ser trabajados a futuro en coordinación con la Secretaria de Salud Departamental de Amazonas.

CAPÍTULO 4

RUTA METODOLÓGICA

Los capítulos anteriores abordaron el marco conceptual y caracterización de los determinantes en salud, ejercicio que dio las bases para entrar a evaluar el conjunto de eventos que inciden en la salud y de cuya correlación se pueden determinar factores asociados al estado de salud individual y colectiva, actividades que van en la línea del objetivo planteado en la presente investigación, en la cual, se busca identificar los determinantes sociales de la salud que afectan los pueblos indígenas de la zona en donde se desarrolla el trabajo de campo, información que será relevante para la toma de decisiones en procesos de planeación integral de acciones colectivas.

Según Martínez (2008), el fin de la investigación cualitativa etnográfica, es lograr, primero, una descripción amplia y rica de los contextos, actividades y creencias de los participantes, y luego, elaborar una síntesis estructural teórica (fotografía verbal) de esa realidad con el fin de fundamentar la toma de decisiones en torno a la misma. Los diseños cualitativos intentan recuperar para el análisis, parte de esta complejidad del sujeto y de sus modos de ser y de hacer en el medio que lo rodea (Sabino, 1995).

Algunas de las herramientas más utilizadas de las que se vale el método etnográfico (Katayama, 2014), para la recolección de datos en la investigación cualitativa etnográfica son las siguientes:

- La observación: registro de lo que se ve tal y como se ve.

- La observación participante: Se forma parte de la comunidad a la vez que se observa.
- Conversación: entrevistas abiertas, Cuestionario Hablar con la gente, preguntar, observar.
- El cuestionario: permite tratar estadísticamente, pero también la dimensión cualitativa de preguntas en profundidad, discusiones abiertas.
- Historias de vida: Se hace a alguien inusualmente interesante para proveer un relato más íntimo y personal.
- Los estudios de casos: descripciones que se refieren a una única unidad maestra, bien sea una persona, grupo u organización.

Los estudios etnográficos, permiten abordar de forma sistematizada el desarrollo cotidiano y las características culturales de los grupos sociales, de tal forma, que permite realizar el análisis de los comportamientos, prácticas y creencias, para luego, categorizarlos en función de las características propias de cada una de las temáticas planteadas en el estudio.

La presente investigación, se desarrolló bajo los parámetros de estudio de tipo cualitativo etnográfico, en la cual, se realizó una recopilación de información, mediante ejercicios en grupos de discusión, empleando la tradición oral e historias de vida, descripción profunda y completa de eventos, situaciones, imágenes mentales, interacciones, percepciones, experiencias y creencias, de las distintas personas que acompañaron el desarrollo del trabajo, toda vez, que los procesos de transmisión de saberes de las comunidades indígenas, se da en la base de la oralidad en espacios de reunión en la Maloca, sitio de encuentro sagrado para la socialización de los conocimientos.

Los grupos de discusión constituyen una técnica cualitativa especialmente utilizada tanto en el estudio de mercados como en la investigación social (Vallés, 1.999). La discusión grupal, permite la obtención de información relevante de las representaciones simbólicas de los fenómenos sociales propios.

4.1. Identificación de población y selección de muestra

El trabajo de campo se realizó en el Departamento de Amazonas, específicamente en el Corregimiento de La Chorrera (mapa 2). A este Corregimiento se puede llegar por vía aérea, por vuelos realizados cada quince días por la Aerolínea estatal Satena, o por vuelos fleteados esporádicamente en actividades de comercio. El valor del pasaje puede llegar a oscilar entre los \$300.000 mil pesos a \$400.000 mil pesos, suma que es difícil de conseguir por gran parte de la población del corregimiento que viven de labores extractivitas, la caza, la siembra y la pesca. El trayecto fluvial desde el Corregimiento a la ciudad de Leticia en embarcaciones de porte mediano, puede tardarse entre 12 a 16 días, ruta que es utilizada para el comercio de mercancías, víveres en general y combustible.

Mapa 2. Ubicación del Corregimiento de La Chorra.



Fuente: Plan de Desarrollo turístico del Amazonas, 2012.

Las características de ubicación geográfica del Corregimiento de La Chorrera, imponen un contexto particular en las prácticas culturales de la medicina propia, usos y costumbres, creencias y formas de ver y tratar la enfermedad, toda vez, que aunque se cuenta con un puesto de salud que pertenece a la ESE Hospital San Rafael, este carece continuamente de insumos médicos y personal. El puesto de salud, se encuentra en el casco urbano del corregimiento, por lo cual, las comunidades que están dispersas no cuentan con este servicio en su zona.

La Población que participó en el desarrollo del trabajo de investigación pertenece a la Asociación Indígena AZICATCH, en donde se ubican 4 grupos étnicos: Uitotos, Boras, Ocaina y Muinane, del Corregimiento de la Chorrera. De cada Pueblo Indígena, participaron 4 cabildos en el levantamiento de la información, y dentro de los criterios de inclusión se tuvo: los

participantes residen en los cabildos que hacen parte de AZICATCH, el nivel de autoridad y posición de conocimientos relacionado con salud dentro de la comunidad indígena a la que pertenece. En las actividades participaron 40 personas entre médicos tradicionales, parteras, agentes de salud, ancianos sabedores y autoridades tradicionales.

4.2. Recolección y análisis de datos

Toda vez que esta investigación se desarrolló a través del tipo de estudio cualitativo etnográfico, para la recolección y el análisis de datos, se organizaron grupos de discusión, conformados por personas de las comunidades que trabajan y apoyan los procesos del cuidado de la salud en cada una de ellas y se programaron dos sesiones de trabajo de 7 horas cada una. Estas personas, son las que están reconocidas por la comunidad y las autoridades indígenas en el desarrollo de actividades de prácticas del cuidado de la salud en cada uno de los sitios donde viven, poseen conocimiento en medicina natural, cuidado y atención de partos. De igual forma, participaron los agentes de salud, que son las personas encargadas de realizar acciones de grupo para la prevención de enfermedades comunitarias, como malaria, intoxicaciones alimentarias o enfermedades respiratorias o diarreicas en los niños.

La captura de datos se realizó en un taller dirigido efectuado entre los días 7 y 8 de noviembre del año 2017, en el casco urbano del Corregimiento de la Chorrera, en el cual participaron los médicos tradicionales de los cuatro pueblos indígenas de la zona, las parteras, los agentes de salud y las autoridades indígenas, actividades que fueron registradas con evidencia fotográfica. Para la realización del mismo, se estructuró un guión temático de preguntas

abiertas, describiendo para cada caso, la información solicitada, como se relaciona en la tabla 2. En la etapa inicial de esta sesión, se socializaron los temas a discutir, con el objeto de que los participantes los conocieran y dieran sus observaciones, y así, realizar los ajustes necesarios de lo que pudiese ser incomprensible.

Foto 1. Realización de taller dirigido día 7 de noviembre de 2017.



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

Foto 2. Realización de taller dirigido día 8 de noviembre de 2017.



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

Foto 3. Mesa redonda para realizar actividad de dialogo de saberes en salud.



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

Los determinantes sociales desarrollados en el presente trabajo, guardan relación con los establecidos por la OMS, como resultado de la reunión Adelaida, identificando aspectos culturales, poblacionales, ambientales, territoriales, político-organizativos y sumados a estos, los relacionados con estructuras propias de salud de las organizaciones indígenas asentadas en el Corregimiento de la Chorrera, los cuales se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Información determinantes sociales recolectada en campo.

Determinantes desarrollados	Fuente	Descripción
1. Aspectos culturales del Pueblo Indígena.	La información se obtiene del Plan de vida, relatos de los abuelos.	Se describe los aspectos culturales relevantes de los Pueblos asentados en el Corregimiento de La Chorrera.
2. Cosmovisión del Origen de los Pueblos Indígenas.	La información se obtiene del Plan de vida y relatos.	Se relatan las creencias que dan origen al Origen de los Pueblos Indígenas y sus clanes.

3. Ubicación geográfica de la Organización AZICATCH	Los participantes en el Taller realizan mapas de ubicación y límites de su corregimiento. .	Se identifica la ubicación geográfica de la Organización Azicatch y sus comunidades.
4. Cosmovisión del territorio, mitos e historias	La información fue suministrada a manera de relatos en el taller y complementada con el Plan de vida	Concepto de los pueblos indígenas del Territorio, se describe la relación con el mismo.
5. Calendario ecológico	Se explican en la reunión cómo funcionan los calendarios ecológicos y se complementa con el Plan de vida.	Se obtiene la gráfica del calendario con la explicación relacionada con las fases y estados de salud.
6. Problemas ambientales	Estas actividades fueron realizadas en el marco del taller participativo con los médicos tradicionales, parteras y autoridades indígenas.	Se Identificaron las problemáticas ambientales que se presentan en la zona.
7. Descripción de viviendas		Se Caracterizaron las viviendas en general.
8. Espacios de agricultura tradicional		Se realizó una descripción de la Chagra
9. Espacios naturales de recolección de productos para subsistencia.		Se describieron las actividades que permiten la colecta de alimentos y la casería
10. vías y medios de comunicación, rutas naturales de acceso.		Se identificaron las principales vías de comunicación entre las comunidades
11. Distancias desde la comunidad hasta el centro poblado de la asociación.		Se establecieron los tiempos de desplazamiento entre las comunidades y el casco urbano del Corregimiento.
POLITICO ORGANIZATIVO		
12. Descripción de la forma organizativa de las Asociaciones de Autoridades tradicionales indígenas de Amazonas AATIS.	Taller Dirigido	Se realizó una descripción de la organización indígena, como funcionan y se describe su forma de interacción con la comunidad
13. Identificación de los espacios tradicionales de participación social.		Se describieron los espacios de participación social y toma de decisiones de las comunidades y autoridades indígenas
14. Identificar los espacios físicos disponibles para el desarrollo de procesos administrativos.		Se realiza una relación de los espacios a nivel de infraestructura con la que se cuenta para el desarrollo de actividades y tareas administrativas
ESTRUCTURAS PROPIAS DE SALUD		
15. Concepto salud y buen vivir de los pueblos indígenas	Taller dirigido. Trabajo de identificación de determinantes en Salud con los médicos tradicionales, las parteras, agentes de salud y Autoridades Indígenas.	Los participantes de acuerdo a sus conocimientos, usos y costumbres dan su definición de Salud.
16. Percepción desde lo Propio de lo que se concibe como enfermedad.		Se describe la percepción de lo que es enfermedad para la

		cultura indígena, como se aborda la misma.
17. Enfermedades más Frecuentes		Se establecen las principales enfermedades que se presentan en la zona, en niños y en adultos.
18. Caracterización de médicos ancestrales y agentes propios en salud.		Se describen las actividades, conceptos, usos y costumbres de los Médicos Tradicionales.
19. Identificación de estructura organizativa de los sabedores y agentes en salud propia.		Se hace una relación de las personas que desarrollan actividades de salud en las comunidades.
20. Actividades que adelantan las estructuras organizativas de los sabedores		Se describen las actividades que adelantan en el territorio las autoridades indígenas y el personal de la zona que realizan tareas de salud.

Fuente, M. Barbosa, O. Arteaga. D. Albornoz. 2017.

Ya con los determinantes a trabajar establecidos, el moderador propuso a los grupos de discusión, uno a uno los determinantes a desarrollar, explicando el interés de establecer los mismos y la mecánica de grupo a seguir. Cada uno de los grupos de las comunidades que participaron en los talleres dirigidos, desarrollo los determinantes planteados a modo de pregunta, hecho que dio paso a promover la interacción grupal y caracterizar los determinantes que están asociados a la salud en la zona, incluyendo factores propios de la enfermedad y elementos materiales asociadas a la misma.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo, se presentan en el orden de las actividades planteadas en la metodología, de tal forma, que se hizo posible abordar los determinantes sociales de la salud que pueden estar asociados a los procesos de planeación en salud, como aspectos culturales, poblacionales, ambientales, territoriales, político organizativo y las estructuras propias de salud. Con esta información, se establecieron conceptos en salud intercultural, propias de los usos y costumbres de los Pueblos Indígenas de la zona de estudio.

Como primera actividad, se realizó en el sitio de Maloca, un proceso de concertación de las actividades a trabajar en campo en la zona de casco urbano del corregimiento de La Chorrera. Dicha concertación, contó con la presencia del dueño de la maloca, abuelo Manuel Safiama Casiano, y las autoridades indígenas de la Organización AZICATCH, el presidente Carlos Botyay y el Secretario de Salud Harrison Seoneray. Por tradición cultural, las reuniones de concertación se llevan a cabo en espacios nocturnos, ya que se realizan ritos de sanación de las actividades a desarrollar, acompañados de los elementos sagrados que son el ambil, el cual es hecho a base de hojas de tabaco y el mambe, que es hecho a base de hojas de coca.

Foto 4. Concertación en la Maloca con autoridades Indígenas.



Fuente: (M. Barbosa, 2017)

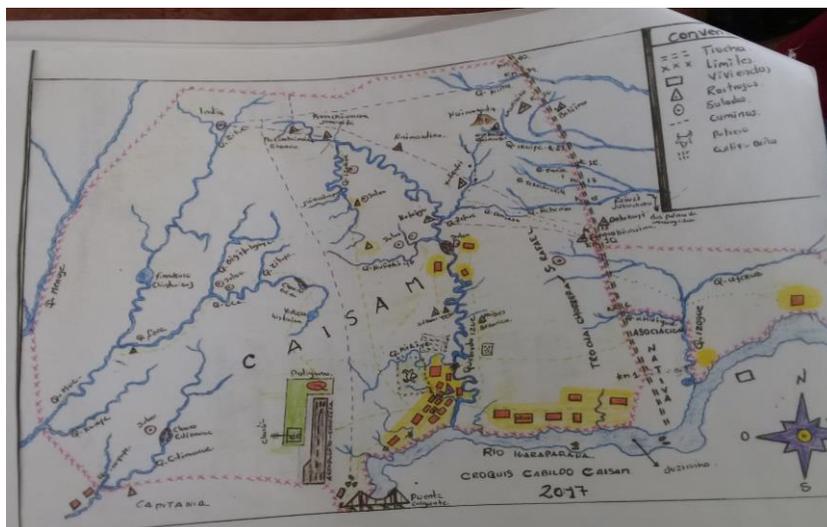
Una vez socializada la actividad en el espacio de Maloca y con el visto bueno de las autoridades indígenas de la organización, se realizó un taller dirigido por un espacio de dos días (7 y 8 de noviembre de 2017), que contó con la participación de 40 personas de las diferentes comunidades y pueblos indígenas, entre los cuales se encontraban los médicos tradicionales, parteras, ancianos sabedores, agentes de salud y autoridades tradicionales de los distintos cabildos.

Foto 5. Talleres dirigidos con médicos tradicionales, parteras,
Agentes de salud y autoridades tradicionales



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

Foto 6. Desarrollo de actividad ubicación geográfica, mapa Corregimiento de Chorrera.



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

Con la realización de los talleres y actividades dirigidas, se logró la caracterización de los diversos determinantes en salud relacionados en la tabla número 3. Lo anterior, fue posible gracias a la participación activa de las personas que asistieron al evento, hecho que permitió realizar una caracterización y colecta de información ajustada a la realidad de las comunidades y pueblos indígenas del territorio de estudio. A continuación, se desarrolla cada uno de los ítems evaluados en la tabla número 3.

5.1. Aspectos culturales del Pueblo Indígena.

5.1.1 Cosmovisión del Origen de los Pueblos Indígenas.

Mediante entrevista oral en el espacio de la Maloka con el abuelo sabedor Manuel Safiama, se hizo el relato de la concepción Indígena acerca del origen de los Pueblos, presentando la siguiente creencia. “...El padre creador, **Moo - Y+ra Buinaima**, con su sabiduría estableció la abundancia, para alimentar a toda la humanidad y no aguantar más hambre. Para cumplir este propósito, tomó el nombre de Monifue Buinaima y con el deseo de materializar la abundancia, tragó el aire que contiene olores, sabores, colores, sonidos, viento, rayo, y todo lo que existe en la tierra, pero no logró digerirlo, ya que el aire le quemó en su cuerpo porque lo que tragó era muy caliente, no resistió tanta energía; por eso Monifue Buinaima, casi muere, y tuvo que vomitar y eructar en un lugar donde su mujer Monifue Buinaiño, había preparado abono con una hoguera (huerto o chagra). De ese huerto germinó toda clase de árboles frutales que existen en la tierra; ellos distribuyen las plantas, para cuidarlos según su capacidad; a Monifue Buinaima como hombre, le correspondió cuidar dos plantas muy celosas y delicadas que son: el tabaco como símbolo de Moo, lo divino, lo espiritual y la coca, símbolo de lo humano; en la complementariedad de estos dos símbolos está el poder del cuidado, y a Monifue Buinaiño, como mujer, le entregó, especialmente la yuca dulce como símbolo de armonía entre lo espiritual lo humano, para calmar la ira con el ají, y con el maní y maraca, y otros, simbolizó el trabajo; por eso es madre tierra y madre de abundancia. De esta manera, quedaron distribuidos los trabajos

para la abundancia, con el complemento de la mujer y el hombre” (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

Esta creencia se socializa en los espacios de Maloca por parte de los abuelos a los demás miembros de la comunidad, y son usadas en los bailes y celebraciones típicas y está arraigada en la identidad cultural de la zona. El concepto de forma de vida, ha sido un conjunto de prácticas en las que se relacionan la forma física y espiritual, diferentes actores que dinamizan fuerzas para mantener un equilibrio natural y tradicional en los espacios de tipo social y ambiental en las comunidades indígenas actuales.

Bajo la concepción indígena, los sabedores tradicionales cuentan con un poder otorgado en un principio por el padre creador Moo Buinaima, y utilizan instrumentos naturales que sirven para relacionarse con las personas y los espíritus de la cultura de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce – HTCyYD. En este contexto cultural, las comunidades creen en la práctica de una medicina natural, siendo esta, la primera consulta que se realiza cuando se presenta una enfermedad en el contexto familiar.

La Organización Indígena AZICATCH tiene una representación simbólica que identifica los usos, costumbres y conocimientos en la zona, dicho símbolo recoge la representación del hilo de la vida para convivir como verdaderos seres humanos concebidos por el creador, que está reflejado en la perfección de la vida espiritual, de la palabra y de la obra.

Figura 6. Símbolo de las criaturas del tabaco, coca y yuca dulce



Fuente: (AZICATCH, 2017)

El centro de la figura, los colores café y naranja, simbolizan el aire de vida, alrededor del aire de vida, está la rama que integra la hoja de tabaco (lo divino), de la coca (el hombre) y de yuca dulce (la mujer), y termina en una mano sosteniendo el símbolo de la justicia. La figura en general, representa la vida, que solamente es posible en el territorio en toda su dimensión. La imagen de tabaco, la coca y la yuca dulce inmersos en el aire de vida, es la armonía entre el creador, la naturaleza y el hombre. La corona simboliza la autoridad, que debe tener la palabra dulce que está representado en la totuma, este símbolo es la imagen objetiva de la sociedad para cumplir con la misión de ser un “buen abuelo”, orientados por el plan de vida (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

5.1.2 Pueblo Okaina

El Pueblo Okaina fue fundado en el año de 1988 por el señor Romualdo Toikemuy y el cacique Ángel Funoratofe con el nombre de cabildo Puerto Colombia, luego la comunidad en el año 1994 cambio su sigla o nombre a Coripor recogiendo tres comunidades indígenas (Colombia, Puerto Rico y Porvenir), con el cacique Ángel Funoratofe y el gobernador José Pablo Waroke. En el año 2001, cambia el nombre de la comunidad al de OCIM (Organización cabildo indígena del Manaje), la cual sigue vigente bajo la ley 89 de 1890.

5.1.3 Pueblo Uitoto

Esta comunidad fue fundada el 23 de agosto del año 1966 por el señor Mariano Ñeñetofe y fue declarada como cabildo indígena el 23 de diciembre de 1994, con el nombre de CIMAI, actualmente, este cabildo hace parte de la organización AZICATCH.

5.1.4 Pueblo Muinane

El Pueblo Muinane fue fundado en el año 1947, asentándose en la comunidad de Capitanía, y su creación fue promovida por los misioneros capuchinos. El fundador fue el abuelo Fernando Paki y la comunidad estuvo conformada inicialmente por 20 familias con un total de 200 habitantes. El cabildo se encuentra ubicado al margen del río Cahuinari a 56 km del

corregimiento de la Chorrera. El gran resguardo predio putumayo fue entregado el 23 de abril de 1988 con resolución 030 del mismo año.

5.1.5 Cabildo indígena de centro chorrera

En el año 1995 se funda el cabildo Centro Chorrera, siendo el primer Gobernador Indígena el señor Carlos Botyay Carvajal. Este cabildo es el encargado de realizar la administración de los recursos de Sistema General de Participaciones que gira el gobierno nacional para cubrir gastos en educación y salud de las comunidades indígenas.

5.2 Ubicación geográfica de la Organización AZICATCH

Las comunidades que integran la Organización AZICATCH, se encuentran ubicadas al margen del río Igara-paraná. Para poder trasladarse o comunicarse a la cabecera corregimental, se utiliza principalmente la vía fluvial, toda vez que las distancias a recorrer son largas, y de hacerlo por trochas, llevarían varios días de camino, tan es así, que las comunidades que se encuentran más alejadas, podrían tardarse hasta 15 días en la realización de dichos recorridos, con todos los peligros que implican transitar en selva densa. Las comunidades indígenas hacen referencia a los sectores río arriba (norte) y río abajo (sur), de acuerdo a la ubicación de la comunidad con respecto al casco urbano del corregimiento de la Chorrera y de esta forma, agrupan los asentamientos por sectores.

Sector del rio abajo

Cabildo Vista Hermosa, Cabildo Milán, Cabildo Cair, Cabildo Okaina, Cabildo Mue, Cabildo Ocim, Cabildo Providencia, Cabildo providencia Nueva, Cabildo Petani, Cabildo Cris y Cabildo de Lago Grande.

Por el sector del rio arriba

Cabildo san Francisco, Cabildo San Antonio, Cabildo Asociación Nativa y el Cabildo de Santa Rosa.

Mapa 3. Delimitación Corregimiento de La Chorrera.



Fuente. (IGAC, 2013)

5.2.1 Concepto de territorio

El territorio bajo la concepción propia, parte de la creencia que se encuentra bajo la guardia y protección del padre creador Moo Uai, quien desde el origen encomendó la misión de

cuidar, respetar la naturaleza y las criaturas existentes en ella. Cada territorio tiene su espíritu protector y cada ser que la habita tiene una madre protectora. El respeto es el principio de la convivencia armónica entre el hombre y la naturaleza. Con este pensamiento los jefes de cada clan junto con los espíritus administran su territorio (Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera, 2004).

En procura de la legitimación del reconocimiento que da el estado a las culturas indígenas, específicamente a la propiedad sobre sus territorios, conlleva a que se reorganicen las estructuras actuales siempre con el cuidado especial de no ir en contra de las leyes de origen de cada uno de los pueblos ni del ordenamiento existente.

5.2.2 Cosmovisión del territorio, mitos e historias

Mediante relatos, los asistentes al taller realizaron la caracterización del concepto de territorio, de acuerdo a sus creencias y cosmovisión de la creación del mismo; de este ejercicio, se desprenden los siguientes relatos. “Toda la sabiduría fue entregada al primer hombre por el Padre creador, esta sabiduría fue transmitida a través de la palabra del Tabaco la Coca y la Yuca dulce a través de lo que ellos denominan la Palabra o Aire de Vida”.

Desde el principio el conocimiento de cómo la forma de vida ha sido un conjunto de prácticas, en la que se relaciona de forma física y espiritual diferentes actores que dinamizan fuerzas para mantener un equilibrio natural y tradicional en los espacios de social y ambiental en las comunidades indígenas actuales. Los sabedores tradicionales indígenas con el conocimiento tradicional otorgado en un principio por el padre creador Moo Buinaima mediante la utilización

de instrumentos naturales, que les sirven para relacionarse con las personas y los espíritus de la cultura de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce – HTCyYD. De esta forma podemos darnos cuenta que nuestra formas del cuidado de la salud es un conjunto integral de prácticas en el cuidado de la salud.

Foto 7. Abuelo en espacio de maloca

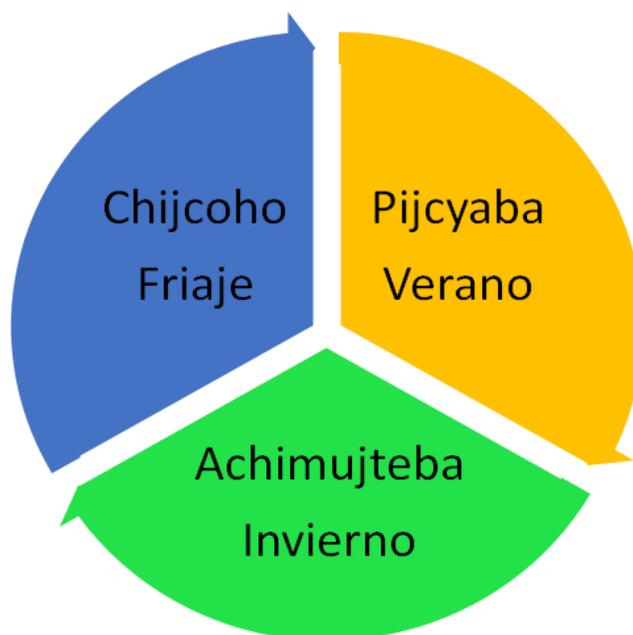


Fuente: (AZICATCH, 2012)

5.2.3 Calendario ecológico

Para el hombre indígena existe tres grandes épocas que marcan el calendario étnico, cada una se relaciona con las diferentes cosechas y enfermedades según la época del año, contemplando el invierno, verano y tiempos de vientos fríos a las que llaman comúnmente como friaje.

Figura 7. Estaciones climáticas marcadas en el calendario ecológico



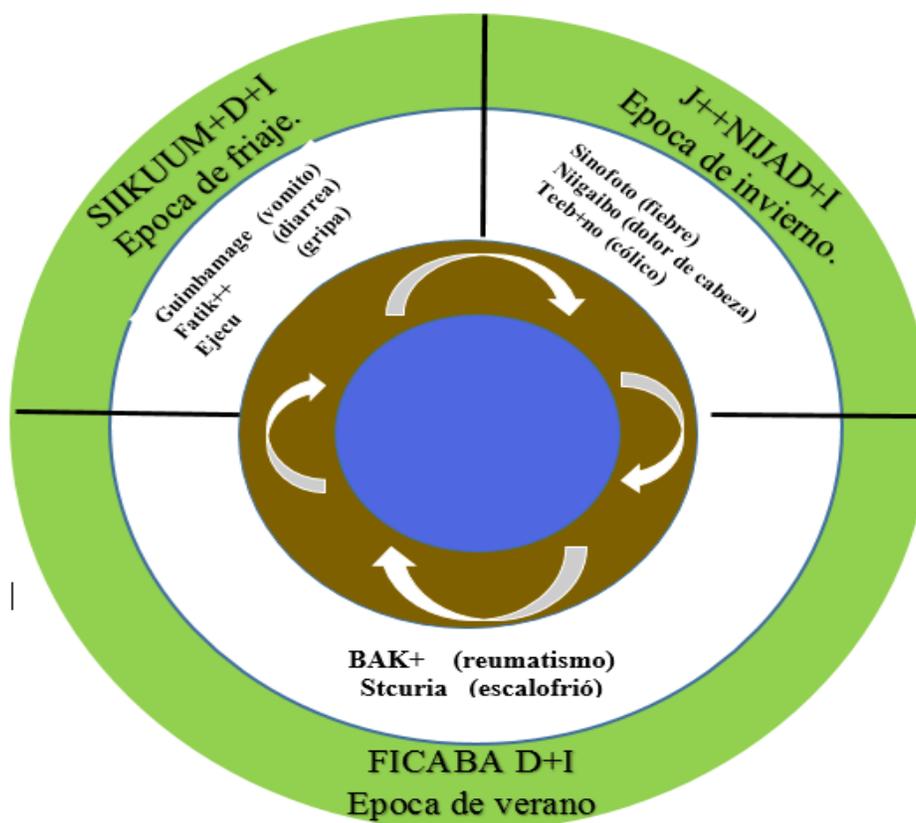
Fuente: (AZICATCH, 2017)

Como se puede apreciar, estos calendarios manejan estaciones de tiempo de acuerdo con la época de lluvias (invierno) y la época de sequía (verano), épocas que inciden de manera directa en factores ambientales y en las actividades de cosechas, caza, pesca, plantaciones, disponibilidad de alimentos y brotes de enfermedades.

Para cada momento y espacio, están señaladas las enfermedades que se pueden dar y las diversas maneras de proceder de las comunidades para contrarrestarlas o evitarlas. Las comunidades indígenas del corregimiento de la Chorrera, en los últimos años han venido recuperando el calendario ecológico tradicional en salud, como una medida de organización y

prevención de las eventuales enfermedades, y así mismo programar las actividades y rituales a celebrar en cada comunidad en los diferentes periodos de tiempo, como método preventivo en pro de mejorar las condiciones de salud de todos sus habitantes.

Figura 8. Calendarios ecológico Muinane marcando estaciones y enfermedades



Fuente: (AZICATCH, 2017) , Epoca de friaje, vomito diarrea, gripa fiebre, dolores de cabeza colico escalofrío

Los calendarios ecológicos, se mantienen a través de los años de acuerdo a los conocimientos de los fenómenos que suceden en cada época del año. De esta forma, ya se sabe que la estacionalidad del río en creciente y bajada trae algunas enfermedades propias como el

paludismo, las diarreas o los problemas de piel. Esta información se utiliza para preparar a la comunidad ante las situaciones que se esperan, y tomar los cuidados en salud para cada caso.

5.3 Problemas ambientales

El corregimiento de Chorrera no presenta actividades de tipo extensivo agrícolas y ganaderas que se han incrementado en otras partes de la Amazonía, como cultivos de palmas de aceite y zonas extensivas de levante y cría de ganado. En el territorio, se maneja una agricultura implantada principalmente en las vegas de los ríos, por ser las zonas relativamente más fértiles y en zonas altas donde se realizan los cultivos a los que se llaman chagra, en los que se siembran principalmente Yuca, Plátano y Frutales. El problema ambiental que se presenta con mayor frecuencia, está ligado a la práctica de la pesca con la utilización del barbasco, reiterándose siempre en los espacios de Maloca, que no se debe utilizar este sistema, por que contamina el agua y puede matar otras especies.

En el casco urbano del corregimiento de Chorrera, la contaminación está dada por residuos sólidos como plásticos, botellas, icopor, latas, que son producto del consumo de alimentos y bebidas comerciales. Sin embargo, a nivel de casco urbano se cuenta con sistema de recolección de residuos sólidos, y estos son depositados en botadores con sistemas de rellenos. A continuación, se exponen las matrices de riesgos ambientales de a cada uno de los Pueblos Indígenas de la Zona, en el marco del trabajo interdisciplinario de las diferentes Secretarías que maneja la Organización AZICATCH, en este caso, con la secretaria de Medio Ambiente.

Gráfica 1. Matriz Problemas ambientales pueblo Bora.

PUEBLO: BORA Actividades o situaciones	Manifestación		Frecuencia		Dinámica		Cálculos		Calificación	
	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Suma	Promedio	Rango	Grado
Disposición Residuos líquidos (agua sucia)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Disposición Residuos solidos (basuras)	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Aumento demanda madera comercio	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Aumento de pesca por demanda externa (blancos)	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Aumento de cacería por demanda externa (Blancos)	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Aumento de extracción madera por demanda externa	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Bajo
Violación normas tradicionales de manejo	Actual	5	Ocasional	3	En disminución	1	9	3,0	3	Media
Uso de químicos pesca	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Bajo
Violación restricciones tradicionales de uso	Actual	5	Ocasional	3	En disminución	1	9	3,0	3	Media
Afectaciones por situación de orden público	Pasado	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Bajo
Minería	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Bajo
Potrerización (Fincas,	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Bajo
Aumento de chagra por demanda externa (blancos)	Pasado	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Bajo
Aumento de chagra por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de pesca por demanda interna	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Aumento de cacería por demanda interna	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto

Fuente: (AZICATCH, 2017)

Gráfica 2. Matriz Problemas ambientales pueblo Muinane.

PUEBLO: MUINANE Actividades o situaciones	Manifestación		Frecuencia		Dinámica		Cálculos		Calificación	
	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Suma	Promedio	Rango	Grado
Disposición Residuos líquidos (agua sucia)	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Disposición Residuos sólidos (basuras)	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Aumento demanda madera comercio	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Aumento de pesca por demanda externa (blancos)	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Aumento de cacería por demanda externa (Blancos)	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Aumento de extracción madera por demanda externa	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Violación normas tradicionales de manejo	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Uso de químicos pesca	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Violación restricciones tradicionales de uso	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Afectaciones por situación de orden público	Pasado	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Baja
Minería	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Potrización (Fincas,	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Aumento de chagra por demanda externa (blancos)	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Aumento de chagra por demanda interna	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Aumento de pesca por demanda interna	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media
Aumento de cacería por demanda interna	Pasado	3	Habitual	5	No ocurre	0	8	2,7	3	Media

Fuente: (AZICATCH, 2017)

Gráfica 3. Matriz Problemas ambientales pueblo Okaina

PUEBLO: OKAINA Actividades o situaciones	Manifestación		Frecuencia		Dinámica		Cálculos		Calificación	
	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Suma	Promedio	Rango	Grado
Disposición Residuos líquidos (agua sucia)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Disposición Residuos sólidos (basuras)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento demanda madera comercio	Potencial	1	Ninguno	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Bajo
Aumento de pesca por demanda externa (blancos)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de cacería por demanda externa (Blancos)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de extracción madera por demanda externa	Actual	5	Ocasional	3	En aumento	5	13	4,3	4	Alta
Violación normas tradicionales de manejo	Potencial	1	Ninguno	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Uso de químicos pesca	Pasada	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Baja
Violación restricciones tradicionales de uso	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alta
Afectaciones por situación de orden público	Actual	5	Ocasional	3	En disminución	1	9	3,0	3	Media
Minería	Potencial	1	Ninguno	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Potrización (Fincas,	Pasada	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Baja
Aumento de chagra por demanda externa (blancos)	Actual	5	Habitual	5	Estable	3	13	4,3	4	Alta
Aumento de chagra por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de pesca por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de cacería por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto

Fuente: (AZICATCH, 2017).

Gráfica 4. Matriz Problemas ambientales pueblo Uitoto.

PUEBLO: UITOTO Actividades o situaciones	Manifestación		Frecuencia		Dinámica		Cálculos		Calificación	
	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Tipo	Calificación	Suma	Promedio	Rango	Grado
Disposición Residuos líquidos (agua sucia)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Disposición Residuos sólidos (basuras)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento demanda madera comercio	Actual	5	Ocasional	3	En aumento	5	13	4,3	4	Alto
Aumento de pesca por demanda externa (blancos)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de cacería por demanda externa (Blancos)	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de extracción madera por demanda externa	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Violación normas tradicionales de manejo	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Uso de químicos pesca	Pasado	3	Ocasional	3	No ocurre	0	6	2,0	2	Bajo
Violación restricciones tradicionales de uso	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	4	Alto
Afectaciones por situación de orden público	Pasado	3	Ocasional	3	En disminución	1	7	2,3	2	Baja
Minería	Potencial	1	Ninguna	0	No ocurre	0	1	0,3	1	Muy Baja
Potrerización (Fincas,	Actual	5	Ocasional	3	Estable	3	11	3,7	3	Media
Aumento de chagra por demanda externa (blancos)	Actual	5	Habitual	5	Estable	3	13	4,3	4	Alto
Aumento de chagra por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de pesca por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto
Aumento de cacería por demanda interna	Actual	5	Habitual	5	En aumento	5	15	5,0	5	Muy Alto

Fuente: (AZICATCH, 2017)

De las matrices se desprende a manera de conclusión general, que en el corregimiento no se presentan problemáticas graves a nivel de contaminación del medio ambiente, por el contrario, los pueblos indígenas de la zona vienen realizando tareas de preservación y cuidado del mismo.

5.3.1. Descripción de viviendas

En los procesos de Planeación Integral en Salud, la vivienda juega un papel importante como barrera mecánica en la prevención de enfermedades de tipo transmisibles por vectores,

especialmente, en las zonas de bosque, ambiente propicio para la proliferación de los mismos. Enfermedades como Malaria, Leishmaniosis, Chagas, y Dengue, pueden tener un porcentaje alto de disminución del riesgo de enfermarse si la vivienda cuenta con una buena infraestructura que impida el acceso de vectores al interior de las mismas.

En lo referente a los espacios de vivienda, la obra más importante es la Maloca tradicional. De acuerdo a los datos que maneja la AZICATCH, se cuenta con 38 Malocas con capacidad de alojamiento de 300 personas, estas malocas son construidas a base de materiales de la región, y son utilizadas para los bailes tradicionales, reuniones nocturnas, curaciones y transmisión de conocimiento a la nueva generación, procesos de concertación, y demás actividades que sean de importancia para las comunidades.

Foto 8. Maloca Tradicional ubicada en el centro poblado de la Chorrera.



Fuente: (AZICATCH, 2017)

Las viviendas individuales de las comunidades están construidas con materiales de la región; los pisos se hacen de la madera extraída una palma llamada Yaripa, para levantar las paredes emplean la misma palma. La cubierta del techo es revestida con hojas de palma de Karana, amarradas con bejucos y listones.

Foto 9. Construcción de vivienda típica.



Fuente: (AZICATCH, 2017)

5.3.2 Espacios comunitarios

El espacio comunitario de mayor importancia para las comunidades indígenas lo representa la Maloca, lugar donde se hacen las reuniones, bailes, fiestas, y demás actividades. En cada una de las comunidades se cuenta con unos salones de clases donde se imparten las cátedras correspondientes a los grados de primaria. De igual forma, se cuenta con un espacio físico para el puesto de salud, en donde se realizan actividades de información y educación en salud.

5.3.3 Espacios de agricultura tradicional

El espacio de agricultura tradicional de mayor importancia es la chagra, cultivada por familias o clanes. Para establecer este cultivo, primero se escoge el terreno donde se van a realizar las labores de siembra, el cual generalmente, puede alcanzar la dimensión de una hectárea. Luego, se programa una minga con la participación de los clanes que habitan en la comunidad, para hacer la tala del bosque y la posterior quema en la zona de tala. Cuando el terreno ya está listo, se hace la siembra de las semillas que la comunidad tiene para estos cultivos, y el mantenimiento del mismo pasa a ser familiar.

Foto 10. Zona de cultivo a la que se le llama Chagra.



Fuente: (AZICATCH, 2017)

5.3.4 Espacios naturales de recolección de productos para subsistencia.

La zona de selva, es el espacio de mayor relevancia para la actividad de colecta de productos para la subsistencia, toda vez que en ella se realizan actividades de caza de animales silvestres, colecta de frutos, pesca en riachuelos y humedales.

Foto 11. Zona de selva densa, utilizada para la caza y la pesca.



Fuente: (M. Barbosa, 2017).

5.3.5 Vías y medios de comunicación, rutas naturales de acceso.

Las comunidades del corregimiento de la Chorrera, tienen una marcada dispersión geográfica a lo largo del curso del río Igara-paraná. Para poder trasladarse o comunicarse a la cabecera corregimental, se utiliza principalmente la vía fluvial, aunque las comunidades más cercanas al centro poblado se desplazan por trochas.

El principal medio de transporte es la canoa; algunos botes de madera de mayor porte pueden empotrar en su estructura un motor de baja revolución al que se le llama “peque peque”, llamado así, por el sonido particular que produce al estar encendido.

Existen algunas trochas trazadas que comunican un corregimiento a otro, como es el caso de la trocha que va del corregimiento de Chorrera al Corregimiento de San Rafael y de Chorrera a Puerto Santander. Sin embargo, los desplazamientos pueden durar entre 9 a 12 días, dependiendo de las condiciones del clima, sumado al cuidado que se debe tener, ya que la selva densa resulta peligrosa por la presencia de animales salvajes y culebras venenosas.

El casco urbano del corregimiento de Chorrera cuenta con una pista de aterrizaje, que recibe los vuelos procedentes de la ciudad de Leticia y de San José del Guaviare. La empresa que vuela al corregimiento de Chorrera es Satena, la cual tiene una frecuencia de 15 días para hacer las rutas. Algunas veces y de acuerdo al número de pasajeros, entran avionetas pequeñas o aviones para la carga de pescado.

Foto 12. Avioneta que cubre la ruta Leticia – La Chorrera.



Fuente: (M. Barbosa, 2017).

5.3.6. Distancias desde la comunidad hasta el centro poblado de la asociación.

El río Igara-Parana tiene una longitud es de 12.800 kilómetros, hasta su desembocadura en el río Putumayo, cerca al corregimiento de Puerto Arica. Durante el invierno, se hace favorable la navegación para las lanchas que transportan víveres desde Leticia a La Chorrera, y pueden demorarse aproximadamente 15 días en el recorrido. El desplazamiento al corregimiento más cercano que es San Rafael puede tomar un tiempo promedio de dos días en deslizador con un motor mayor a 40 revoluciones. Los tiempos relacionados anteriormente, muestran lo difícil que resulta desplazarse en la zona, ya sea por vía aérea o fluvial, aun mas, ante una eventualidad que se presente en salud y un paciente tenga que ser trasladado de urgencia.

El desplazamiento desde las comunidades hasta el puesto de salud que se encuentra ubicado en el casco urbano del corregimiento de Chorrera, generalmente se hace en motores llamados por las comunidades como “Peque Peque”, toda vez, que este tipo de motores permite navegar largos trayectos con poco consumo de combustible, sin embargo, no desarrollan mucha velocidad.

Foto 13. Motor peque-peque utilizado por las comunidades para los desplazamientos



Fuente: (AZICATCH, 2017)

A continuación se muestra la relación del tiempo que lleva desplazarse desde las comunidades hasta el casco urbano, esta relación puede dar una idea del tiempo que puede pasar en trasladar a un paciente desde las comunidades al puesto de salud donde se hace la atención a la población.

Tabla 4. Tiempos de desplazamiento desde las comunidades hasta el casco urbano del Corregimiento de La Chorrera.

Comunidades	Distancia
Bora Petani.	Distancia hasta el centro de salud, en peque-peque n° 5.5, 12 horas, en motor fuera de borda y deslizador 4 horas
Providencia nueva	distancia hasta el centro de salud, en peque-peque n° 5.5, 13 horas, en motor fuera de borda y deslizador 5 horas
Providencia	Distancia hasta el centro de salud, en peque-peque n° 5.5, 12 horas, en motor fuera de borda y deslizador 4 horas.
Comunidad santa rosa	6 horas en motor peque peque, 2 horas en motor 40 Yamaha.
Cabildo San Antonio	La distancia es de 3 horas y media en motor peque, peque.
Comunidad san francisco	La comunidad tiene un territorio extenso, por lo cual la última vivienda queda a cuatro horas, otros a tres horas, y desde la comunidad son dos horas hasta el puerto de arriba, y desde allí el puesto de salud queda a 20 minutos.
Asociación nativa	Hasta el centro de salud de la chorrera desde nuestro cabildo son dos horas en peque peque. Y 1 día a remo y canoa.

Cabildo Vegsam.	La distancia al centro de salud son 03 km, vía terrestre
Cabildo Caisam.	Hasta el centro de salud se gasta un tiempo de 2 horas caminando
Cabildo vista hermosa.	Para llegar al centro de salud se necesitan 45 minutos peque peque.
Cabildo Santa María	8 km vía terrestre, en un promedio de una hora caminando
Cabildo Milan	Se necesitan 2 horas por vía fluvial en peque peque
Cabildo Capitanía.	3 horas en peque peque, es decir vía fluvial.
Cabildo Sabana	56 km. Vía terrestre, tres días caminando

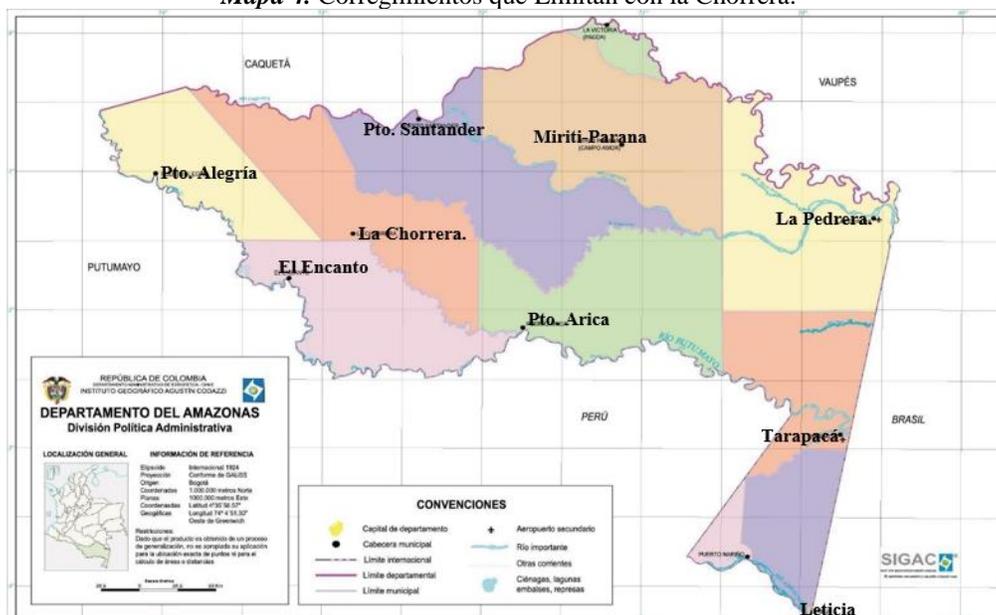
Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

5.4 Aspectos político organizativos.

El corregimiento de la Chorrera tiene una extensión territorial es de 2.130.000 Hectáreas. Limita al sur con el corregimiento de Puerto Arica, por el oriente con el Corregimiento de Miriti-Paraná, por el Norte con el Corregimiento de Puerto Santander y por el sur, con el corregimiento del Encanto y Puerto Arica. En el aspecto organizativo, en el Corregimiento se da la presencia de un funcionario de la Gobernación Departamental que desempeña las funciones de corregidor, y es el enlace entre la administración y la comunidad.

Ya en la organización propia de las comunidades indígenas, se cuenta con los cabildos de la zona, los cuales tienen personería jurídica, y son los encargados del manejo del territorio dentro del contexto de la autonomía indígena en estos procesos.

Mapa 4. Corregimientos que Limitan con la Chorrera.



Fuente: (IGAC, 2013)

5.4.1. Descripción de la forma organizativa de las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas de Amazonas “AATIS”.

La actual estructura organizativa de las organizaciones Indígenas del Amazonas tiene su marco jurídico en la ley 89 de 1890. Las “AATIS”, son una entidad de derecho público, creada por el Decreto 1088 de 1993 y encargada de fomentar y coordinar con las autoridades locales, regionales y nacionales, la ejecución de proyectos en salud, educación y vivienda. Esta entidad está conformada por diez organizaciones regionales indígenas. Desde 2001, las AATIS tienen una mesa permanente de coordinación administrativa que trabaja con el gobierno departamental, los temas de planeación de actividades a ser ejecutados en los territorios indígenas, definiendo la oportunidad y pertinencia de las mismas.

5.4.2 Identificación de los espacios tradicionales de participación social

Las comunidades Indígenas asentadas en el Corregimiento de la Chorrera, ejercen su derecho a la participación social en las decisiones que afectan su territorio, mediante el proceso organizativo representado en la Organización AZICATCH, que recoge a todas las comunidades, etnias indígenas y pueblos, que pertenecen a dicho corregimiento. La Organización AZICATHC, cuenta con personería jurídica número 838000449-3, del 29 de abril de 2004. La Organización está conformada por 20 Cabildos, con participación de autoridades tradicionales de las comunidades de los cuatro pueblos y el Comité Ejecutivo de la Asociación, siendo la Asamblea General de AZICATCH la máxima autoridad de la zona.

Tanto los Cabildos como la Asociación son reconocidos por el Estado como entidades públicas de carácter especial, con autonomía para gestionar el territorio físico del resguardo de acuerdo a los usos y costumbres, según lo establece la Constitución Política de Colombia, en el marco de la autonomía para la toma de decisiones con jurisdicción de justicia, legislar y administrar los recursos propios y los transferidos por la Nación.

Así las cosas, el espacio de participación y control político con mayor relevancia en el territorio es de la organización indígena, toda vez que mediante esta, se permite la toma de decisiones, control político y organizativo y actividades comunitarias.

5.4.3. Espacios físicos disponibles para el desarrollo de procesos administrativos.

La organización AZICATCH cuenta con una sede propia ubicada en el casco urbano del corregimiento de la Chorrera, y es utilizada para el desarrollo de las distintas actividades administrativas, reuniones de concertación con distintas entidades territoriales, talleres y congresos de los pueblos indígenas.

Foto 14. Sede de la Organización AZICATCH.



Fuente, taller determinantes en salud, 2017.

El casco urbano del Corregimiento cuenta con una Maloca, que se utiliza en reuniones de concertación con los abuelos y las autoridades indígenas tradicionales y con las diferentes entidades que llegan al corregimiento. En el espacio de Maloca, se hace el recibimiento y presentación de todas las personas u organizaciones, y es acá donde se dan los permisos para que

las actividades a desarrollar en campo sean ejecutadas o no, esto, a criterio del abuelo dueño de la Maloca y de las autoridades tradicionales.

Foto 15. Proceso de Concertación en Maloca para solicitar autorización del presente trabajo.



Fuente: (M. Barbosa, 2017)

5.5. Dimensiones de salud pública desde lo propio

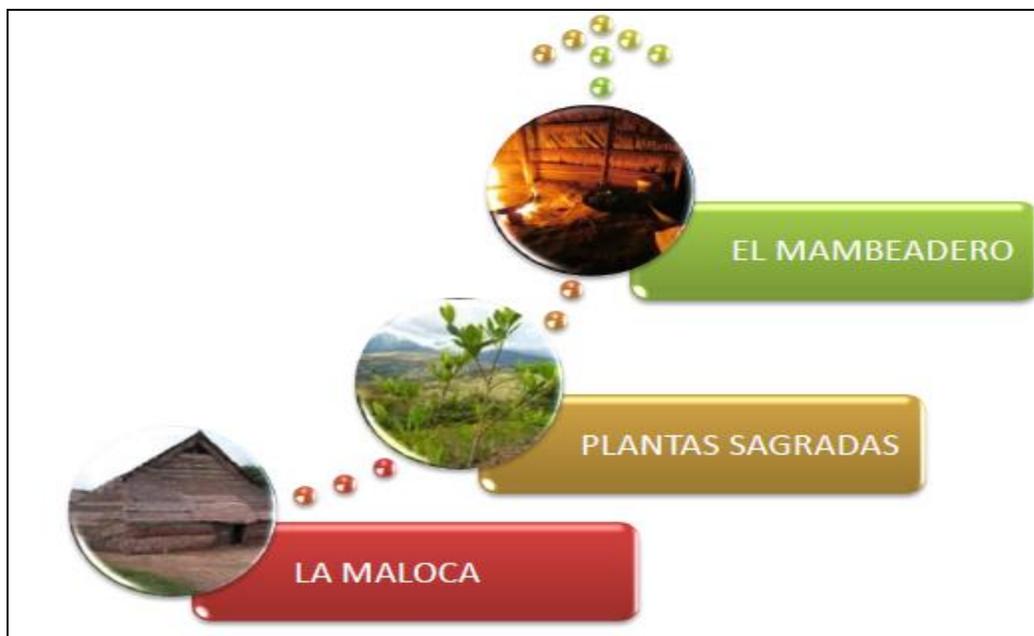
5.5.1 Concepto salud y buen vivir de los pueblos indígenas

La práctica de la medicina tradicional, tiene como característica, la de ser un conocimiento integral, que se asume desde la cultura, la experiencia y la voluntad de quien la ejerce. Es por ello, que definir especialidades en el ejercicio de la medicina tradicional es algo que culturalmente no se ha tenido en cuenta, sin embargo, podría decirse que las especialidades,

se determinan de acuerdo al testimonio de las personas que han superado las afectaciones de salud, físicas o espirituales.

La cultura indígena, en el aspecto de los cuidados de la salud, da una relevancia a los Sabedores Tradicionales Indígenas, como principales dinamizadores de un conjunto de prácticas en su quehacer diario, que permiten mantener un permanente control social en armonía con la naturaleza. Las sabedoras son el complemento en las buenas prácticas del cuidado en salud, se dedican al cuidado de los niños y las mujeres, especialmente las que están en proceso de gestación.

Figura 9. Base ancestral de la Medicina Tradicional



Fuente: (AZICATCH, 2013)

La Salud desde la visión indígena, es concebida como un conjunto de conocimientos, creencias y costumbres que tiene la comunidad para el auto cuidado de las enfermedades, y los conocimientos necesarios para curarlas se encuentran en el origen de la palabra de vida, que está muy ligado al nacimiento de la comida y el cumplimiento de dietas, por eso deben curarse (rezo) todos los alimentos de cada época del año, y esta curación permite la prevención de la enfermedad.

Se busca tener un equilibrio entre lo que se come y lo espiritual, el incumplimiento de las dietas puede causar enfermedades, los bailes que se hacen al principio de cada época son para recoger las enfermedades y devolverlas a su origen. Este plan de vida viene desde el principio de los tiempos y es de carácter indefinido, se transmite de generación en generación por tradición oral. Si se cumplen las dietas y lo escrito en el plan de vida de cada comunidad, se vive bien, en armonía con la naturaleza, la familia y la sociedad, de no cumplirse, vienen las enfermedades y se sufren las consecuencias. Es así que la prevención viene de la palabra de vida, mediante los ancianos sabedores (médicos – sabedores) en correlación con la naturaleza.

5.5.2 Percepción desde lo propio de lo que se concibe como enfermedad.

Se puede afirmar que la estructura del conocimiento de las enfermedades se define en cuatro niveles a saber: los consejos, que son las normas de convivencia humana y la relación con la naturaleza y lo divino; los bailes tradicionales, para el control de la naturaleza y el equilibrio del ambiente natural y social; el conocimiento de protección, relacionado con el conocimiento

de lo prohibido y finalmente el conocimiento que desarrollan los médicos tradicionales, en relación con el amplio mundo de la medicina ancestral.

El conocimiento de la medicina ancestral presenta a su vez niveles en los que se pueden categorizar de acuerdo a su gravedad y el tipo de población a la que afecta, teniendo en cuenta las etapas cronológicas del desarrollo de la vida humana, así, la salud es entendida como el equilibrio que debe existir entre las relaciones con el medio natural y con los seres espirituales.

El primer espacio de atención a las enfermedades tiene que ver con las afectaciones en la salud de la niñez, enfermedades producida por los cambios de la naturaleza a lo largo del ciclo del calendario ecológico, como consecuencia del uso indebido de los elementos y la palabra sagrada establecidos en las normas del tabaco, coca y yuca dulce. Las enfermedades que son producidas a causa de los accidentes naturales o dirigidas (rezos) y finalmente las que se relacionan con imprecar maldiciones a una o varias personas premeditadas y dirigidas.

En este contexto para poder entender la noción de salud y enfermedad desde el saber indígena, es preciso partir de la noción del “estar bien”. Ello implica estar de manera armónica o en equilibrio en tres dimensiones: en relación con lo divino, lo humano y la naturaleza. Lograr este equilibrio, exige conocer y seguir las enseñanzas que deja el medico tradicional, es decir, implica el cumplimiento de un conjunto importante de restricciones o dietas que procuran el mantenimiento de un adecuado estado de bienestar.

En efecto, la enfermedad es vista como el incumplimiento e irrespeto de los mandatos de la palabra del tabaco, de la coca y yuca dulce, que son el conjunto de normas protectoras de cada una de estas plantas,

5.5.3 Enfermedades más Frecuentes

A continuación, se hace la relación de las enfermedades más frecuentes en los cabildos de la zona, esta información fue suministrada por los médicos tradicionales y las parteras de cada una de las comunidades.

Tabla 5. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Okaina

PUEBLO OKAINA	ENFERMEDADES
Cabildo indígena Cair	Fiebre, Vómito, diarrea, tos, ulcera gástrica, enfermedad respiratoria
Cabildo Okaina.	Fiebre, diarrea, ulcera, enfermedad respiratoria, susto.
Cabildo cordillera	Diarrea en los niños, ulcera, enfermedad respiratoria, malaria.
Cabildo Mue.	Fiebre, Vómito, Diarrea, Tos, Ulcera gástrica.
Cabildo Ocim.	Moco en los niños, enfermedad respiratoria diarreas, dolores de dientes, malaria, tuberculosis, fiebre.

Fuente: (Médicos Tradicionales Pueblo Okaina, 2017)

Tabla 6. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Uitoto.

PUEBLO UITOTO	ENFERMEDADES
Cabildo santa rosa.	EDA, IRA, paludismo, desnutrición, TBC (tuberculosis).
Cabildo San Antonio	Diarrea, fiebre, diabetes, paludismo, tuberculosis.
Cabildo San Francisco	Gripa, diarrea, vomito, anemia.
Cabildo Asociación Nativa	Diarrea, fiebre, tos, paludismo, tosferina y diabetes.
Cabildo Vegsam.	Diarrea, vomito, malaria, tuberculosis, fiebre.
Cabildo Caisam	Diarrea, tos, fiebre, vómitos, artritis, anemia
Cabildo Centro Chorrera	Diarrea, vomito malaria, enfermedad respiratoria, fiebre.
Cabildo Vista Hermosa	Diarrea, fiebre, paludismo, vomito, rasquiña.
Cabildo Santa Maria	Diarrea, gripe, anemia, tos, malaria, fiebre.
Cabildo Milán	Fiebre, diarrea, gripa, vomito, dolores de articulaciones
Cabildo Capitanía	Gripa, tos, diarrea, vomito, fiebre, IRA.

Fuente: (Médicos Tradicionales Pueblo Uitoto, 2017)

Tabla 7. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Muinane

PUEBLO MUINANE	ENFERMEDADES
Cabildo Sabana	Diarrea, dolores estomacales, anemia, malaria, gripas.

Fuente: (Médicos Tradicionales Pueblo Muinane, 2017)

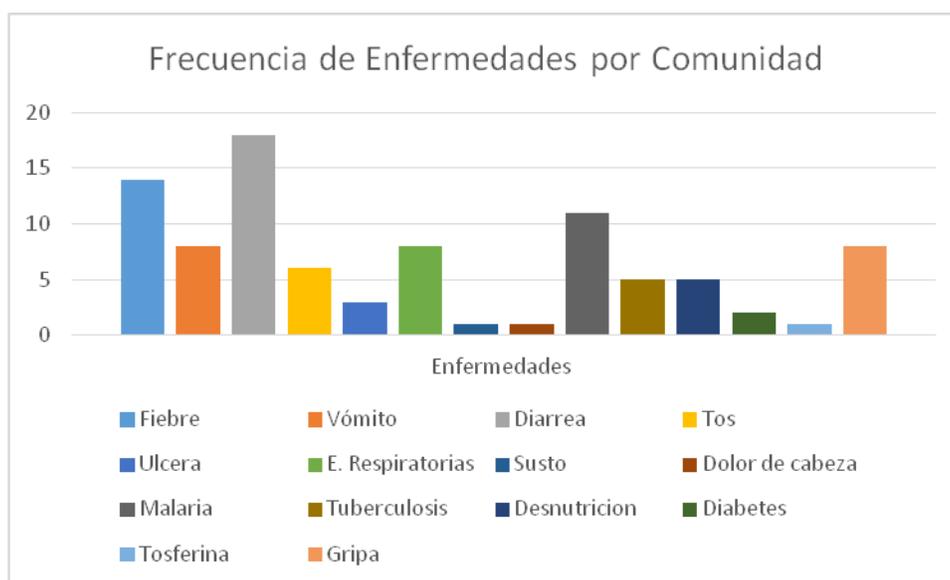
Tabla 8. Enfermedades Mas Frecuentes Pueblo Okaina

PUEBLO BORA	ENFERMEDADES
Cabildo Bora Petani.	Diarrea, infección respiratoria, malaria, brotes en la piel y rasquiñas
Cabildo de Providencia Nuevo.	Parasitismo, diarrea, tos, gripa en los adultos, TBC, malaria
Cabildo Bora Providencia.	Brotes en la piel, enfermedades diarreicas, desnutrición, malaria, gripas mal cuidadas.

Fuente: (Médicos Tradicionales Pueblo Bora, 2017).

La información relacionada anteriormente, fue producto de los talleres realizados en la sede de la Organización AZICATCH con los médicos tradicionales y las pateras. Cada una de las comunidades hizo la relación de las enfermedades más comunes en cada uno de los cabildos que afectan a toda la comunidad.

Gráfica 5. Enfermedades mas frecuentes en los cuatro pueblos.



Fuente: (M. Barbosa, O. Arteaga, D. Albornoz, 2017)

La diarrea es la enfermedad que se presenta con mayor prevalencia en las comunidades según la información reportada, generalmente, la población infantil es la que se ve afectada con mayor frecuencia. El corregimiento de la Chorrera y sus comunidades no cuenta con sistemas de abastecimiento de agua potable, el agua que se consume en las tareas diarias del hogar proviene de las lluvias y son almacenadas en tanques que muchas veces no cuentan con las condiciones higiénicas necesarias.

En épocas de verano, cuando las lluvias son escasas, el agua es tomada directamente del río o de quebradas alternas sin ninguno tipo de tratamiento, hecho que facilita que los niños se enfermen con mayor frecuencia. La falta de luz en el corregimiento y sus comunidades es otro factor que influye de manera negativa en el almacenamiento de alimentos, especialmente aquellos que necesitan de refrigeración.

Las enfermedades como malaria y tuberculosis, son diagnosticadas por la red de microscopistas con que cuenta la Secretaria de Salud Departamental. La malaria está ligada a estacionalidad del río y las épocas de invierno y verano. En las épocas de lluvia se forman muchos humedales en las zonas perimetrales de las comunidades, lo que incrementa los criaderos del vector y el contacto de estos con las personas. La etapa sintomática de la enfermedad causa fiebre en ciclos de horas en las personas que padecen la misma, con una característica particular, que va acompañada de escalofríos y a esto, las personas la llaman coloquialmente como tembladera.

Resulta muy común encontrar en este tipo de comunidades enfermedades respiratorias, esto se da generalmente por gripas mal cuidadas en los niños especialmente. Es propio de la cultura indígena que los niños se bañen en el río o quebradas varias veces al día, hecho por el cual se mantienen con la ropa húmeda lo que no contribuye a que la enfermedad se sane de manera correcta.

Gráfica 6. Enfermedades de los niños caracterizadas por Médicos Tradicionales.

DIETAS	ORIGEN	CLASIFICACION	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
CUMPLIR LAS DIETAS	(JAG+Y+) Y (T+T+RIA+) consumo. De acuerdo al clan, plantas y animales. Y otros	1-Diarrea: -sangre, mocos, liquido, color verdoso. Ira, 2-sapo, vómito y cólicos/produce diarrea, 3- fiebre, conjuntivitis y problemas de piel.	Deshidratación y desnutrición.	Conjuros, plantas medicinales.
NO CONSUMIR AMBIL Y COCA AJENO(LOS PADRES)	Manoda	Jenuiza+ Diarrea verdoso Diarrea con espuma.	Deshidratación y desnutrición.	Conjuros a la persona que utiliza esa planta.
CAMBIO CLIMÁTICO	bit+t+ko y ot+t+ko, cuando la madre naturaleza está en gestación.	Tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor de espalda, fiebre (agaya) escalofrio, gripa. DIARREA: de empacamiento (yayade) diarrea común (sangre) -vomito: -ceguera: -los nacidos (ñozag+) -pelagra (caída del pelo y piel)	-Enrojecimiento de la garganta -temperatura alta Y malestar general. - Deshidratación -ojos irritados -	Conjuro de plantas y hiervas. Conjuros y paños tibios(hojas) -bejucos y plantas.

Fuente: (AZICATH, 2017)

Las enfermedades en los niños se relacionan con los calendarios ecológicos que manejan los cabildos, y son muy ligadas a las épocas de invierno y de verano, en las cuales, se afectan la disponibilidad de agua para consumo y alimentos.

Resulta importante mantener una dieta adecuada en los niños para que puedan responder en buena forma a las enfermedades que los atacan. En las comunidades más alejadas del casco urbano de Chorrera, donde se encuentra ubicado el puesto de salud de la ESE Hospital San Rafael de Leticia, el médico tradicional es el que realiza la primera atención del niño enfermo por diarreas o por enfermedades asociadas a la gripa.

El médico tradicional inicia el tratamiento con medicina natural y suministrando una dieta, si el niño no responde bien, a los siguientes días, se remite en el menor tiempo posible al puesto de salud para que sea tratado con medicina occidental.

Las enfermedades en la población adulta, se dan con mayor frecuencia en adultos mayores, a los que la comunidad categoriza como abuelos. Los adultos jóvenes, son generalmente una población sana, en este grupo de edad, lo que se presenta ocasionalmente son accidentes de trabajo ya sea en la chagra, en la pesca o en la cacería. Los abuelos, presentan enfermedades asociadas con la edad, como problemas de visión, articulaciones, dolores de espalda, problemas de salud bucal, entre otras.

5.6 ESTRUCTURAS PROPIAS DE SALUD

5.6.1 Caracterización de médicos ancestrales y agentes propios en salud

La transmisión del conocimiento indígena se enmarca en los procesos de oralidad, la formación de los médicos tradicionales y de las parteras en cada una de las comunidades está relacionada con el conocimiento que los mayores transmiten a las personas jóvenes de la familia o el clan, asegurando que estos conocimientos pasen de una generación a otra. En la figura 10, se observan las charlas en salud que se manejan por parte de los médicos tradicionales y las parteras, relacionados con el proceso de parto. La información está dirigida a prevenir posibles problemas al momento de dar a luz, haciendo especial énfasis en la dieta como mecanismo de llevar un embarazo seguro.

Figura 10. Conocimientos transmitidos entre generaciones.



Fuente: (AZICATH, 2017)

Por consiguiente, la formación de los médicos tradicionales y parteras resulta de una transmisión cultural del conocimiento que se ha desarrollado en cada una de las comunidades, ante la necesidad de brindar atención y cuidado a las personas que enferman en la misma. Esta primera atención en salud, es la que permite brindar los cuidados necesarios a las personas que sufren una enfermedad, ya que en las comunidades dispersas no existe puestos de salud con medicina occidental para realizar este tipo de atenciones y toda vez que hay comunidades ubicadas a más de 24 horas de distancia del puesto de salud, se hace necesario mantener un control sobre el proceso de embarazo, y ante cualquier eventualidad, brindar una atención inmediata.

5.7 Identificación de estructura organizativa de los sabedores y agentes en salud propia.

En la actividad realizada, se identificaron las parteras y los médicos tradicionales ubicados en cada uno de los cabildos de los pueblos Uitoto, Bora, Okaina y Muinane de la Chorrera-Azicatch. Estas personas, son las encargadas de realizar prácticas de cuidado en salud, de acuerdo a los usos, costumbres y creencias de cada comunidad, en el manejo de la medicina natural.

Tabla 9. Personas que realizan acciones de salud propia en el Corregimiento

Nombres y Apellidos	Cargo	Cabildo
Ángel Kuyoteka Gregorio	Médico tradicional	Santa Rosa
Antonia Tabares de Ñeñetofe	Partera	Santa Rosa
Lorenzo Rojas	Médico tradicional	San Antonio
Lauro Monayatofe	Partero	San Antonio
Adelmo Faidoteri Rubeguey	Médico tradicional	San Francisco
Ascensión Gittoma	Partera	San Francisco
Honorio Nonokudo	Médico tradicional	Asociación nativa
Olga Isabel Cañube	Partera	Asociación nativa
Patricia Kuetgaje Zafiama	Partera	Vegsam
Jorge Kuetgateri	Médico tradicional	Vegsam
Gustavo Kuyteka	Médico tradicional	Caisam
Benilda Tabares	Partera	Caisam
Manuel Zafiama Kasiaño	Médico tradicional	Centro Chorrera
Carlina Eimenekene Jafay	Partera	Centro Chorrera
Mariano Rotiroque	Médico tradicional	Santa María
Eulalia Jorguebombaire	Partera	Santa María
Flores Armando Umire	Médico tradicional	Sabana
Elena Gifichiu Kumimarima	Partera	Sabana
Hermenegildo Atama	Médico tradicional	Cair
Ana Maria Paa	Partera	Cair
Pablo Neicase Teero	Médico tradicional	Okaina
Flor Maria Segundo	Partera	Okaina
Jesús Ernesto Anfbal	Médico Tradicional	Cordillera
Luz Marina Dutcha	Partera	Cordillera
Alfredo Muzuke Teette	Partero	Ocim
Wilson Uriek Muzuque	Médico tradicional	Ocim
Rufinio Guapie Tepache	Médico tradicional	Petani
Leonardo Kuguao	Partero	Petani
Maria Pilar Botyay	Partera	Providencia Nueva
Enrique Teteye	Médico tradicional	Providencia Nueva
Fernando Gifichiu C	Médico tradicional	Providencia

Rosa Elvira Atama	Partera	Providencia
Cantalicio Eymenekene	Médico tradicional	Mue
Luz Elena Anbal	Partera	Mue
Néstor Cruz Joinama	Médico tradicional	Vista Hermosa
Viviana Kuyekudo	Partera	Vista hermosa
Gentil Sánchez	Médico tradicional	Capitanía
Genoveva Manaidego	Partera	Capitanía
Porfirio Kuiru	Médico tradicional	Milán
Concepción Gebuy	Partera	Milán
Enrique Dutcha	Médico tradicional	Lago Grande
Luz Marina Matías	Partera	Lago Grande
José Ospina Funoratofo	Médico tradicional	Cris
Ana Judit Kutdu Buinaje	Partera	Cris
Luis Guerrero	Médico Tradicional	Pueblo Uitoto
Pablo Umire Ekeme	Médico Tradicional	pueblo Muinane
Blas Hernández Candre	Médico Tradicional	pueblo Okaina
Benito Atiepa Teteye	Médico Tradicional	pueblo Bora

Fuente, AZICATCH, 2017.

5.8 Actividades que adelantan las estructuras organizativas de los sabedores

Los sabedores tradicionales son los encargados de salvaguardar, practicar y transmitir el conocimiento en la medicina indígena de generación en generación. Por lo tanto, afirman que las plantas medicinales y otros materiales, son el complemento a la oración, que se conjura de acuerdo a los síntomas de cada enfermedad. La naturaleza brinda los elementos necesarios a ser usados como remedio, y es así como el conocimiento del médico tradicional resulta importante en la identificación de plantas medicinales, algunos animales, minerales y otros tipos de materiales, usados en el tratamiento ante una posible enfermedad.

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de determinantes sociales en salud, permitió identificar diversos factores de tipo social, cultural, organizativo y político, que inciden en el derecho al goce efectivo de la salud de los pueblos indígenas del Corregimiento de la Chorrera.

Al establecer los determinantes sociales en salud propuestos en el marco metodológico, se pudo concluir que aspectos como la cultura, las creencias, los usos y costumbres de los pueblos indígenas en materia de salud, dan un significado propio al concepto de salud en estas poblaciones.

Se evidencio que uno de los factores determinantes en la posibilidad de tener un acceso efectivo a la prestación de servicios de salud, se encuentra ligado a la ubicación geográfica del Corregimiento de la Chorrera en el Departamento de Amazonas, catalogándose como una zona dispersa, de difícil acceso, por lo cual, se hace necesario realizar diagnósticos ajustados a las necesidades en salud en el territorio, que permitan optimizar la oferta institucional de acciones de Promoción y cuidado de la salud que llegan a la zona, ejecutadas por parte de la Secretaria de Salud Departamental y la ESE.

El Plan de Intervenciones Colectivas que ejecuta la Secretaria de Salud Departamental dirigido a la población del Corregimiento de La Chorrera, no debe responder únicamente a los eventos de interés en Salud Publica establecidos en la Resolución 518 de 2015; esta planeación debe ajustarse a las condiciones culturales de la región, aspectos político-organizativos y sociales

de la Asociación Indígena AZICATCH, que incorporen elementos propios de los conocimientos en salud y auto cuidado que practican los habitantes de la zona, así como los tiempos de ejecución de las actividades y los recorridos en territorio, de forma tal que el servicio llegue a todas las comunidades, sin importar el factor de dispersión de las mismas.

Las intervenciones en salud a desarrollar en el territorio deben ser concertadas con las autoridades indígenas y los médicos tradicionales de la zona, de forma tal, que al momento de ser ejecutadas sean adecuadas y respondan a los usos y costumbres en salud de la población.

Se deben establecer líneas de trabajo entre la entidad departamental y la organización indígena, con el fin de propiciar mecanismos de concertación en los procesos de planeación integral en salud, priorización en el gasto de recursos públicos de manera participativa y posterior evaluación de las actividades desarrolladas.

A pesar de que un alto porcentaje de la población indígena del Corregimiento de la Chorrera se encuentra afiliado al régimen de salud, con gran parte de la población asegurada a la Empresa Promotora de Servicios de Salud EPS Mallamas, esta afiliación, no garantiza el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud, toda vez, que la prestación del servicio lo realiza la ESE Departamental con baja capacidad instalada, lo que obliga a buscar tratamientos alternativos naturales para cierto tipos de enfermedades por parte de los médicos tradicionales que conviven en cada una de las comunidades.

Con el trabajo desarrollado se pudo evidenciar que el país cuenta con una base normativa sólida que permite que los Pueblos Indígenas reivindiquen sus derechos, se les acepten sus prácticas culturales y ancestrales, propias en el tema de la Medicina Tradicional, de igual forma, establecer puentes de interacción entre la medicina tradicional y la medicina occidental, sin embargo, las Empresas Sociales del Estado y las EPS, no dan una aplicación efectiva a este régimen normativo.

La práctica de la medicina tradicional indígena en el Corregimiento de la Chorrera, suple las fallas del sistema de salud que tiene el departamento, toda vez que la ESE presenta una baja capacidad instalada para la atención en zonas con población dispersa, y no responde a las necesidades de la población, obligándolas a buscar métodos alternativos para solucionar sus problemáticas; de ahí la importancia de fortalecer estos procesos realizando una planeación adecuada de los recursos estatales.

La normatividad existente a nivel país en el marco del SISPI y la resolución 518 de 2015, permite a las entidades territoriales, realizar procesos de planeación en salud para la ejecución de acciones PIC, concertadas con organizaciones y sectores sociales, de forma tal, que responda a las necesidades de cada uno de los grupos sociales, responda a las problemáticas y características sociales, culturales y geográficas de cada departamento y garantizar un manejo eficiente de los recursos públicos. En este contexto, y toda vez que la ejecución del PIC en el departamento de Amazonas en las últimas 5 vigencias ha presentado resultado desfavorables, la entidad departamental podría iniciar procesos de desarrollo de capacidades con las organizaciones indígenas de los corregimientos del departamento, y estudiar la posibilidad de desarrollar

acciones en salud directamente con estas organizaciones, que respondan a las necesidades en salud de cada una de las comunidades indígenas de departamento, aplicando el enfoque diferencial, y usando medios audiovisuales que permitan una mejor percepción de la información y se involucren a las autoridades indígenas de salud y se logren plasmar acciones en salud, donde el componente tradicional sea respetado y valorado al igual que el componente occidental normativo del país, además se requiere que las acciones del PIC sean permanentes y no estén ligadas a convenios políticos, es así como se puede generar mejores resultados en los indicadores de salud, en los procesos de educación y en la adherencia de las comunidades indígenas a la vigilancia comunitaria.

RECOMENDACIONES

Mediante el presente trabajo, se evidencia la importancia de realizar diagnósticos adaptados a las necesidades y realidad de la situación de salud de la población en la Región, de tal forma que a futuro se tengan en cuenta para la formulación de las acciones de promoción específica y detección temprana a cargo de la Secretaría de Salud Departamental y la Empresa Social del Estado.

La organización indígena AZICATCH, en el marco de la autonomía en la toma de decisiones dentro de los territorios indígenas, debe propender por realizar procesos de fortalecimiento en el territorio de los espacios de decisión en políticas y programas de salud en terreno, que se ajusten al reconocimiento de modelos interculturales, y de cabida a lo que esta formulado en los Planes de Vida y la Ley de origen, instrumentos que direccionan el diario vivir de las comunidades.

Las acciones que se plantean en el Plan de Intervenciones Colectivas, debe no solo estar enfocadas en la resolución 518 de 2015, adicionalmente deben integrar las condiciones culturales de la población así como su estructura política y organizacional, de tal forma que sus conocimientos en salud y autocuidado sean tenidos en cuenta dentro de dicha planificación.

Por otra parte las acciones de salud pública que se ejecuten en el departamento del Amazonas deberían ser concertadas con las autoridades indígenas y médicos tradicionales de la

Región, de tal forma que no vayan en contra de las costumbres, creencias y hábitos culturales de las poblaciones indígenas.

Finalmente la población indígena cuenta con un respaldo normativo mediante el cual se puede basar la reivindicación de sus derechos y por lo tanto integrar sus prácticas culturales y sus conocimientos en Medicina Tradicional.

Teniendo en cuenta la evidencia de los resultados negativos en salud durante el último quinquenio con las prácticas y planeación actual de las acciones en salud, las entidades departamentales deberían iniciar capacitaciones al personal en asocio con las organizaciones indígenas, de tal manera que las actividades que se ejecuten atiendan las necesidades específicas en salud de las comunidades indígenas, además sin mediaciones políticas.

Los programas a ser implementados en los territorios indígenas por parte de la Secretaria de Salud Departamental, deben permitir una inclusión de modelos de atención interculturales en salud, que respondan a las necesidades socioculturales, epidemiológicas, geográficas y un reconocimiento de lo que se requiere en materia de salud por parte de las comunidades indígenas, que optimice los gastos de operación y que generen un impacto positivo en la reducción de determinantes en salud que sean negativos.

La Organización AZICATCH, en uso de la autonomía en la toma de decisiones en cuanto a la aplicación de políticas públicas que afecten su territorio, debe realizar de manera más eficiente los ejercicios de consulta previa y concertación, que permitan determinar la pertinencia

cultural de la realización de acciones de promoción y desarrollo de los servicios occidentales en cada uno de sus territorios, y permitir o no, el desarrollo de las mismas.

REFERENCIAS

- Alarcón, A., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (2003). *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014
- Arteaga, E., San Sebastian, M., & Amores, A. (2012). *Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador*. Obtenido de http://www.scielo.br/ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300012&lng=en&tlng=en#
- Cardona, J. (2012). *Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia*. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 630-643. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/23329/40394>
- CELADE – Población CEPAL. (2007). *Informe Síntesis del Panorama Social de América Latina*. Obtenido de <http://www.cepal.org/celade/migracion/imila/>.
- Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Bases del plan nacional de desarrollo 2010-2014*. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Bases%20PND%202010-2014%20Versi%C3%B3n%205%2014-04-2011%20completo.pdf>

Duarte, M.B., Núñez, R. M., Restrepo, J. A., y López, V. L. R. (2015). *Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México*. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 72(3), 181-189. Obtenido de: HYPERLINK "<https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.004>"

Gobernación del Amazonas. (2016). *Plan de Desarrollo 2016-2019 Gestión y Ejecución para el bienestar, la conservación Ambiental y la Paz*. Obtenido de <http://www.amazonas.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-gestion-y-ejecucion-para>

Gomez, M. D., Alegria, M. O., Rios, L. M., & Fernandez, N. C. (2011). *Un modelo de atención en salud al pueblo wayuu en la frontera colombo-venezolana*. Revista Panamericana De Salud Pública, 30(3), 272-278. Obtenido de <http://eds.b.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=5a2f912a-a8a9-4215-8994-3c4cb3bf1723%40sessionmgr120>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos – OPS. (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. Obtenido de <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>

Katayama, R. J., (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Lima: Textos Universitarios. Pp. 73-80. Obtenido de: HYPERLINK "<https://app.box.com/s/30blrcaxjvy6nyk878gkageqewkv6fes>" \t "_blank" \o "<https://app.box.com/s/30blrcaxjvy6nyk878gkageqewkv6fes>"

La Nación, (2015) *Salud de los pueblos indígenas con otro enfoque*. Obtenido de: <https://www.nacion.com/opinion/foros/salud-de-los-pueblos-indigenas-con-otro-enfoque/HGR3TCEPBNDTTPHPV2ALX2IVRQ/story/>

Ley 21 de 1991. Por medio de la cual se aprueba el convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la conferencia general de la o.i.t., ginebra 1989. Marzo 4 de 1991.

Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en Colombia. Septiembre 18 de 2001.

Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo, 2010-2014. Junio 16 de 2011.

Ley 1438 de 2012. Por la cual se modifica la Ley 100 de Sistema General de Seguridad Social en Salud. Enero 19 de 2012.

Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015.

Link, B., & Phelan, J. (1995). *Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of health and social behavior* 80-94. Obtenido de http://www.asanet.org/sites/default/files/savvy/images/members/docs/pdf/special/jhsb/jhsb_extra_1995_Article_4_Link_Phelan.pdf

Martínez, M. (2008). *La investigación cualitativa etnográfica en educación, manual teórico practico*. México. Trillas.

Melendez, E. (2016). *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos*. Obtenido de http://www.scielo.br/ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=en&nrm=iso&tlng=es&ORIGINALLANG=es

Ministerio de la Protección Social. (2017). *Salud Publica*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

MINSALUD. (2017). *Contexto general de los pueblos indígenas: aspectos socioculturales, demográficos, ambientales, territoriales y de salud*. Grupo de planeación en la salud pública. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/contexto-sociodemografico-salud-indigenas.pdf>

Ministerio de Salud y protección social. (2013). *Plan decenal de salud pública*. Recuperado de. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de salud. (2013). *Plan decenal de salud pública 2012 - 2021*. Pag.28. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Mocellin, M., Viesca, C., & Gutierrez, D. (2011). *Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible*. *Historia y filosofía de la medicina*. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*. Obtenido de <http://eds.a.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=5fb6066d-79ca-4c86-aeef-36d9b8e179de%40sessionmgr4010>

Montesinos, E. (s.f.). (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>

Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Obtenido de http://www.un.org.ez.urosario.edu.co/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, (1998). Promoción de la Salud glosario. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=02D533010D56909ABBA246E6EDE89F57?sequence=1

OMS, (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf;jsessionid=FD8B952624589F4E82A23F4420F600AF?sequence=1

OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Emancipación política: integración y posibilidad de expresarse. El poder el dinero y los recursos*. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Obtenido de: <https://books.google.com.co/books?id=2XmAlTQj6ksC&pg=PA158&lpg=PA158&dq=en+particular+a+los+pueblos+ind%C3%ADgenas,+mediante+pol%C3%ADticas,+leyes+y+programas+que+promuevan+su+participaci%C3%B3n+activa+para+exigir+que+se+satisfagan+sus+necesidades&source=bl&ots=cHNqACY41&sig=HrfE190D2buo39Km8xMvBZkTJ3Q&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjm-vnH24zfAhUK2VkJHVALA0MQ6AEwCXoECAkQAQ#v=onepage&q=en%20particular%20a%20los%20pueblos%20ind%C3%ADgenas%2C%20mediante%20pol%C3%ADticas%2C%20leyes%20y%20programas%20que%20promuevan%20su%20participaci%C3%B3n%20activa%20para%20exigir%20que%20se%20satisfagan%20sus%20necesidades&f=false>

OMS, (2018). *Género y salud*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/gende>

Organización Panamericana de la Salud, (2011). *Cooperación técnica entre Brasil, Bolivia y Colombia: Teoría y Práctica para el Fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud de Poblaciones Expuestas a Mercurio*, Obtenido de: [HYPERLINK "http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31069/cooptecbrabolcol-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y"](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31069/cooptecbrabolcol-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la salud, (2012). *Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Americas*. Obtenido de: HYPERLINK "https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en"

Organización Panamericana de la Salud. (2014), *Diversidad cultural y salud*. Obtenido de: HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=3727&lang=es"

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos Indígenas de las Américas*, Washington D.C. Obtenido de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>

PAHO. (s.f). *Diversidad cultural y salud*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585%3A2011-cultural-diversity-health&catid=3345%3Acultural-diversity&Itemid=4016&lang=es

Patiño, A., & Sandin, M. (2014). *Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia*. Obtenido de https://scielosp- org.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300008&lng=en&tlng=en#ref

Puello, E., Amador, C., & Luna, J., (2016). *Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Vol.48 No.1 enero - marzo de 2016.

AZICATCH. (2004) *Plan de vida de los hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce y plan de abundancia zona Chorrera*. Amazonas

Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC. Febrero 24 de 2015.

Sabino. C A. (1995) *El proceso de Investigación*. Bogotá. Panamericana 2ª edición.

Santos P, H., (2011). *Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación*. Revista Cubana de Salud Pública, 37(2) Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&tlng=es.

Secretaría Distrital de Salud, (2017). *Glosario*. Obtenido de: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/Glosario.pdf>

Sentencia t-920/11. Derecho a la salud y el respeto a la identidad étnica y cultural de comunidades indígenas-fundamento normativo. Octubre 9 de 2011.

Solar, O., & Irwin, A. (2010.). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf;jsessionid=622A4F93810057F6A7B1607BD4A3D9A4?sequence=1

Tovar, L., & Arias, F. (2005). *Determinantes del estado de salud de la población Colombiana*. . Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cidse-univalle/20121116041140/doc82.pdf>

Vallés, M. Variedad de paradigmas y perspectivas en la investigación cualitativa. En: Vallés M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.