

Iniciativas por la Salud Pública

Cartilla No. 3

Avances y retos en los Sistemas de Salud
Interculturales



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

IV CONVERSATORIO SOBRE SALUD INDÍGENA
Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales
Medellín (Colombia) 24, 25, 26 de Octubre de 2012

©Universidad de Antioquia

Alberto Uribe Correa
Rector

María Patricia Arbeláez Montoya
Decana Facultad Nacional de Salud Pública

Sergio Cristancho
Coordinación de la publicación

Eliana Montoya Vélez
Abad García Orozco
Luca Catullo Mc Bride
Diseño

Lina Marcela Patiño Olarte
Diagramación

L. Vieco S.A.S
Impresión

Impreso y hecho en Colombia

Medellín, noviembre de 2013

El contenido de esta propuesta es el resultado del aporte de miembros de la comunidad académica e indígena de la Facultad Nacional de Salud Pública. Se agradece a todos por sus colaboraciones.

Está prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación con fines comerciales. Para utilizar información contenida en esta publicación, se debe citar la fuente.

Iniciativas por la Salud Pública

Cartilla No. 3

IV CONVERSATORIO SOBRE SALUD INDÍGENA
Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales
Medellín (Colombia) 24, 25, 26 de Octubre de 2012

Experiencias de:
Ecuador y Colombia

Organizadores:
Grupo de Interés en Salud Indígena (GISI)
Grupo de Investigación en Salud Mental (GISAME)- Línea de Cultura,
Comportamiento y Salud Minoritaria
Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Con apoyo de:
Alcaldía de Medellín-Secretaría de Salud Municipal
Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid-División de fomento
cultural
Organización Indígena de Antioquia (OIA)
Fundación Siciar Banco de Alimentos de Medellín
Estrategia de sostenibilidad 2013-2014-CODI-Universidad de Antioquia
SINTRAEMSDES Medellín
Diana Sepúlveda
Deli ®

COMITE ORGANIZADOR

SERGIO CRISTANCHO MARULANDA

Coordinador general

Jefe Centro de Investigaciones, Coordinador Grupo de Investigación en Salud Mental,
Coordinador Grupo de Interés en Salud Indígena

OSCAR MONTERO DE LA ROSA

Coordinación académica

Indígena Kankuamo, integrante GISI, profesional en ciencias políticas

SARA MONTOYA VÉLEZ

Coordinación logística

Auxiliar administrativa Grupo de Interés en Salud Indígena, estudiante de ingeniería
industrial

EDICIÓN GENERAL DE LAS MEMORIAS

Sergio Cristancho Marulanda

Eliana Montoya Vélez

Abad García Orozco

Luca Catullo Mc Bride

APOYO AL EVENTO

EDILGARDO LOAIZA

Coordinador Sesión en el Politécnico, profesor Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid

ALEXANDRA BEDOYA

Auxiliar sesión en el Politécnico, estudiante de contaduría pública

LEONARDO DOMICÓ

Indígena Embera Katío, dinamizador de la medicina ancestral en un marco de interculturalidad, IPS de la Organización Indígena de Antioquia (OIA)

STEPHANIE LÓPEZ

Estudiante administración en salud con énfasis en servicios de salud

CARLOS ROJAS

Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Comisión evaluadora de ponencias

DIANA SEPÚLVEDA

Profesora Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Comisión evaluadora de ponencias

ABAD GARCÍA OROZCO

Antropólogo y licenciado en educación física (relator)

CAROLINA LUNA

Estudiante de antropología, Universidad de Antioquia (relatora)

ALBA LUCIA GÓMEZ

Profesora Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid (relatora)

LUCA CATULLO MAC INTYRE

Terapeuta Reiki y autor de Libro de Terapias Alternativas (relator)

MARTÍN SALAS DE LA ESPRIELLA

Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (moderador)

SERGIO DURAN

Médico (relator)

DARLINGTON DELGADO

Estudiante administración en salud, Facultad Nacional de Salud Pública

MARCELA CATALINA TABORDA

Integrante GISI, estudiante de Administración en Salud

ALEJANDRA GÓMEZ VARGAS

Integrante GISI, Antropólogo y Licenciado en Educación Física

HAIDY PAOLA CUATINDIOY

Integrante GISI, Terapeuta Reiki y autor del libro de Terapias Alternativas

Contenido

Introducción	11
1. Contexto	
1.1. Salud en poblaciones indígenas	13
1.2. Antecedentes	14
2. Descripción del evento	17
3. Armonización y apertura	19
4. Sistemas de salud interculturales	
4.1. Sistemas de salud interculturales del Ecuador	21
4.2. Sistema indígena de salud propio e intercultural	23
4.3. Concepción de salud indígena: médicos tradicionales de los pueblos indígenas Embera Chamí y Katío	24
5. Componente político organizativo	
5.1. Ruta jurídica para los sistemas de salud intercultural	27
5.2. Temazcalli, medicina preventiva y curativa de los pueblos mesoamericanos	28
5.3. Estructura organizativa de los sistemas de salud intercultural	29
5.4. Organismos competentes en salud	30
6. Planeación, administración y gestión	
6.1. Financiación de los sistemas de salud	33
6.2. Experiencias significativas relacionadas con los sistemas de salud: prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayúu de Maicao	34

7. Atención intercultural	
7.1. Fomento y atención intercultural	37
7.2. Salud propia e intercultural	38
7.3. Piraguas, experiencias de un trascendental encuentro de saberes.	40
7.4. Pautas de crianza en la comunidad Embera Chamí	40
7.5. Usos y abusos del yagé (una aproximación intercultural)	42
8. Educación, formación integral en salud e investigación	
8.1. Proyecto tuberculosis en las comunidades indígenas de Antioquia: epidemiología y creencias	45
8.2. Sistema intercultural de salud - Antioquia: avances, fortalezas y dificultades	46
9. Discusión de las mesas de trabajo	
9.1. Mesa de discusión 1: componente político organizativo	49
9.2. Mesa de discusión 2: componente de planeación, administración y gestión.	51
9.3. Mesa de discusión 3: componente de atención intercultural	54
9.4. Mesa de discusión 4: componente educación, formación e investigación en salud intercultural	55
10. Proyecciones	59
11. Registro fotográfico	61
Bibliografía	65

INTRODUCCION

En Colombia aún no existe un reconocimiento del derecho a la salud, que asegure un adecuado nivel de vida o bienestar en las comunidades indígenas. Evidenciándose barreras idiomáticas, culturales y geográficas, que no han sido tomadas en cuenta para la atención en salud (1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que en la mayoría de los pueblos étnicos, no hay información precisa sobre el perfil epidemiológico, ni un buen manejo de la salud mental (2). Como una primera solución, estas organizaciones, junto a la academia, instituciones, y la comunidad misma, están trabajando en la formación del recurso humano del área de la salud; buscando el respeto y aceptación de las prácticas de la medicina ancestral “tradicional” en el contexto de la comprensión del conocimiento indígena y su dinámica de vida (1).

Debido a esto, el Grupo de Interés en Salud Indígena (GISI) de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia ha venido realizando desde el 2009, una serie de Conversatorios anuales sobre salud indígena. Estos han tenido como objetivo general el intercambio de experiencias y conocimientos en temas que enriquezcan el mejoramiento, mantenimiento y recuperación de la salud y la calidad de vida de los diferentes pueblos indígenas que habitan en Colombia.

El IV Conversatorio sobre Salud Indígena: Avances y Retos en los Sistemas de Salud Interculturales llevado a cabo en 2012, consigna los esfuerzos en estas memorias y concluye a nivel de proyección para el trabajo futuro alrededor del Sistema de Salud Indígena Intercultural (SISPI): primero, que se debe reconocer la salud como un derecho humano fundamental; segundo, incluir la interculturalidad a nivel constitucional o como política pública; tercero, articular los Sistemas Educativos Indígenas Propios (SEIP) en el SISPI, e incluir la formación integral en el personal de salud; cuarto, fomentar la investigación participativa en las comunidades y quinto, fortalecer las cadenas de comunicación entre los pueblos indígenas, procurando la conservación y reconocimiento de las prácticas ancestrales.

1. CONTEXTO

1.1. Salud en Poblaciones Indígenas*

La salud es un derecho humano universal reconocido en la normatividad internacional, consignado explícitamente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Naciones Unidas), que reconoce “un nivel de vida adecuado que asegure a las personas, entre otras cosas, la salud, el bienestar y los servicios sociales necesarios” (3). Cabe indicar que Colombia ha acogido éste y otros pactos internacionales de obligatorio cumplimiento, sin embargo, en el año 2007 éste fue uno de los pocos países que se abstuvo de aprobar la Declaración Universal de Derechos para Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas, argumentando “garantías de derechos reconocidos a estos pueblos en el contexto interior y de seguridad jurídica de la nación”. Luego de múltiples reclamaciones al Estado colombiano por parte de los pueblos indígenas, en el año 2009 éste se “adhirió” a dicha Declaración, pero hasta la actualidad no se ha firmado un Tratado o Convenio Integral para estos pueblos (4).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementado con la Ley 100 de 1993, no contempla el enfoque cultural y étnico de las comunidades indígenas. Parece ser que el desconocimiento que tienen las personas sobre sus derechos y deberes se convierte en una barrera para el acceso a los servicios de salud (5). Por otra parte carecen de capacidad económica para recibir las prestaciones de forma integral; por este motivo se promulgó la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta su participación a través de la creación de las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS) indígenas (6). Más recientemente se aprobó del decreto 1973 de 2013 que crea la Subcomisión en Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y Organizaciones Indígenas con el fin de apoyar la construcción colectiva de las políticas públicas en salud indígena en Colombia.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia solo el 67.5% de la población indígena está afiliada al régimen subsidiado, es decir que un 32.4% se encuentra por fuera del cubrimiento (6).

Respecto al perfil epidemiológico de los pueblos indígenas existentes en la región de las Américas, ha sido difícil investigar y conocer la situación de salud,

* Equilibrio entre el bienestar del cuerpo y la mente, teniendo en cuenta el conocimiento de los factores biológicos, sociales y culturales que la pudieren afectar

condiciones de vida y cobertura de los servicios de salud referente a los más de 45 millones de indígenas que forman parte de esta región. Sin embargo, la OPS y la OMS mencionan que en la mayoría de los pueblos indígenas se evidencia condiciones de inequidad en cuanto a pobreza, miseria, carencia de servicios básicos, altísimas tasas de mortalidad materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas. De igual manera, en Colombia no hay información precisa sobre el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, ya que los instrumentos de recolección de información y de vigilancia en salud pública, no incorporan consistentemente la variable de etnicidad (1).

En las comunidades indígenas se evidencian principalmente problemas de nutrición, diarrea e infecciones respiratorias, como consecuencia de la desigualdad económica y la exclusión étnica y cultural; la cual se agrava con el conflicto armado y la violencia (7). “Los indígenas en Colombia representan el 2,74% del total de la población colombiana y el 3,4% de los casi 3.900.000 desplazados internos” (8).

En cuanto a la prestación de los servicios para responder a estos problemas, la mayoría de las personas indígenas no tienen experiencia o no comprenden el funcionamiento de los Sistemas de Salud, lo que les dificulta la navegación y la exigencia de los servicios. Además, se encuentran con barreras –especialmente-idiomáticas, culturales y geográficas, ya que las diferencias entre las culturas en cuanto a lengua, comunicación, valores, creencias, formas de vida, conocimiento, prácticas terapéuticas y curativas tradicionales y organización del tiempo, entre otras, no han sido tomadas en cuenta para la atención de salud (1).

Ante tantas dificultades, un tema que ha venido cobrando importancia es el de la formación del recurso humano del área de la salud. La OPS, la OMS, la academia, las instituciones, las organizaciones y la comunidad misma, han visto la necesidad de contar con personas que además de los conocimientos adquiridos en su formación, también sean capacitados y sobre todo concientizados para brindar respeto y aceptar las prácticas de la medicina ancestral “y tradicional” en el contexto de la comprensión del conocimiento indígena y su dinámica de vida (1).

1.2. Antecedentes

Según la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) la salud es entendida como “estado de armonía y equilibrio que responde a las necesidades de la comunidad, a la integridad de la cosmovisión, a la territorialidad, y depende de las relaciones con la naturaleza, características esenciales de la medicina

tradicional”. La salud en las comunidades indígenas deber ir acompañado del concepto de desarrollo: vivir en paz, control sobre sus territorios, valoración de la identidad cultural y participación política (6).

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) lo constituye el proceso de construcción, validación e implementación de una política pública en salud para los pueblos indígenas de Colombia. Su objetivo es desarrollar un sistema de atención en salud integral e intercultural en el marco del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas de Colombia. Centrado en el reconocimiento, respeto y fortalecimiento de la sabiduría ancestral a partir de 4 componentes básicos: a) político organizativo, b) formación, capacitación e investigación en salud propia, c) planeación, gestión y administración, y d) atención propia e intercultural (9).

En el Grupo de Interés en Salud Indígena (GISI), convergen líderes indígenas, médicos tradicionales, sabedores ancestrales, representantes de instituciones, estudiantes, profesores e investigadores de diferentes áreas del conocimiento y culturas. De ahí que sea interdisciplinar, interinstitucional e interétnico. Su origen se gestó desde el año 2009 en el marco del 1er Conversatorio sobre Salud Indígena, el cual derivó de un conversatorio más breve sobre el tema, y como parte del XIV Congreso Colombiano de Parasitología y Medicina Tropical, con el fin de avanzar en el intercambio de conocimientos y experiencias sobre salud indígena en Colombia. Aparte de los Conversatorios, el grupo continúa con diálogos de saberes a lo largo del año para la construcción conjunta de propuestas en temas de salud indígena, a través de reuniones periódicas, programación y asistencia a eventos (foros, seminarios, congresos), estudio de temas, formulación de proyectos de investigación e intervención, y la difusión y gestión social de los conocimientos que surjan a partir de todos estos procesos.

Atendiendo a los anteriores motivos -entre otros- el GISI de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, en los años anteriores ha venido realizando una serie de Conversatorios anuales sobre *salud indígena*, dirigidos a la comunidad académica, asesores, tomadores de decisiones, organizaciones indígenas locales y regionales e instituciones prestadoras de servicios de salud locales y regionales, con el fin de generar un espacio reflexivo de intercambio cultural y de experiencias de trabajo relacionadas con pueblos indígenas.

El objetivo general de los Conversatorios ha sido intercambiar experiencias y conocimientos sobre temas centrales de salud indígena tales como los Sistemas de Salud Interculturales, a través del diálogo de saberes entre actores comunitarios,

gubernamentales, no gubernamentales y académicos, con el propósito de contribuir en el mejoramiento, mantenimiento y recuperación de la salud y la calidad de vida de los diferentes pueblos indígenas que habitan en Colombia.

Se han realizado cuatro Conversatorios sobre salud indígena. El primero: fue sobre experiencias comunitarias, académicas e institucionales en la formación del talento humano, investigación y en la ejecución de programas. El segundo: sobre integralidad, interculturalidad y compromiso con la acción. El tercero: sobre justicia social para la permanencia y el vivir bien de los pueblos. El cuarto sobre: avances y retos en los sistemas de salud interculturales. Este año se llevara a cabo el quinto sobre: salud intercultural un camino a la equidad.

2. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

El IV Conversatorio sobre Salud Indígena: Avances y Retos en los Sistemas de Salud Interculturales convocado por el GISI, se desarrolló los días miércoles 24 al viernes 26 de octubre de 2012. El evento tuvo como sede el auditorio de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia los días 24 y 25 de octubre, y el día 26 de octubre en el Coliseo del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, en la ciudad de Medellín, Colombia.

En cuanto a la organización académica del evento, se contó con dos modalidades de presentación, la de ponente invitado y la de ponente seleccionado (mediante convocatoria abierta de experiencias e investigaciones relacionadas con el tema de salud indígena). Dentro de los ponentes invitados hubo participación de profesores, investigadores y funcionarios de instituciones internacionales tales como: el Ministerio de Salud Intercultural del Azuay del Ecuador; Organizaciones Indígenas como la (ONIC), la Organización Indígena de Antioquia (OIA), y el Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC); de instituciones académicas nacionales como la Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana y la Universidad Cooperativa de Colombia. Otros como Grupo Semillas Estructura. También se contó con la participación de Médicos Tradicionales, Abuelos, Sabios y Sabias de varios pueblos indígenas de Colombia de los Departamentos del Amazonas, Antioquia, Cesar, Cauca, Caldas y Putumayo.

Las conferencias se organizaron de acuerdo con el tema central y los componentes del SISPI, en 4 ejes temáticos: primero, Sistemas de Salud Interculturales; segundo, Político Organizativo; tercero, Planeación, Administración y Gestión y cuarto, Educación, Formación Integral en Salud e Investigación. Al final de cada sesión se abrió un espacio para el diálogo, preguntas y reflexiones entre los asistentes y expositores.

Finalmente, en el último día del evento se realizaron mesas de discusión de acuerdo a los cuatro ejes temáticos del Conversatorio, para reflexionar, y hacer propuestas en torno a las conferencias de los días anteriores. Allí, se identificaron problemáticas comunes, y se propusieron algunas rutas o acciones, que permitieran articular y priorizar el trabajo futuro de actores académicos, comunitarios e institucionales en el área de la salud indígena.

Paralelamente al desarrollo de la agenda académica, se contó con otros espacios que fortalecieron el conversatorio, como fueron los rituales de armonización al

inicio y cierre del evento, las muestras artesanales de varios pueblos indígenas del país, las presentaciones de danzas tradicionales y muestras de videos en el auditorio relacionadas con el tema de la Salud y las culturas Indígenas.

Se registraron vía online un total de 229 personas, de las cuales participaron presencialmente en promedio 81 personas de diversos orígenes geográficos y culturales; pertenecientes a pueblos indígenas, resguardos, organizaciones indígenas, medios de comunicación, universidades, fundaciones y profesionales independientes.

3. ARMONIZACIÓN Y APERTURA

Para dar apertura al evento, se realizó una armonización, la cual estuvo a cargo del *Jaibaná*[†] Wilson Andrés Tamaniz Tascon, con asesoría de la abuela Lucía Yagarí, de la etnia Embera Chamí del resguardo indígena de *Karmatarrua* (Cristiania), Antioquia.

Este ritual se hizo en la plazuela de la Sede de Investigación Universitaria (SIU) de la Universidad de Antioquia, a partir del uso de plantas medicinales, cantos y danzas, para dar bienvenida al aprendizaje y dialogo del Conversatorio, donde participaron los asistentes al evento.



[†] Personas indígenas que mantienen el conocimiento de las plantas medicinales y la curación de enfermedades. (10)

4. SISTEMAS DE SALUD INTERCULTURALES

4.1. Sistemas de salud interculturales del Ecuador

*Por: Yadira Cabrera
Responsable Salud Intercultural del Azuay-Ecuador.
Ministerio de Salud de la República del Ecuador*

La Dra. Yadira Cabrera, del Ministerio de Salud Intercultural del Azuay, Ecuador, abrió la serie de ponencias del IV Conversatorio sobre Salud Indígena. Su valiosa exposición se enfocó sobre los avances y logros alcanzados en la hermana República del Ecuador sobre la salud de los pueblos indígenas.

El punto de partida son los años sesenta, década en que las organizaciones campesinas e indígenas ecuatorianas empezaron a reunirse y luchar por sus derechos, impulsando la reforma agraria. En los ochenta y noventa estas organizaciones se fortalecieron y tuvieron mucha influencia en los gobiernos nacionales, fomentando una educación que usara su propia lengua y creando un sistema de educación nacional bilingüe.

La Dirección Nacional de Salud Indígena se formó el 13 de septiembre de 1999, y tiene como objetivo ejercer y fortalecer las políticas interculturales dentro del Ministerio. En 2009 hubo una nueva reforma en que se involucró la medicina ancestral y alternativa.

Conceptos importantes

Hay que matizar sobre algunas definiciones. Ante todo qué significa *Interculturalidad* y *Cosmovisión*. *Interculturalidad* quiere decir compartir, conocer, reconocer y convivir. Mientras que *Cosmovisión*, es la manera como el ser humano mira, concibe, representa y se relaciona con el mundo.

Avances del sistema de salud intercultural

La constitución política del Ecuador reconoce la interculturalidad en su constitución; sin duda, un gran avance. De hecho, La Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud implementa el Plan Integral de Salud, respetando el desarrollo y la promoción de la Medicina Ancestral.

La Dra. Yadira toca el tema de las Parteras, haciendo hincapié sobre las normas y protocolos para la atención del parto culturalmente adecuado, la implementación de centros pilotos y una guía metodológica para su atención y desarrollo, además la adecuación física y las prestaciones de los servicios de salud. Otro aspecto por tener en cuenta, es el uso del diccionario en lengua *Kichwa*[‡] y, también el diccionario en lengua *Shuar*[§] para los trabajadores de la salud.

Se busca formar el personal de salud con competencia intercultural, mediante capacitaciones de sensibilización para el fortalecimiento de hombres y mujeres en la medicina ancestral. Al momento, hay alrededor de 9500 agentes de medicina intercultural, aunque al comienzo la gente tenía miedo y no se identificaba, por temor a persecución.

Entre los avances significativos se destacan: la certificación comunitaria de los agentes de medicina ancestral, la elaboración del código de ética para su ejercicio, el fortalecimiento de conocimientos a parteras ancestrales, la organización de redes de hombres y mujeres en medicina ancestral, la investigación de las diversas cosmovisiones culturales y de las plantas medicinales, además de la capacitación en terapias alternativas.

Entre las dificultades que se tienen, está la formación de personal profesional con enfoque biomédico; no hay un enfoque integral; no hay un enfoque teórico intercultural; también, las personas no se están identificando y, al investigar esta situación, se encontró que existe discriminación, algo que se identificó al momento de involucrar la variable étnica; prevalece la antigua lógica del servicio de salud institucional; tampoco existen en el país, universidades que oferten profesionales de la salud con especialidad en medicinas alternativas.

Entre los retos que se tienen para mejorar los sistemas de salud interculturales están: fomentar más la investigación; contar con profesionales de la salud y que las universidades brinden esa oferta, un profesional con una formación integral y, sobre todo, que las áreas curriculares integren la interculturalidad; fortalecer las identidades de los pueblos y las nacionalidades; establecer convenios y alianzas con el sector educativo, entre otros.

[‡] Lengua de la etnia Kichwa, ubicados en la Sierra (11)

[§] Lengua de la etnia Shuar, ubicados en el Amazona entre Ecuador y Perú (12).

4.2. Sistema indígena de salud propio e intercultural (sispi)

Por: Jesús Teteye

Taita pueblo indígena Bora

Comunidad de la Chorrera, Dpto. de Amazonas, Colombia

Consejero de Medicina Tradicional y Salud Occidental

Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)

El SISPI, Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, es una pieza clave para la unión de pueblos y culturas indígenas. Su objetivo es desarrollar un sistema de salud integral e intercultural en el marco del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas de Colombia. Se centra en el reconocimiento de cuatro componentes: primero, sistemas de salud interculturales, segundo, político organizativo, tercero, administración y gestión, y cuarto, educación, formación integral en salud e investigación.

El desarrollo de la democracia y el reconocimiento en la Constitución Nacional Política de Colombia, de los grupos étnicos y sus expresiones culturales, que permiten involucrar en el sistema de salud a las poblaciones indígenas, respetando la operatividad de sus taitas en la aplicación de su medicina ancestral, y así generar en el sistema de salud la practica intercultural; donde se reconocen y se relacionan los saberes de la medicina ancestral y la occidental.

Para lograr este objetivo, es necesario tener en cuenta la relación Ser Humano-Territorio, basada en 4 componentes:

- Condiciones de Protección = Sistema de soberanía alimentaria.
- Espacio y condiciones para proteger la medicina tradicional.
- Condiciones de Amenaza = Tierra insuficiente.
- Explotación de tierras y tema minero.

Avances del proceso

- Unidad por parte de todas las organizaciones indígenas del país.
- Consolidación de la Comisión Técnica Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.
- Consolidación de la metodología para el diálogo de saberes, que permita la socialización y retroalimentación del sispi en todos los departamentos con presencia indígena.

Dificultades del proceso

La aplicación de la normatividad y las inmensas dificultades que se han presentado con la ley 100 de 1993 y el conflicto que vive actualmente el sistema de salud, son obstáculos que no han permitido llevar a feliz término dicho proceso, además de la falta de compromiso del Ministerio de Salud, el cual no brinda las garantías necesarias para avanzar en los procesos de interculturalidad.

4.3. Concepción de salud indígena: médicos tradicionales de los pueblos indígenas embera *chamí* y *katío*.

Por: Arnulfo Baquiaza

Jaibaná Pueblo Embera Chamí

Resguardo Karmatarrúa, municipio de Jardín –Dpto. Antioquia.

En cuanto a los conocimientos ancestrales de los médicos tradicionales, se dice que existe una comunicación directa con los espíritus de la naturaleza; se habla con ellos y se cuidan como la vida misma. Es en el mismo territorio, donde se cultivan y se procesan las plantas medicinales, que luego se utilizan como medicamentos en las enfermedades de sus comunidades.

Para ellos la gestación hace parte de la bendición de los dioses; por eso el ritual con las mujeres embarazadas, es una forma de expresión cultural para agradecer el origen de la vida.

Las comunidades indígenas, como grupos étnicos cuidan y mantienen la salud ambiental con un equilibrio ecológico, y previenen el riesgo de contaminación desde la tradición oral, prácticas y rituales de las nuevas generaciones, que hoy se extienden no solo a su propio territorio, sino al mundo entero. Es importante capacitar en cuanto a los instrumentos y tecnologías, que permitan la conservación de las mismas.

Se deben crear y fortalecer cadenas de comunicación entre los pueblos indígenas, para la planeación y ejecución de políticas ambientales, permitiendo el intercambio de saberes, que conlleven a la participación comunitaria. Además, ejercer un liderazgo en la planeación estratégica de políticas en salud y ambiente, como se establece en la Constitución.

Debido a la entrada de empresas multinacionales a las comunidades, existe un mayor riesgo de contaminación ambiental y daño ecológico. Estas empresas

tienen intereses netamente económicos; desconociendo e ignorando el desarrollo sostenible y el cuidado ecológico de los territorios.

Como consecuencia, se incrementan los desastres naturales, se disminuye la capacidad de producción de alimentos para la comunidad, se aumenta la pobreza y el conflicto armado, generando muertes y desplazamiento forzado a las ciudades.

5. COMPONENTE POLÍTICO ORGANIZATIVO

5.1. Ruta jurídica para los sistemas de salud intercultural

*Por: Jaime León Gañan Echavarría
Abogado constitucionalista, Doctor en derecho
Profesor, Facultad de Derecho, Universidad de Antioquia*

Decir que la salud es un derecho fundamental, significa el cambio de paradigma de aspectos políticos, sociales, económicos y culturales. Es diferente hablar de derecho a la salud y de Sistema General de Seguridad Social en Salud. El sistema articula parte del derecho, y el derecho se refiere a los instrumentos jurídicos de mayor relevancia.

Uno de pilares del derecho a la salud, es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, contrario al sistema actual que se concibe como un sistema morbicéntrico, es decir, el foco del sistema es la muerte o la enfermedad.

Por esta razón, no se puede permitir que ese sistema de aseguramiento privado, se inmiscuya en el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI). Los principios propios de los pueblos indígenas, deben defenderse y además, estar en consonancia con su cosmogonía.

Con la Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes, en México, 2004 y en España, 2007, no hay un derecho superior a otro, todos están en la misma categoría y se articulan. No puede haber un derecho a la vida digna, si no se cuenta con una buena vivienda y educación. Es decir, los derechos se articulan, pero están en el mismo plano, por lo cual se debe hablar solo de derechos humanos.

El bloque de constitucionalidad y en especial la constitución, tiene varios artículos que son la base conceptual de la dignidad humana: la propia vida, que implica bienestar, calidad de vida, respeto y solidaridad. La constitución, también se refiere al derecho a la igualdad. En un Estado social de derecho no solo es importante tener el derecho, sino gozar efectivamente de él.

El derecho a la salud es *universal*, esto significa *cobertura y equidad sin distinción*, para toda la población colombiana, incluyendo las comunidades indígenas. El estado tiene la obligación de garantizarlos.

Son *irrenunciables*. Se puede renunciar a algún tipo de prestación en salud, si la persona no la quiere, pero no se puede renunciar al derecho a la salud. Son inalienables, indivisibles e imprescriptibles; los derechos fundamentales no prescriben, es decir no se agotan con el tiempo.

Son sistémicos y articulados con otros derechos. Por otra parte, es importante tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud. Deben ser integradores, porque convocan deberes: solidaridad, participación y autocuidado.

Todos los derechos se interpretan basados en el principio “Pro homine”, lo que significa que todo derecho fundamental, debe ser a favor de la persona.

Las comunidades indígenas tienen una circunscripción especial a nivel político, lo que les permite una participación especial. Una posible ruta jurídica para el derecho a la salud de los pueblos indígenas en Colombia es:

1. Asamblea constituyente por la salud indígena.
2. Acto legislativo sobre la salud indígena
3. Una ley estatutaria

Se deben exigir políticas de salud; procesos de capacitación adecuados a los pueblos indígenas; el *habeas salud*: es la invocación de exigir la salud como derecho.

5.2. Temazcalli, medicina preventiva y curativa de los pueblos mesoamericanos

Por: Alfonso Tenoch

Abuelo y líder espiritual de la tradición del Camino Rojo

México

Andrea Buitrago

Doula

A modo de introducción, “La madre tierra nos da la vida”. Es el *Temazcal* Colombia la práctica ancestral que mejor representa este principio, donde se sustenta y contextualiza la existencia de los pueblos indígenas. Es por esto, que esta práctica debe ser el primer derecho de la medicina ancestral, para integrar los principios básicos de la vida misma: mente, cuerpo y espíritu.

Como representación de la vida, en esta ceremonia se hace un reconocimiento a la mujer como dadora de vida, pues son ellas las que se encargan de traerla a

la madre tierra. En ésta recibe así el don de ser madre por convicción, y no por accidente como sucede hoy en día; contextualizando así el nacimiento de los niños. Además la figura del *Temazcal* es un pequeño vientre, dentro del cual interactúan los cuatro elementos (tierra, aire, fuego y agua). Siendo la única práctica ancestral que integra estos 4 elementos, se considera que permite tener al alcance de la mano, toda la medicina preventiva de la naturaleza; por esto la herbolaria es parte importante de este proceso.

Para el abuelo Alfonso Tenoch, en estos procesos de medicina ancestral, lo primero que hay que curar es la mente, ya que ahí radican muchos de los males en el planeta. La mente del ser humano es la parte que enferma el cuerpo y el espíritu. Así, cuando la mente está enferma, se enferma el cuerpo. Un ejemplo, es la piel, siendo el órgano más grande del ser humano, logra reflejar todas las reacciones espirituales y mentales del mismo. El *Temazcal* además de limpiar el pensamiento, repercute de manera fundamental en otros aspectos de la salud, como la circulación.

Muchas de las personas de hoy, no gozarían de buena salud si no existiera el temazcal. Este es un encuentro que puede ser de amistad, lo cual implica que puedan darse diferentes tipos de temazcal. Existen *Temazcales* para la búsqueda de la visión, para la danza del sol, para crear compromisos entre los seres humanos y temazcales recreativos, entre otros.

Como conclusión, el *Temazcal* es el sistema purificador de todos los sistemas naturales.

5.3. Estructura organizativa de los sistemas de salud interculturales

Por: Juan Bautista Agreda

Médico tradicional, Pueblo indígena Kamëntsa.

Comunidad Kamsá, Dpto de Putumayo, Colombia

Juan Agreda tuvo la oportunidad de compartir las enseñanzas de su padre junto a sus hermanos, con quienes comparte el ejercicio de la medicina tradicional en la comunidad de *Kamsá* del Valle del Sibundoy. Tras ser elegido como alcalde mayor en su cabildo, gestionó la forma de legalizar los medicamentos (yagé, coca, etc.), con lo cual pretende articular la medicina tradicional y la medicina occidental.

Comenta haber reunido a las parteras, las mamitas y los aprendices, para buscar una solución al problema. Tras su participación, plantearon un reconocimiento propio de las prácticas tradicionales y una posterior legalización de las mismas. De esta necesidad de reconocimiento de las plantas medicinales, surge la Asociación de Médicos Tradicionales.

A pesar de este avance, se presenta una problemática con el mal manejo de las plantas ancestrales. Por ejemplo, el yagé se está comercializando sin la experiencia ni los conocimientos necesarios para sus suministro. Esta mala práctica de consumo, trae grandes perjuicios para las personas que lo consumen sin un debido ritual de preparación. A estos hechos lamentables, se suma la crisis económica dentro de las comunidades indígenas, por la cual, surgen gran cantidad de médicos tradicionales falsos, que solo buscan el beneficio económico por encima de la salud de los pacientes y dan un mal uso de las prácticas tradicionales.

Otra problemática existente en contra del buen uso de las prácticas tradicionales, ha sido la discriminación que hay entre los no indígenas y los indígenas, ya que la historia da cuenta de un trato de “animales de monte” a estos últimos. Es preocupante que la vergüenza de ser indígena pueda acabar con prácticas milenarias.

Para dar un correcto manejo a esta problemática, en este momento la Asociación de Médicos Tradicionales está trabajando con el Ministerio de Salud. Esta es una manera de generar interacción con la medicina occidental, y que el gobierno haga parte del proceso de recuperación de las costumbres indígenas.

“En conclusión, nadie sabe con certeza de donde viene el yagé, cada cultura tiene su rezo y su canto, si se hace en inglés se pierde la esencia. Le estamos trabajando a eso y los invito a que nos unamos, ya que la intención a través de la cultura es la de sanar”.

5.4. Organismos competentes en salud

Por: Fernando Castellón

Director de investigaciones y coordinador región Tolima

Grupo Semillas Estructura

Una obsesión de los conquistadores fue aniquilar a los *Pijao*. El gran resguardo de Ortega Chaparral reconocido por la colonia española sobre una extensión de 103.700 hectáreas fue poco a poco desintegrado y repartido, de tal manera

que actualmente solo 3000 hectáreas quedaron en manos de los indígenas. Tal situación fue advertida por Manuel Quintín Lame, quien murió en Ortega y promovió las bases de la recuperación cultural y política de los *Pijao* actuales.

En ese contexto de enormes pérdidas territoriales y constantes agresiones a la vida e integridad de un pueblo, la medicina ha perdido mucha fuerza y manejo, pero subsiste.

En cuanto a las características climatológicas del Departamento del Tolima, allí está presente el clima frío, seco y muy seco. El territorio de los *Pijaos* está en el desierto de la Tatacoa, el cual ha venido creciendo. Hay un problema serio de disponibilidad de tierras. No hay lluvias constantes por meses. Al no haber agua suficiente, no hay alimentos, ni soberanía alimentaria.

Según los estudios sobre los cambios climáticos en Colombia, el Tolima es el Departamento más afectado por estas condiciones. En 30 años, se ha evidenciado un aumento de 1,5 grados de temperatura; se ha reducido la agricultura entre un 5 y un 10%; por otra parte, las tasas de desplazamiento son muy altas.

Otra problemática, es la agricultura agrotóxica en el arroz, el algodón y otros productos; hay 15000 hectáreas de maíz transgénico. Gracias al glifosato –y no tanto por la coca- hay un elevado consumo de agua y erosión de los suelos. Se suma a ésta, la desvalorización del conocimiento tradicional.

Por otra parte, la producción de alimentos proviene únicamente del Tolima. Produce principalmente, carne, plátano y arroz. La comida es comercializada a Bogotá. Se ha encontrado, que estos productos regresan a Ibagué y posteriormente a los municipios de Tolima, aumentando sus precios.

Es preocupante la posible entrada de una empresa; la cual va hacer obras de minería en esta población, lo que significa usar la poca agua que queda para esta actividad.

Los sabios dicen, que el territorio sufre “*Pijao enferma*”, por este motivo se está secando el paisaje, lo que ocasiona aridez en los corazones y el estómago. El territorio, está enfermando a las personas. La EPS *Pijao Salud*, ha observado que las comunidades, sufren patologías según los ciclos de invierno y verano.

Existen grandes problemas de salud en las comunidades. La EPS *Pijao Salud*, es una de las instituciones amenazadas por falta de recursos. Los métodos propuestos por la Ley 100 de 1993, para enfrentar esta problemática son limitados.

Los *Pijaos* están en el centro de Colombia. Es una zona estratégica, pero con muchas necesidades. El mecanismo para dar solución a esta problemática es mediante las prácticas ancestrales con el fin de permanecer como pueblo étnico. Algunas de las estrategias que se destacan son: la escuela como medio para la promoción de promotores en salud; la construcción de jardines con plantas medicinales; y los encuentros de médicos tradicionales y gestores culturales.

6. PLANEACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

6.1. Financiación de los sistemas de salud

Por: Danilo Antonio León Suárez

Médico tradicional EmberaChamí del resguardo CañamomoLomapieta

Municipio de Riosucio, Caldas.

Coordinador del área de gestión y administración de la IPS MINGA

Asociación indígena del Cauca (AIC)

El área de gestión y administración de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) MINGA, nace de la Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas, debido a que funciona bajo parámetros y reglas, donde la medicina indígena es el eje central.

Como parte de las políticas económicas, se busca analizar si los diferentes entes en salud, están dando respuesta a las necesidades reales de las comunidades del departamento. Existen recursos para la medicina propia, los cuales deben someterse a un control. Por tal motivo desde la Asociación, se hacen reuniones mensuales para analizar los proyectos existentes, y hacer planeación según las necesidades de las personas.

Gracias a esto, el avance se ha hecho más evidente, debido a que los médicos ancestrales han ganado un espacio importante dentro de su territorio, lo que ha permitido la defensa de sus derechos. Esto conlleva a la apropiación de las políticas de salud, respetando los conocimientos ancestrales articulados a la medicina tradicional en el Sistema General de Salud.

Actualmente, en las EPS, los médicos tradicionales no son reconocidos, debido a su enfoque ancestral. Por esta razón el trabajo que se viene realizando, se enfoca hacia el reconocimiento de la labor de los médicos tradicionales y el bienestar de la comunidad. Un resguardo que no tiene médico tradicional, tiende a desaparecer, porque se pierde la parte espiritual.

También, existen intereses de empresas multinacionales, a las cuales no les conviene el desarrollo y reconocimiento de la medicina tradicional, como por ejemplo las empresas de medicamentos, ya que para éstas no es rentable que las personas hagan uso de las plantas medicinales. Además de la falta de reconocimiento de las prácticas tradicionales, existe la preocupación por la posibilidad de que

patenten remedios ancestrales, lo que se convertiría en la extinción de las prácticas y de los sabedores. A pesar de los obstáculos, se habla de avances, gracias a la unión de los pueblos indígenas mediante la espiritualidad.

Logros:

- Se ha logrado que los programas y proyectos en salud tradicional, sean desarrollados y ejecutados por los mismos médicos tradicionales, con la finalidad de que estos mismos puedan hacer fiscalización de los recursos; y de esta manera que sean destinados a fines comunes como por ejemplo el cuidado de los sitios sagrados, los cuales están en la mira de empresas multinacionales por el material que hay allí.
- Ser pioneros en las decisiones en salud en los resguardos; esto gracias al empoderamiento de las comunidades.
- Complementar la medicina tradicional con la occidental, a partir de encuentros.
- Los recursos para salud tradicional son ejecutados por la Asociación de Médicos Tradicionales mediante actividades de fortalecimiento de los saberes.
- Se han realizado capacitaciones en transformación de plantas y su uso adecuado.

5.2. Experiencias significativas relacionadas con los sistemas de salud: prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida en comunidades Wayú de maicao

Por: Carlos Rojas

Profesor, Grupo de Epidemiología

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

El VIH/Sida es una enfermedad transmisible, sistémica y crónica, ocasionada por un virus. Es un tema de relevancia en salud pública; ya que en el mundo hay alrededor de 34 millones de personas infectadas y cada año mueren aproximadamente 2 millones por esta causa. En Colombia se estima que hay 150.000 personas infectadas.

En cuanto a la relación del Sida con los indígenas, se comenta que en Canadá hay aproximadamente 1.000.000 de indígenas, los cuales aportan el 25% de los casos nuevos por esta enfermedad del total de la población del país. En Colombia se desconocen datos acerca de esta problemática.

La investigación tiene como antecedentes estudios en el Resguardo de Cristiania (Jardín-Antioquia) en el año 2010, donde se realizaron varios proyectos, ya que desde el año 2000 se comenzaron a reportar casos. Se encontró que hubo un total de 10 casos de VIH entre los 1742 habitantes del resguardo.

En las Comunidades Wayúu del municipio de Maicao- Guajira, se tiene información de 29 casos diagnosticados en una población de más de 50.000 personas. Por esta razón, el objetivo general del proyecto es investigar, diseñar, implementar y evaluar una intervención intersectorial orientada a la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida en Comunidades Wayúu de la Guajira en el periodo 2012- 2014.

El territorio Wayúu por ser fronterizo entre Venezuela y Colombia, conlleva a una especial difusión y desarrollo de la enfermedad. Por Maicao está el paso principal de personas entre Venezuela y Colombia; para los Wayúu no existe ninguna restricción para trasladarse de un país a otro. Muchos de ellos tienen residencia en Maracaibo (Venezuela), pero viven en la Guajira colombiana.

Participación de las comunidades

- Consulta previa con autoridades tradicionales, explicando el proyecto.
- Consentimiento informado de cada uno de los participantes.
- Una Comisión Indígena en Maicao hizo la revisión y traducción de instrumentos a Wayuunaiki**.
- Aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

En cuanto a la gestión institucional, se cuenta con el apoyo de instituciones tales como: EPS indígena Anas Wayúu, Asocabildos, IPS indígenas Sumuywayat y Mediser, Universidad de Manitoba- Canadá, Universidad de la Guajira, Universidad de Antioquia, Colciencias y Gobernación de la Guajira.

Para la comprensión del VIH se usa un modelo, donde no solo se toma en cuenta lo individual, sino también los determinantes sociales, con la finalidad de intervenir de manera más amplia el problema. Algunos factores estructurales son:

- Violencia y discriminación
- Conflicto armado
- Entorno político local en salud

** Lengua básica de la etnia Wayúu

- Cambio demográfico
- Acceso al sistema de atención en salud.

El equipo operativo cuenta con personal que habla *Wayuunaiki*, lo que fortalece el proceso investigativo. Estos son los que interactúan directamente con la comunidad en los procesos de recolección de la información. Se usa sistema de georreferenciación para un mejor acceso a las comunidades y elaboración de mapas del territorio, los cuales servirán como insumo para las EPS.

En cuanto a los resultados, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad no supera el 50%; el objetivo es que esta cifra aumente aproximadamente hasta un 80%. Por otra parte, el 82% de las personas nunca se habían realizado la prueba de VIH.

Además de las pruebas de VIH, se están haciendo exámenes para diagnosticar Sífilis; esto se hace a partir de pruebas rápidas. Se han realizado 740 pruebas en 48 comunidades; teniendo como resultado una prueba positiva para VIH y cuatro para Sífilis.

La intervención del proyecto consiste principalmente en educar y capacitar a los actores claves, tales como las autoridades tradicionales, las profesionales de salud y el grupo operativo.

7. ATENCIÓN INTERCULTURAL

7.1. Fomento y atención intercultural

*Por: Hipólito Muchavisoy
Médico tradicional del pueblo Inga
Departamento de Putumayo, Colombia*

La participación de los médicos tradicionales en el Sistema de salud es limitada; debería existir el complemento entre la medicina tradicional y occidental, puesto que cada una tiene la capacidad de intervenir desde diferentes puntos. Es importante el reconocimiento gubernamental de la medicina indígena.

La unión de los médicos tradicionales, hacia la recuperación de las prácticas ancestrales es la finalidad para evitar la pérdida de estos conocimientos. Se debe tener la articulación con la madre tierra y el territorio, ya que es el contexto de desarrollo de esta medicina, que permite la transmisión y el encuentro espiritual.

Existe una pérdida de médicos tradicionales, ya que los más viejos se están muriendo; la esperanza esta puesta en las nuevas generaciones.

*Jhon José Gañan Lengua
Jaibana, Pueblo Embera-Chamí, Dpto de Caldas, Colombia
Presidente de la Escuela de Medicina Tradicional Jaibia San Lorenzo*

El trabajo de la Asociación de médicos tradicionales de Caldas, se fundamenta en el rescate de la tradición, y transmisión de estos conocimientos. Se requiere la creación de más escuelas, donde se enseñe y se fortalezca la medicina tradicional; actualmente se tienen 4, cada una con aproximadamente 25 o 30 personas estudiando.

A pesar de que se enseñe la medicina ancestral, ésta estará siempre en la memoria de los mayores y será transmitida de generación en generación. El reto es como hacer que la medicina propia pueda ser cultivada y conservada en una sociedad donde prevalece el consumo.

7.2. Salud propia e intercultural

Por: Norman Bañol

Concejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC)

En cuanto a los antecedentes: La Ley 100 de 1993, y sus reformas (Ley 1122 de 2007 y Resolución 1478 de 2006), no fueron consultadas con los pueblos indígenas y demás minorías étnicas del país; lo cual atenta contra el bloque de constitucionalidad. Las comunidades indígenas se vieron obligadas a afiliarse al régimen subsidiado en su mayoría, por esta razón acudían al Decreto 1811 de 1990, donde dice que la atención en salud para poblaciones indígenas debe ser gratuita, sin embargo esta es brindada en el marco de la necesidad.

En el año 2005-2006 la Alcaldía de Riosucio, por medio de la Dirección Local de Salud, realiza una propuesta para implementar estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), lo cual no fue posible porque algunas personas estaban en el régimen contributivo. En el 2007 se apoyan las Secretarías de los resguardos indígenas. En el año 2008-2009 se construye la plataforma estratégica de la ESE. Durante el año 2010 se realiza un proceso de concertación con el Ministerio de la Protección Social para ejecutar la primera fase de adecuación sociocultural, que estaba contemplada en la Ley 691 de 2001. Durante el año 2011, se encuentra que no se estaba haciendo inversión directa en el fortalecimiento de la medicina ancestral y la partería, por lo cual se hizo una exploración de las otras EPS, y en concordancia con las autoridades y la comunidad deciden trasladarse a una EPS que estaba invirtiendo en el fortalecimiento de lo propio. Finalmente, después de un año se acepta el traslado a la EPS Indígena, Asociación Indígena del Cauca (AIC).

A partir de la entrada de la AIC a Riosucio, se comenzó a trabajar desde la IPS con un enfoque indígena, en el marco de minga. Ésta se trabaja bajo tres componentes:

- Fomento de la salud desde las prácticas culturales.
- Autonomía alimentaria.
- Medicina indígena.

En el caso de Rio Sucio se trabajaron las siguientes áreas específicas:

- Espiritualidad.
- Buen vivir, en el término de calidad de vida.

- Identidad.
- Movimiento por la salud.

En cuanto a las experiencias desde lo propio están la Asociación de Médicos Tradicionales, las escuelas de medicina tradicional por cabildos, programas o subsecretarías de salud propias, Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas. Desde lo alopático están las siguientes experiencias: incidencia en la plataforma estratégica, personal rural y existencia de promotoras de salud, contratación del régimen subsidiado asegurado y sensibilización a los profesionales de la salud sobre la coexistencia de las formas de medicina.

Se debe exigir el derecho a la salud para los indígenas, el cual se hace efectivo a través del SISPI. Desde lo intercultural se pretende: la complementariedad entre las medicinas, una adecuación interinstitucional de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los organismos adscritos, fortalecimiento de los temas por parte de los responsables, voluntad de trabajo del equipo, diversidad de conocimientos en la medicina tradicional y occidental y compromiso del cumplimiento de las estrategias.

Dentro de los aspectos a mejorar: comunicación con las autoridades políticas y autoridades espirituales, aprendizaje y manejo de metodologías y tecnologías para registrar la información, mejoramiento de la planeación de las diferentes acciones y profundización de las propuestas para el manejo de los recursos para la medicina propia.

Se logra el posicionamiento del SISPI en los escenarios nacionales de la mesa permanente de concertación y el Ministerio, reconocimiento de la condición técnica por parte de la mesa permanente, las diversas entidades del gobierno y la participación de las IPS indígenas.

En cuanto a los avances del SISPI, se rescata la apropiación de éste por parte de las organizaciones nacionales y algunas regionales, protocolización de la consulta previa y la formalidad de la comisión.

Los retos y desafíos son: entender que el proceso iniciado en cuanto a la gestión de los recursos está en una etapa de investigación y afianzamiento del modelo de atención intercultural; reconocer que la implementación del SISPI genera la posibilidad de que se consolide un proceso de salud indígena y se establezcan mejores criterios para el relacionamiento intercultural; afianzar y respaldar los procesos de fortalecimiento que vienen desarrollando las Secretarías de Salud de los

diferentes Cabildos; tomar la decisión de una infraestructura propia en salud (EPS indígena); hacer un análisis integral de la situación de salud indígena y articular los planes, programas y proyectos definidos para las intervenciones en salud.

7.3. Piraguas, experiencias de un trascendental encuentro de saberes

Por: Natalia Vargas Grisales

*Estudiante IX semestre de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana
Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB)*

Piraguas nació de un grupo de estudiantes con intereses de ayudar a las comunidades indígenas. Actualmente están realizando actividades en Antioquia y Chocó. El propósito es capacitar comunidades y participar en la comprensión del proceso salud-enfermedad de forma intercultural, mediante el diálogo de saberes. Además se hacen brigadas de salud en conjunto con las IPS indígenas.

Se ha logrado capacitar a 1200 indígenas, a partir de las charlas que se han brindado, 17 comunidades visitadas, reconocimiento por parte de organizaciones indígenas y sensibilización de los estudiantes de medicina frente a la medicina tradicional.

Se hizo una muestra fotográfica llamada “encuentros”, mostrando el trabajo con las comunidades, también se le enseñaba a las personas sobre la cultura de estas comunidades.

A partir de esta experiencia, se quiere desarrollar un plan de formación en agentes de salud indígena, con la finalidad no solo de enseñar a las personas sobre la medicina occidental, sino de aprender de sus prácticas, medir el impacto de las actividades educativas y el autocuidado, implementar un laboratorio clínico de comunidades indígenas y encontrar una financiación externa.

7.4. Pautas de crianza en la comunidad embera Chamí

Por: Alexandra Panchi

Licenciada en Pedagogía de la Madre Tierra

Escuela Karra, Municipio de Dabeiba, Departamento de Antioquia, Colombia.

En las comunidades indígenas se han venido evidenciando algunos problemas como: abandono de menores, matrimonio a temprana edad, explotación sexual y violaciones. Por esta razón, la importancia del cuidado y la conservación sana del niño y el adolescente.

El objetivo de este proyecto es: promover el desarrollo integral de la pauta de crianza de los niños y niñas Embera Eyabida desde la gestación hasta los 15 años de edad, respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad entre un ser armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos en cuanto a la protección y cuidado de los niños y niñas.

Como metodología, se hicieron conversatorios con sabios y sabias, visitas a sitios sagrados y talleres con jóvenes, madres, padres y la comunidad.

La partera juega un rol muy importante durante el proceso de gestación y nacimiento del bebe. Ésta debe cuidar durante el embarazo a la mujer. Procurar que la gestante se alimente adecuadamente y lleve a cabo las prácticas tradicionales correspondientes, tales como los baños, consejos y conjuros. Le debe hacer una ecografía Embera, en la cual se invocan animales para saber el género del niño que va a nacer. La persona embarazada debe ser amable, y alimentar su corazón con actitudes positivas; con la finalidad de transmitir esto al bebe.

Al momento del nacimiento, la partera debe estar pendiente del neonato, y hacer refrescos con plantas medicinales, bañarlo con Jagua; para que éste no se enferme más adelante.

Durante el proceso de crecimiento y cuidado de la niña Embera, se deben seguir haciendo rituales y baños con plantas medicinales, para que crezca sana y sea juiciosa. En la pubertad y especialmente cuando tiene su primera menstruación, se deben hacer los procesos tradicionales adecuados con los sabios y *jaibanás*.

El proceso de embarazo y cuidado de la niña, es similar al que se debe hacer con la madre tierra. Por esta razón, las pautas de crianza deben estar basadas en lo propio. La danza y el fortalecimiento de la lengua, por ejemplo, debe incluirse en la enseñanza propia.

7.5. Usos y abusos del yagé (una aproximación intercultural)

Por: Emerson Hipólito

Doctorado en Ciencias Sociales

Chindoy Luna

Comunidad CamëntsáBiyá - Valle del Sibundoy en el Alto Putumayo

Emerson representa a la comunidad *Kamentsá* del alto Putumayo. Allí la investigación sobre aspectos de la naturaleza ha mostrado ser de gran interés colectivo. Por esto, uno de los aspectos que han venido trabajando junto a los mayores y sabedores de su comunidad, ha sido cómo enfrentar la transformación que ha sufrido el uso del yagé, pasando de ser una herramienta ancestral y cultural, a un producto mercantilizado.

Durante una revisión de diversos trabajos sobre yagé hechos por occidente, se ha encontrado que existen tres grandes grupos en los que se pueden enmarcar dichos estudios:

1. Los etnográficos: estudios que se acercan al universo simbólico y las formas de uso; generando así una interpretación y traducción de los saberes.
2. Los farmacológicos: donde se estudian las propiedades químicas del yagé y sus componentes.
3. Los anecdóticos: estos se basan en experiencias personales.

Expresa, encontrar un problema en dichos estudios, radicado en la marcada concepción occidental de diferenciación entre naturaleza y hombre, tendiendo así a la fragmentación, a la escisión.

En la lógica *Kamentsá*, esta diferenciación no tiene lugar. En ésta el creador, la madre tierra, la naturaleza y el pueblo; son los mismos hombres, en cuyo centro está el sabedor tradicional que conoce y administra el yagé; el cual es curación y equilibrio. El *tatsembua*^{††} le da una representación particular al *Kamentsá* con el universo, por lo que las prácticas alejadas de este contexto adquieren otro sentido.

Una de las intenciones de entablar puentes, convergencias y el establecimiento de diferencias; es poder pensar y replantear hasta qué punto es posible hacer un dialogo de saberes a partir de una metodología intercultural. A pesar de que la

†† Médico tradicional de la cultura *Kamentsá* (13)

mayoría de relaciones entre los mundos *Kamentsá* y occidental son divergentes, vivimos en un momento transgeneracional, lo que puede ser usado para generar un puente entre las nuevas generaciones y las pasadas.

Otro aspecto que resalta en su conferencia, es la importancia de realizar esfuerzos por lograr un común acuerdo al interior de las comunidades indígenas, como primer paso para participar externamente. Esto encaminado a resarcir las fracturas, y en conjunto encontrar puntos de encuentro que fortalezcan el pensamiento indígena.

Uno de estos aspectos que reflejan las divergencias de pensamiento entre las comunidades indígenas, han sido los intentos por regular las prácticas ancestrales, respetando la cosmovisión y las leyes de origen de cada pueblo. El presentador comenta que hubo un primer intento de establecer la regulación ética de las prácticas tradicionales a partir del yagé. Los pueblos Siona, Coreguaje, Inga, Cofán y *Kamentsá* fueron quienes participaron de ese primer intento de regulación. Sin embargo, aún no existe un código de ética u deontológico, y a su modo de ver, este tema se les ha salido de las manos; lo que se ve reflejado en mal uso y abuso en nombre del yagé.

8. EDUCACIÓN, FORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD E INVESTIGACIÓN

8.1. Proyecto tuberculosis en las comunidades indígenas de Antioquia: epidemiología y creencias

Por: Johan Sebastián Lopera Valle

Estudiante VIII semestre de Medicina

Universidad Pontificia Bolivariana

Corporación para Investigaciones Biológicas CIB

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa en los pulmones ocasionada por una bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Es de importancia en salud pública, debido a que afecta a 1/3 de la población mundial. En Colombia se presentan 26 casos por cada 100.000 habitantes y en Antioquia 32 casos por cada 100.000 habitantes. Las comunidades indígenas de América Latina son altamente vulnerables a esta problemática, por factores como: la pobreza, falta de territorio, necesidades básicas insatisfechas, desempleo, difícil acceso a los servicios de salud.

El objetivo del proyecto fue mirar que tan frecuente era la tuberculosis en comunidades indígenas de Antioquia y conocerla percepción de las personas acerca de la transmisión y control de la enfermedad.

La muestra poblacional fue seleccionada con la ayuda de la OIA. Se tomaron muestras para diagnosticar tuberculosis y se hicieron entrevistas en algunas comunidades indígenas, con previo consentimiento informado.

Durante aproximadamente 2 años de estudio se visitaron 10 comunidades indígenas de 7 municipios del departamento de Antioquia (Dabeiba, Frontino, Necoclí, Ciudad Bolívar, Valparaíso, Mutatá y Pueblo Rico). Estas comunidades pertenecen a la etnia Embera (Katiós, Chami, Eyabida, dobida). Participaron un total de 717 personas, correspondiente al 35% del total de la población de las cuales 113 tenían los síntomas de la enfermedad, por lo cual se les tomó la muestra para tuberculosis y 6 salieron positivas. La incidencia calculada fue de 291 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a las percepciones, las personas conciben la enfermedad no solo como una afección física, sino también espiritual. De las 10 comunidades, 6

consideran que es importante asistir al médico occidental para que le administre los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, de estas, 1 comunidad piensa que el tratamiento debe ser combinado con la medicina tradicional. Por otra parte, 4 comunidades pensaban que no eran necesarios los medicamentos proporcionados por el sistema de salud, ya que con la medicina tradicional era suficiente. Todos los resguardos consideraban la enfermedad como grave y mortal.

La tuberculosis es 9 veces más frecuente en las comunidades indígenas, que en la población general del departamento de Antioquia, y 12 veces más frecuente en comparación a todo el país.

En conclusión, es indispensable generar espacios en los cuales se realicen intercambios de saberes, permitiendo de esta manera que las personas comprendan la importancia de los tratamientos occidentales, acompañados de los procesos espirituales propios, para que la tuberculosis no siga cobrando vidas en las comunidades indígenas.

8.2. Sistema intercultural de salud - Antioquia: avances, fortalezas y dificultades

Por: Leonardo Domicó Domicó

*Indígena Embera Katío, Resguardo Shever, municipio de Dabeiba, Antioquia
Organización Indígena de Antioquia (OIA)*

Realizar una mirada en el tema de salud actualmente, es de trascendental importancia. Observar como los pueblos indígenas lo están asumiendo y direccionando es fundamental. Cada uno de estos pueblos es responsable de construir y dirigir sus procesos, para no quedarse en los vicios que han sido característicos de las políticas de salud del Estado colombiano.

La salud enfocada desde una concepción de derechos, es secundaria en Colombia, su concreción es muy lenta. Desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss), siempre se está planteando que el derecho de salud debe partir de un deber individual y no colectivo, dejando al margen el papel que tienen los procesos de salud, el saber y la práctica de la medicina ancestral, atravesada en su esencia por una fuerza espiritual.

En la discusión sobre un sistema de salud propio que parta de las necesidades y fortalezas de las comunidades indígenas del país, la concepción debe estar

articulada a la funcionalidad y racionalidad; desde allí deben trabajar los pueblos indígenas, enfrentando de esta manera el enfoque de mercado. Con respecto a eso, una forma de contrarrestarlo, es a partir de la recuperación de la medicina ancestral como un elemento vital, que garantiza la tranquilidad y el descanso a nivel espiritual del hombre y la mujer indígena. Se debe no solo conceptualizar la medicina ancestral, sino verla, pensarla y sentirla como indígena, además, pensar la forma como ésta pueda estar al servicio y el funcionamiento de la comunidad, independientemente de si hay beneficio económico o no.

Desde la OIA, la atención intercultural en salud se entiende como algo que debe partir de una atención conjunta; de esta forma, hay un reconocimiento del saber ancestral como algo importante y un complemento. Para la medicina tradicional no existe una perspectiva individual, característica de la medicina occidental (o alopática) en el cual el médico carece de un enfoque espiritual, algo que es esencial para la salud de los pueblos indígenas. Sobre este aspecto, es importante sentar la voz de que los pueblos indígenas están en la plena capacidad de exigir respeto y validez de esos conocimientos ancestrales. Si bien, esos otros saberes son validados por un certificado o un título, el conocimiento propio y/o ancestral tiene el respaldo de la naturaleza y por esta razón está en la plena capacidad de reclamar validez.

Las actividades programadas y planificadas en pro de la salud, deben estar traducidas a la propia dinámica de la comunidad; en ello, un aspecto importante que no puede dejarse al margen, son las voces de la comunidad para que las decisiones que se tomen al respecto, estén amparadas por la autonomía, la participación y la intervención, tanto del médico ancestral como del médico convencional (occidental o alopático). En el proceso de la interculturalidad debe haber un verdadero reconocimiento de la medicina ancestral, una verdadera intención de cambiar; de lo contrario, sería solamente un discurso.

De acuerdo al diagnóstico del estado actual en los procesos de salud de los pueblos indígenas de Antioquia (Embera Chamies, Embera Dobidas, Embera Eyabidas, Zenues y Guna Dules) y de los otros pueblos indígenas de Colombia, la medicina ancestral tiene como desafío, la posibilidad de avanzar desde la perspectiva de la integralidad; algo que es una estructura fundamental para abordar la visión de la medicina ancestral. Además, un aspecto importante en ese sentido, es la práctica donde la ritualidad tiene un significado fundamental para la atención y el tratamiento de la persona y de la comunidad. Una práctica que no debe estar exenta de esa visión holística de los pueblos indígenas, donde entran a jugar también un papel importante la espiritualidad y lo político-organizativo.

9. DISCUSIÓN DE LAS MESAS DE TRABAJO

Las plenarios de discusión del IV Conversatorio sobre Salud Indígena, estuvieron articuladas a los cuatro ejes temáticos, en torno a los cuales giró este evento: componente político-organizativo; administración y gestión; salud intercultural; y educación, formación e investigación. A continuación, se presentan las principales conclusiones de las mesas de discusión, basadas en una serie de preguntas guías, elaboradas por el Grupo de Interés en Salud Indígena.

9.1. Mesa de discusión 1: componente político organizativo

Moderador: Abad García Orozco

Relator: Luca Catullo McBride

Preguntas guía:

- ¿Cómo el SISPI puede fortalecer los planes de vida de los pueblos indígenas?
- ¿Cuáles son los mecanismos jurídico-legales para materializar la implementación del SISPI?
- ¿Cuáles son los entes y mecanismos de inspección, vigilancia y control que asegure el funcionamiento adecuado del SISPI?
- ¿Cuáles son las implicaciones de los Tratados de Libre Comercio (TLC) para el SISPI?
- ¿Cuáles son las estrategias políticas de las organizaciones indígenas para evitar el exterminio físico y cultural de los pueblos?
- ¿Quiénes y cómo se toman las decisiones en la comunidad?
- ¿Qué rol juegan los médicos tradicionales en este proceso?
- ¿Qué tanto las organizaciones indígenas están consultando a las comunidades indígenas respecto a planes o proyectos que los van a afectar?
- ¿Cómo fortalecer el tema de las consultas previas, libres e informadas respecto a intervenciones y proyectos en salud indígena?

La discusión giró en torno al SISPI, a la concepción del Sistema Occidental de Salud, a la concepción del Sistema Ancestral de Salud y finalmente algunas experiencias y propuestas sugeridas por los integrantes de la mesa.

En cuanto al SISPI, constituido en Villeta-Cundinamarca, entre el 10 y 13 de mayo del 2010, muchos indígenas manifestaron no conocerlo. Por otra parte, algunos piensan que no debe ser un proyecto, sino una ley constitucional, que mantenga la visión ancestral.

El *Sistema Occidental de Salud*, está concebido de forma piramidal, donde el poder está en la parte de arriba. Esta creado de esta manera, como un mecanismo de dominación, bajo un pensamiento de mercado y administración del Estado. Esta forma de organización conlleva a la explotación, destrucción y contaminación de los recursos naturales.

Por lo contrario, el *Sistema Ancestral de Salud*, concibe la pirámide de forma diferente, como lo expresa un abuelo *Uitoto*: “con un enfoque holístico, epistemológico y homeográfico”, es decir de forma integral. Donde, en un primer nivel está la tierra, en un segundo los concejos, y en un tercero el trabajo.

La tierra es concebida como un tesoro, porque brinda las plantas y los alimentos. Se debe cuidar, porque de lo contrario, las consecuencias son muertes, guerras, consumismo, etc. Para el cuidado de ésta, son necesarios los rituales, los mitos (importantes para recordar los conflictos y el pensamiento), la palabra y la maloka (representa el microcosmos); esto permite el bienestar de las comunidades. Por esta razón, no están de acuerdo con el despojo de sus territorios.

Es importante la representación de las Organizaciones Indígenas (ejemplo: ONIC) para que no haya más abusos, discriminación y explotación de la tierra.

La segunda franja del triángulo la representa los concejos, como un mecanismo de orientación para el uso adecuado de los recursos naturales; cuidado de la madre tierra, los arboles; forma de pescar y cazar, etc., con la finalidad, de encontrar un equilibrio ecológico.

La tercera franja, habla del trabajo. Son las manos del hombre, que deben tocar la tierra, no el acero de los tractores porque no tiene pensamientos. Se debe saber trabajar con amor, reforestar cada vez que se usa un árbol, para que haya equilibrio. Cuando se tiene remuneración económica por el trabajo, se genera la destrucción del mundo y del hombre.

Para que haya vida y salud en el hombre, la administración debe estar fundamentada en los sabios, taitas, mamos, abuelos, médicos tradicionales, *jaibanás*. La labor de éstos, es controlar los poderes de la naturaleza. La funcionalidad del sistema ancestral se concibe en espiral, mediante el lenguaje, los ritos, las ceremonias y las danzas.

En cuanto al reconocimiento de los médicos tradicionales, se habló sobre una experiencia en Riosucio. El alcalde de este municipio es indígena, y al momento

de tomar alguna decisión o formular proyectos, generalmente llama a los médicos tradicionales. Este es un ejemplo de interculturalidad.

Otra experiencia es de la Asociación de Médicos Tradicionales de Caldas (ASOMETROC), la cual viene trabajando en un modelo de salud ancestral, que beneficia a las comunidades indígenas. Se ejecuta bajo 5 puntos: partería, espiritualidad, administración y gestión, buen vivir, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la mesa surgieron varias propuestas, la primera es formular un Plan de Gestión del Medio Ambiente, con un enfoque ancestral e integral. Segundo, es importante fortalecer la comunicación y el uso adecuado de tecnologías en las comunidades indígenas, para que haya una interacción de conocimientos mediante estos medios. También, se debe reforzar la comunicación entre los mismos pueblos étnicos, fortaleciendo de esta manera la pluralidad lingüística. Se proponen las mingas, como medio para lograr estas interacciones.

9.2. Mesa de discusión 2: componente de planeación, administración y gestión

Moderador: Edilgardo Loaiza

Relatora: Alba Lucía Gómez

Preguntas guía:

- ¿Cuáles son los criterios para el reconocimiento de los médicos tradicionales ante el sistema?
- ¿Cómo se va a definir el alcance de los procedimientos asistenciales o de salud de los médicos tradicionales?
- ¿Cuáles son los lugares más adecuados para atender a la población indígena que necesite asistencia de un médico tradicional?
- ¿Cómo enfrentar los problemas de contaminación de la madre tierra?
- ¿Qué instancia estará a cargo de la inspección, vigilancia y control del SISPI en su parte administrativa y de gestión?
- ¿Cuántas y quien define las Unidades Administrativas Indígenas, y su ubicación en el territorio?
- ¿Cómo solucionar la barrera del idioma en caso de que se presente?
- ¿Bajo qué parámetros de acceso se brindaran medicamentos occidentales?
- ¿Qué parámetros mínimos de calidad, higiene y saneamiento se pretende ofrecer a las diferentes comunidades en servicios y atención, que no

interfieran con la medicina tradicional?

- ¿Se van a utilizar procedimientos administrativos estandarizados y cómo van a realizarse los controles pertinentes?
- ¿Cómo es la participación de los médicos occidentales en el SISPI?
- ¿Cómo se está generando el dialogo y la búsqueda de consenso entre los diferentes pueblos?
- ¿Cómo se tiene definida la Promoción y la Prevención en salud en el SISPI?

Durante esta mesa de discusión surgieron 4 temáticas grandes que fueron: primero, el reconocimiento de los médicos tradicionales; segundo, el alcance de los procedimientos asistenciales o de salud de los médicos tradicionales; tercero, vigilancia comunitaria y cuarto, la contaminación ambiental. A continuación se desarrollan cada una de las anteriores temáticas, partiendo de la participación de los integrantes de la mesa.

En cuanto al *reconocimiento de los médicos tradicionales*, éste es dado en la mayoría de veces, por las mismas comunidades indígenas, sin embargo, es una prioridad encaminar esfuerzos hacia la recuperación de la memoria tradicional en los pueblos. Se habla sobre la importancia de entender las diferentes formas de ver el mundo, por parte de las comunidades, comprendiendo los aspectos similares y diferenciadores de cada cultura. Se debe enseñar a los occidentales, los beneficios que tiene la medicina tradicional, con el fin de identificar y valorar las fortalezas que tiene cada una.

Cada grupo étnico, tiene sus fortalezas en cuanto a medicina tradicional; unos por ejemplo saben más sobre botánica y otros sobre ritualidad. Es importante, la integración de estos saberes, con el fin de crear unos objetivos claros, para encaminar el tema de la salud intercultural.

Es importante entender que la gobernanza de la tierra es dirigida por los espíritus y son estos mismos, quienes dicen qué plantas sagradas son las que se deben usar para la curación. Por otra parte, es necesario fortalecer la ley de origen, quien da la vida y cuida de ella.

Desde la misma comunidad se deben generar códigos de conducta basados en principios éticos para las actividades que se realizan alrededor de la medicina tradicional.

En cuanto al reconocimiento económico, se piensa que se debe evitar involucrar el factor mercado para llevar a cabo estas prácticas ancestrales, porque se comienza a reflejar la ambición, además no se debe pagar con dinero a los espíritus sino con ofrendas. Sin embargo, para lograr que los médicos tradicionales trabajen de esta forma, es importante asegurar condiciones de vida dignas y bienestar en las comunidades.

En cuanto al *alcance de los procedimientos asistenciales o de salud de los médicos tradicionales*, inicialmente es necesario establecer la Asociación Colombiana de Médicos Tradicionales por regiones, de acuerdo con las experiencias y fortalezas de cada una. Para lograr esto, se deben mejorar los canales de comunicación entre las comunidades, con el fin de fortalecer el valor de la *unidad*, conociendo las fortalezas y debilidades de cada pueblo. Es importante también fortalecer la autonomía a partir de los concejos de abuelos y abuelas.

Es necesario realizar un listado básico de procesos a ofertar, y establecer programas de salud teniendo en cuenta concepciones de diferentes pueblos étnicos que permitan la interacción de diversos saberes. El lugar de atención del médico debe estar en la misma comunidad, e ir hasta la casa del enfermo. Todo lo anterior, basado en unos principios éticos, establecidos por las mismas personas indígenas.

Se debe tener un fondo común de recursos para atención intercultural con el fin de suplir las necesidades de las comunidades indígenas.

En cuanto a la atención de indígenas en las ciudades, se debe procurar una comunicación directa con las organizaciones indígenas del lugar (por ejemplo: OIA), de manera que ésta se entere de la situación de la persona, y pueda asegurar el acompañamiento de un traductor y médico tradicional, durante los procesos médicos.

En cuanto a lo anterior, existe un problema en la atención, y es cuando las personas indígenas que solo hablan la lengua nativa, llegan directamente a los centros de salud porque no se establece una comunicación efectiva con las organizaciones indígenas. Por otra parte, existen lugares de paso para los acompañantes, pero son muy retirados; por este motivo, muchas veces los indígenas prefieren quedarse en el hospital, aguantando hambre y frío, ya que no saben movilizarse por la ciudad. Por estas razones, se deben crear verdaderos mecanismos de comunicación, donde las organizaciones indígenas se enteren realmente de la realidad de las personas enfermas que están en la ciudad.

La *vigilancia comunitaria*, debe hacerse a partir de informes comunitarios de gestión, donde se evidencie la distribución de los recursos, según las necesidades de la comunidad. Se deben generar canales de comunicación, que permita que las personas estén enteradas de la disponibilidad de recursos y su destinación.

Los gobernadores o sabedores, deben ser generadores de confianza, tanto entre la misma comunidad, como en los organismos del Estado.

Otro asunto que emergió en la mesa de discusión, es el tema de la *contaminación*. Los problemas ambientales se deben sanar desde el espíritu y el corazón; mediante el cambio de actitudes, aptitudes, y la enseñanza con amor, sabiduría, comprensión, buen servicio, pensamiento bueno y buen vivir. Es vital hacer actividades de perdón a la madre tierra, debido a la ambición del hombre y los daños que ha ocasionado a la naturaleza, mediante el rezo y la espiritualidad; rituales y ceremonias de sanación del agua, la tierra, el aire y el fuego, buscando el equilibrio entre estos elementos, para que la vida permanezca.

A partir de esto, se lograría cambiar la visión de dominación que genera pobreza e inequidad, por igualdad, armonía y respeto por el territorio y las tradiciones.

9.3. Mesa de discusión 3: componente de atención intercultural

Moderador: Oscar Montero

Relatora: Leidy Pavi

- ¿El territorio es sujeto de acciones de la salud indígena?
- ¿Qué rituales se deben hacer para mantener el equilibrio con la naturaleza en las comunidades indígenas?
- ¿Cómo debe ser la atención a la población indígena?
- ¿Qué estrategias se están realizando para mantener la medicina tradicional?
- ¿Cuáles han sido las principales dificultades para una verdadera atención en salud intercultural?

La discusión giró en torno a las estrategias para la recuperación y la liberación de la tierra, el saneamiento, la ampliación de los territorios y los resguardos. Cada resguardo debe tener un reconocimiento jurídico. Por otra parte, se debe fortalecer la unión entre los pueblos étnicos de Colombia; respetando los territorios, y entendiendo las diferencias de diversidad cultural de cada comunidad. Es indispensable mejorar la comunicación, para formular políticas en salud, encaminadas hacia la interculturalidad.

Para lograr la interculturalidad en salud, es importante primero, la unificación de criterios culturales. Se debe comenzar a hablar de Nación y no de pueblos indígenas. Por otra parte, se deben integrar la medicina tradicional con la occidental; permitiendo de esta manera, que las personas puedan elegir a cual medicina quieren acceder.

La coyuntura debe darse no sólo para la medicina tradicional y occidental, sino con otros sectores, como la educación. Se habla entonces de incluir los SEIP, en los Sistemas Indígenas Interculturales.

No solo se habla de las diversas articulaciones que deben darse, sino también de la humanización de los servicios de salud la mejora de la calidad en cuanto al tiempo, el buen trato y el buen servicio hacia los pacientes.

Se plantea que los protocolos médicos que se manejan dentro de las instituciones, establecidos por la Ley 100 de 1993, se hagan de manera interdisciplinaria y que estén adecuados a la medicina tradicional, de forma trascendental. Además, se debe seguir fortaleciendo el servicio de traducción, dentro de los centros hospitalarios.

Compartir el conocimiento ancestral, con las personas que no tienen conciencia de la existencia de los pueblos indígenas, es una de las estrategias para lograr un mayor reconocimiento de los resguardos y las organizaciones indígenas que los representan; las cuales han venido ejerciendo una coordinación, de acuerdo con las necesidades de cada pueblo, y respetando la diversidad como tal.

La guardia indígena, cumple un rol muy importante dentro de las comunidades, ya que sus miembros son los guardianes de los territorios; cuidándolos y protegiéndolos. Por esta razón, es importante apoyarla.

9.4. Mesa de discusión 4: componente educación, formación e investigación en salud intercultural

Moderador: Sergio Cristancho

Relatora: Carolina Luna

Preguntas guía:

- ¿Cuál debería ser la temática de los cursos sobre salud indígena que se puedan orientar en las facultades del área de la salud en las universidades colombianas?
- ¿Cómo puede aportar la investigación que diferentes actores académicos llevan a cabo sobre salud indígena para fortalecer el SISPI?

La discusión se hizo basada en 3 temáticas: formación comunitaria, educación formal e investigación. A continuación se presentan las observaciones principales de los participantes.

Formación comunitaria

Inicialmente, se habló sobre la *formación del médico tradicional o Jaibaná*. Para ser médico tradicional se deben tener dones de los espíritus de las montañas, y consultar con los médicos ancestrales de la comunidad quienes evalúan si puede comenzar su proceso de aprendizaje. Los aprendices deben viajar a diferentes territorios, y conocer diferentes médicos tradicionales. La educación inicia desde el vientre de la mujer hasta que la persona muere.

En cuanto al reconocimiento, éste es dado por la comunidad. Se está en el proceso de obtener un carnet por parte del resguardo, sin embargo es importante obtenerlo también por parte del Ministerio de Salud, por sus conocimientos en plantas medicinales.

El médico tradicional es el interlocutor entre las plantas y los espíritus. Una de las principales funciones del médico tradicional, es diagnosticar al paciente, con el fin de saber si puede ser curado con plantas medicinales o debe ser remitido al médico occidental.

En cuanto a las plantas medicinales, éstas deben ser traídas de las montañas y sembradas en las huertas de las casas con el fin de tenerlas cerca en caso de una urgencia, además, para no acabar con las plantas que están en las montañas.

Actualmente existe un problema, y es la pérdida de confianza en la espiritualidad y el *Jai*^{**}, por parte de las familias; lo que pone en riesgo la existencia de los médicos tradicionales. Por esta razón es importante la transmisión de saberes, que se da principalmente de los padres a los hijos, el fortalecimiento de la medicina ancestral y la botánica al interior de las comunidades.

Se resalta la importancia de la promoción de la *educación a nivel familiar* desde lo individual hacia lo colectivo, ya que es este el espacio para promover el bienestar, sin depender totalmente de las instituciones externas. De esta manera se contribuye a la seguridad alimentaria, el cuidado de la naturaleza y la salud de la comunidad.

Educación formal

La educación formal se ha venido llevando a cabo dentro de las mismas comunidades, mediante capacitaciones a las personas; por ejemplo, en la transformación de plantas medicinales, y la formación de promotores de salud

^{**} *Jai* es una palabra Embera que significa espíritu. Se refiere a problemas o enfermedad (14).

desde el enfoque occidental, entre otros. Cuando este tipo de formación es impuesta, se corre el riesgo de romper las dinámicas de vida, y las costumbres de las comunidades indígenas.

Con la finalidad de generar un encuentro de saberes entre la medicina tradicional y occidental, y no sólo capacitar en las comunidades, sería conveniente incluir como un eje transversal (longitudinal), el tema de salud ancestral en los currículos de las escuelas, colegios y universidades para fortalecer el tema de identidad étnica. En Ecuador, se ha logrado consolidar un *Sistema Intercultural de Educación*. Este modelo es bilingüe y se enseña desde que los niños comienzan en la escuela. Sin embargo, existen obstáculos a nivel universitario, precisamente cuando el profesional se enfrenta a las comunidades; por esta razón, un reto en el Ecuador es la integración de la interculturalidad a nivel de educación superior.

Algunas de las propuestas que surgieron en la discusión en cuanto a la inclusión del tema de salud indígena en los currículos universitarios, están encaminadas hacia la inclusión de asignaturas con enfoque intercultural en las carreras médicas occidentales; donde el estudiante tenga la oportunidad de aprender sobre el manejo de las plantas y la espiritualidad. Sin embargo, se debe ser cuidadoso en este aspecto, ya que la universidad está compuesta de diversos pensamientos, y se puede correr el riesgo de que éstos conviertan los conocimientos ancestrales en un mercado. Por otra parte, se resalta la importancia de la labor social por parte de los profesionales.

En el Ecuador, la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENACYT), regula las políticas y mallas curriculares. Existe una normatividad, para que todos los estudiantes de medicina hagan proyectos de desarrollo comunitario. Para este efecto deben desarrollar el 70% de cada materia en las comunidades.

Para el componente educativo, se propone una orientación basada en estrategias pedagógicas, que sean vivenciales y lúdicas tales como juegos, obras de teatro, conversatorios que permitan el encuentro de saberes de forma continua, caminatas, reconocimiento de plantas, etc. De igual manera se utilizan cartillas donde se ilustran los saberes ancestrales; lo anterior enfocado en unos ejes establecidos sobre la medicina ancestral, como son el cuidado del cuerpo, la espiritualidad, el territorio y la alimentación.

Según experiencias en Ecuador, se debe consolidar la interculturalidad mediante una *política*, que permita el reconocimiento de la medicina ancestral; acogiendo

no sólo el tema de educación, sino también de salud. Esta es una experiencia que puede ser aplicada en Colombia, para los SEIP y para el SISPI.

Investigación

Es importante dejar muy claro al momento de investigar, el tema de propiedad intelectual. Para hacer investigación en las comunidades, es importante reconocer la diversidad cultural. Por esta razón, se debe tomar en cuenta antes de iniciar los procesos investigativos, la concepción que tienen las poblaciones indígenas en cuanto a las problemáticas de su territorio, y la forma como debe ser abordada la metodología. Sería conveniente que las organizaciones hicieran un banco de prioridades investigativas para socializárselo a la academia. Por otra parte, es importante involucrar a miembros de la comunidad, a lo largo de todo el proceso investigativo desde la definición del tema hasta la implementación de las acciones derivadas de la investigación.

Los indígenas tienen sus propias maneras de hacer investigación ancestral; por esta razón se deben explorar y estudiar estas metodologías, para que sean validadas. En cuanto a las metodologías de investigación más apropiadas para el abordaje de la salud indígena, son aquellas que involucran a la comunidad de una manera equitativa y que tienen un impacto a corto plazo en la salud de la comunidad (ejemplo: Investigación Acción Participativa (IAP) o Community Based Participatory Research (CBPR)).

Entre las técnicas más relevantes para la recolección de la información, están las entrevistas, los pequeños grupos de discusión, los foros comunitarios y otras estrategias más novedosas como es fotovoz^{§§}. Se debe tatar de captar la “experiencia” de las personas, y no solo la descripción de lo que hacen o no hacen.

Los indígenas manifiestan estar cansados de tanta investigación en sus comunidades, ya que en la mayoría de casos, no genera ningún beneficio inmediato; además, muchas veces es impuesta, más no en consenso con ellos. Aunque, no se puede desconocer que existe la gran desventaja de que no hay suficientes fuentes de financiación para este tipo de proyectos, por la falta de conciencia que aún existe en los entes financiadores; por esta razón los proyectos en la mayoría de ocasiones se quedan solamente en la generación de conocimiento y no pasan a la fase de intervención.

^{§§}Técnica de recolección de datos a partir de fotografías (15).

10. PROYECCIONES

Las siguientes son algunas de las proyecciones del trabajo a realizarse en salud indígena, surgidas en la plenaria final del evento:

- Reconocimiento de la interculturalidad a nivel constitucional o de una política pública, que permita reconocer y compartir la diversidad cultural, prácticas y conocimientos ancestrales.
- Reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental no solamente como un servicio.
- Fortalecimiento educativo intercultural para el personal de salud, mediante la capacitación y sensibilización acerca de los conocimientos ancestrales de las comunidades.
- Articulación de SEIP en el SISPI, permitiendo el reconocimiento y articulación de los conocimientos ancestrales en educación y salud.
- Fomentar la investigación a nivel de las comunidades. Esta debe tomar en cuenta a las personas en la identificación de necesidades, las metodologías ancestrales de investigación y un mayor compromiso con el logro de impactos a corto plazo.
- Creación y fortalecimiento de cadenas de comunicación entre los pueblos, para la participación, planeación y ejecución de proyectos que los involucren ejerciendo de esta manera un liderazgo mucho más activo a nivel político, con una unificación de criterios culturales.
- Fortalecimiento de las prácticas ancestrales, medicina tradicional y partería, mediante el diálogo de saberes, reconociendo las fortalezas de cada pueblo.

11. Registro fotográfico



Danilo Antonio León Suárez
Médico tradicional Embera Chamí del resguardo Cañamomo Lomapieta, Riosucio, Caldas. Coordinador del área de gestión y administración de la IPS minga, Asociación indígena del Cauca (AIC)



Jesús Teteje
Taita pueblo indígena Bora. Comunidad de la Chorrera, Amazonas, Colombia. Consejero de Medicina Tradicional y Salud Occidental. Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)



Fernando Castrillon
Director de investigaciones y coordinador región Tolima. Grupo Semillas Estructura



Blanca Tascon.
Indígena Embera del Resguardo de Cristianía, Antioquia



Yadira Cabrera
Responsable Salud Intercultural del Azuay-
Ecuador.
Ministerio de Salud de la República del Ecuador



Olga Bailarin
Indígena Embera del resguardo de Cristiania,
Antioquia.



Osbaldo Tascón.
Indígena Embera del resguardo de
Cristiania, Antioquia.



Abuela *Lucía Yagari*
Etnia Embera Chamí del resguardo indígena de Cristianía, Antioquia.

Jhon José Gañan Lengua
Jaibana, Pueblo Embera-Chamí, Dpto de Caldas, Colombia
Presidente de la Escuela de Medicina Tradicional Jaibia San Lorenzo



Carlos Rojas
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



Presentación de danza Grupo Inga



Mesa de discusión:
Hipólito Muchavisoy, estudiante UPB
Norman bañol
Jhon José Gañan Lengua

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas [Internet] [Consultado 2010 Jul 5] Disponible en: http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=684&Itemid=252.
2. WHO. The Mental Health of Indigenous Peoples; an International Overview [Internet] [Consultado 2010 Ago 5]. Disponible en: <http://www.who.int/hhr/activities/indigenous/en/>.
3. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia. Documento de Trabajo No. 1: Bogotá, 2004.
4. Organización Nacional Indígena de Colombia. Autoridad de Gobierno, Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC [Internet] [Consultado 2010 Jul 19]. Disponible en: <http://www.onic.org.co/actualidad.shtml?x=36694>.
5. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(2): 121-130.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Pueblos indígenas: dialogo entre culturas. PNUD. Bogotá, 2012.
7. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia [Internet] [Consultado 2013 oct 15]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Documentos%20T%C3%A9cnicos%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica/Perfil%20Epidemiol%C3%B3gico%20P.%20Ind%C3%ADgenas%20Parte%202.pdf>.
8. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados ACNUR. Situación Colombia indígenas [Internet] [Consultado 2013 oct 15]. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2012.pdf?view=1
9. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la mesa permanente de concertación. Líneas de trabajo y prioridades de la Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC, en busca de alternativas para el buen vivir [Internet]. [Consultado 2013

- oct 15]. Disponible en:http://cms.onic.org.co/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Doc_SISPI_Unidad_Indigena.pdf
10. Jaiberth A, Cardona Arias. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Embera- Chamí del Departamento de Caldas- Antioquia. *Rev. Salud pública* 2012; 14 (4): 630-643.
 11. Oralidad modernidad. Pueblos indígenas en el Ecuador Andino [Internet]. [Consultado 2013 Sep 24]. Disponible en: <http://www.puce.edu.ec/oralidadmodernidad/sierra.php>.
 12. Taisha J, Kayak A, Yanés F. Un poco de gramáticaShuar- Chicham. Quito-Ecuador: UNICEF; 2006.
 13. Palacios V. Análisis socioeconómico de los sistemas de producción agraria en los resguardos indígenas Tamabioy y San Félix de Sibundoy, Putumayo [Internet]. [Consultado 2013 Sep 22]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/6363/1/790759._2012.pdf.
 14. Valencia MP. Justicia Embera, identidad y cambio cultura [Internet] [Consultado 2013 Sep 22]. Disponible en: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/od/elotrdr026-27/elotrdr026-27-05.pdf>.
 15. Melleiro M. La fotovoz como estrategia para la recolección de datos en una investigación etnográfica. *Cienc. Enferm.* 2005; 11(1).

