

*PIRAGUAS MEDICINALES: UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN
EN SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS COLOMBIANAS*

*MEDICINAL PIRAGUAS: A PROPOSAL FOR HEALTH EDUCATION
FOR COLOMBIAN INDIGENOUS COMMUNITIES*

José Mauricio Hernández Sarmiento*
María Camila Calle Estrada**
María Camila Ospina Jiménez***
Mabel Dahiana Roldán Tabares****
Luis Felipe Álvarez Hernández*****
Laura Isabel Jaramillo Jaramillo*****
Lina María Martínez Sánchez*****

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo principal evidenciar el proceso de abordaje de actividades de educación en salud en las comunidades indígenas del Chocó en Colombia para la implementación de hábitos de vida saludables, además se pretende conocer la percepción que tienen los participantes de esta iniciativa, con el fin de evaluar el impacto que tienen estas intervenciones en el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de la

* Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
josem.hernandez@upb.edu.co

** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
maria.callee@upb.edu.co

*** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
maria.ospinaj@upb.edu.co

**** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
mabel.roldan@upb.edu.com

***** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
luis.alvarezh@upb.edu.co

***** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
laura.jaramilloja@upb.edu.co

***** Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
linam.martinez@upb.edu.co

comunidad. Para ello, se realizaron visitas a dichas comunidades y se ejecutó un programa educativo conocido como “Diplomado en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades infecciosas” para formar promotores de salud que transmitan el conocimiento adquirido a los miembros de sus comunidades. Se han capacitado más de 220 líderes indígenas del departamento del Chocó, pertenecientes a las comunidades Emberá (Dóbida, Chamí, Katío y Eperara Siapidara), Wounaan, Tulé y Zenú.

PALABRAS CLAVE: COLOMBIA * POBLACIÓN INDÍGENA * CALIDAD DE VIDA * MEDICINA TRADICIONAL * EDUCACIÓN * MEDICINA PREVENTIVA

ABSTRACT

The aim of this article is to demonstrate the process of approaching health education activities in the indigenous communities of Chocó, in Colombia, for the implementation of healthy lifestyle habits, in addition to knowing the perception that the participants of this initiative have, in order to evaluate the impact of these interventions in the improvement of the health conditions and the quality of life of the community. Visits were made to various communities and an educational program known as “Diplomado en hábitos de vida saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades infecciosas” was carried out, in order to train health promoters, who, in turn, transmitted the knowledge acquired to the members of their communities. More than 220 indigenous leaders were trained from the department of Chocó, belonging to the Emberá communities (Dobida, Chamí, Katío and Eperara Siapidara), Wounaan, Tulé and Zenú.

KEYWORDS: COLOMBIA * INDIGENOUS PEOPLES * QUALITY OF LIFE * TRADITIONAL MEDICINE * EDUCATION * PREVENTIVE MEDICINE

INTRODUCCIÓN

En Colombia, de acuerdo con el censo realizado en el 2005, la población indígena total corresponde a un 3,43% equivalente a 1 392 623 personas que conforman alrededor de 87 etnias o pueblos indígenas ubicados en los 32 departamentos del país (Departamento Administrativo Nacional De Estadística [DANE], 2007).

La mayoría de la población indígena se ubica en el área rural del país, en los resguardos indígenas legalmente constituidos, en las parcialidades indígenas o en territorios no delimitados legalmente. Se encuentran ubicados en las regiones naturales como la selva, las sabanas naturales de la Orinoquia, los Andes colombianos, en los valles interandinos y en la planicie del Caribe (DANE, 2007).

En la actualidad, existen 710 resguardos titulados ubicados en 27 departamentos y en 228 municipios del país, los cuales ocupan una extensión de aproximadamente 34 millones

de hectáreas, el 29,8% del territorio nacional (DANE, 2007). La población indígena hace presencia en la totalidad del territorio colombiano; sin embargo, 10 departamentos concentran casi el 80% del total de la población indígena del país, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: La Guajira con 19,98%, Cauca con 17,85%, Nariño con 11,14%, Córdoba con 10,85% y Sucre con 5,96%, Tolima con 4,02%, Cesar con 3,22%, Putumayo con 3,20%, Chocó con 3,17% y Caldas con 2,75% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En Colombia, los grupos indígenas se encuentran distribuidos en 81 familias lingüísticas, ocupando alrededor de 30 millones de hectáreas sobre el territorio nacional, con una población total acumulada de 658 000 personas (Montero, 2006). De acuerdo con la Constitución Nacional, el castellano es el idioma oficial de Colombia, pero las lenguas indígenas son también oficiales en sus territorios. En el país, se hablan 64 lenguas amerindias y una diversidad de dialectos que se agrupan en 13 familias lingüísticas.

Actualmente, en Colombia, el censo de pueblos indígenas es calculado con base en los grupos lingüísticos, no a comunidades específicas y se consideran solo las personas autoreconocidas como indígenas (DANE, 2005; Ministerio de Cultura, 2010b). Considerando lo anterior, la comunidad Embera alberga diferentes comunidades, entre las que se encuentran Dóbida, Chamí, Katío y Eperara Siapidara (fotografía 1). La primera cuenta con un total de 37 327 individuos, la gran mayoría (63%) ubicada en el departamento del Chocó (Ministerio de Cultura, 2010b); en la segunda, se reportan un

total de 29 094 personas, de las cuales 16 023 (55,1%) habitan en Risaralda. Porcentajes menores se ubican en los departamentos de Caldas (24,8%), Antioquía (7,3%), Caquetá, Valle del Cauca, Quindío y Choco (Ministerio de Cultura, 2010a), y la Emberá Katío cuenta con 38 259 personas, distribuidas en diferentes departamentos del territorio colombiano, como lo son el departamento de Antioquia (33,5%), Chocó (26,5%), Córdoba (13,4%), Caldas y Putumayo. Esta última comunidad representa el 2,7% de la población indígena de Colombia (Ministerio de Cultura, 2010c).

FOTOGRAFÍA 1

CLASE PRÁCTICA DE SOPORTE DE VIDA BÁSICO EN EL ADULTO A UNA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERA DEL CHOCÓ, COLOMBIA



Fuente: Tomada por los autores, 2019.

Asimismo, existen otras comunidades diferentes a Emberá como son las de Wounaan, Tulé y Zenú. La primera cuenta con una población de 9066 personas y la mayoría de sus habitantes se encuentran en el departamento de Chocó (84,1%). La segunda se compone de 2383 personas, aunque la mayoría habitan en Panamá, en Colombia se distribuyen principalmente en los departamentos

de Antioquía (51,6%) y Chocó (14,6%); y, la tercera, la comunidad de Zenú, es la más numerosa de las mencionadas, cuenta con 233 052 personas que representa el 16,7% de la población indígena colombiana. La mayoría de la población se ubica en los resguardos de San Andrés de Sotavento en el departamento de Córdoba (61,6%) (Ministerio de Cultura, 2010b).

Se observa que el 90% del territorio perteneciente a los resguardos se encuentra en ocho departamentos de frontera, esto genera consecuencias económicas y sociales importantes, pues a pesar de la magnitud de la extensión de los resguardos indígenas, el uso del suelo en donde están ubicadas estas comunidades presenta serias restricciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

A pesar de su inmenso valor cultural, estas comunidades viven en condiciones de vulnerabilidad, tanto económica como política, que no solo responde a problemáticas de guerra (Monje, 2014), sino también al interés de sus recursos naturales por parte de entes externos, todo ello se ve reflejado en las limitaciones para acceder, entre muchos otros, a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad. Como pueblos vulnerables al conflicto armado y por la institucionalidad del Estado colombiano, están al amparo de los convenios nacionales e internacionales que los protegen y de la diversidad étnica de su territorio. Asimismo, han sido sometidos a sucesivos desplazamientos forzados hacia las cabeceras de los ríos y quebradas, es decir, hacia sitios con mayor dificultad de acceso (Caisamo y Sarco, 2012).

Al tomar en cuenta el contexto colombiano anteriormente descrito, surge la iniciativa del Grupo Piraguas, un proyecto que cuenta con una trayectoria de 11 años, apostándole a la mejora en la salud y a la calidad de vida de los habitantes de las comunidades. El proyecto fue creado por dos docentes de la Universidad Pontificia Bolivariana quienes comienzan sus acciones con comunidades indígenas del departamento de Antioquia y luego con el transcurso del tiempo extienden su propuesta a las comunidades del Chocó.

Actualmente, el grupo Piraguas es un grupo conformado por estudiantes y docentes investigadores de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, quienes emprenden constantemente aventuras pedagógicas y médicas para orientar a comunidades indígenas del Chocó en prevención de enfermedades infecciosas y en la cohesión de saberes ancestrales con los adelantos de la ciencia. Se realizan diplomados denominados “Formación en hábitos saludables con el modelo de prevención de enfermedades infecciosas”; cada uno tiene una duración de seis meses y se realizan en cuatro momentos diferentes en los cuales se proponen dinámicas de trabajo con las comunidades indígenas, a través de diversos módulos dictados por estudiantes de medicina y voluntarios, para lograr transmitir conocimiento básico y práctico con el fin de que las mismas comunidades prevengan enfermedades infecciosas.

Generalmente, se les realiza una encuesta a los participantes del diplomado antes de iniciar las acciones educativas con el fin de indagar en ciertos indicadores de salud y en los comportamientos saludables de los habitantes, por lo que una vez concluida la intervención, se espera un tiempo prudente y luego se vuelven a evaluar dichos indicadores, así como, la percepción de los habitantes y las enseñanzas en hábitos saludables.

Se han capacitado más de 220 líderes indígenas del departamento del Chocó (mapa 1), pertenecientes a las comunidades Embera (Dóbi-da, Chamí, Katío y Eperara Siapidara), Wounaan, Tulé y Zenú, quienes se encargan de compartir estos conocimientos, aplicarlos en sus comunidades y de establecer un diálogo de saberes entre la medicina ancestral y la moderna.

MAPA 1
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO



Fuente: DANE, 2012.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, muchas de las comunidades indígenas del territorio colombiano han tenido que salir de sus epicentros para suplir las necesidades básicas como alimentación, vestido, entretenimiento, educación, entre otras. Por lo anterior, la cultura indígena, en sus múltiples subcomunidades,

está en riesgo de extinción tanto física como cultura (Ministerio de Cultura, 2010b). Esta realidad llama entonces a los entes educativos a buscar estrategias que por sí solas permitan la expresión libre y no cohibida de las diferentes tradiciones culturales, de manera que la diversidad cultural sea vista como una oportunidad de aprendizaje y no como una limitante.

La medicina tradicional y moderna son dos conceptos percibidos por algunos como diametralmente opuestos, pero entendidos como complementarios en muchos sentidos por otros; la medicina ancestral o tradicional se practica en diversidad de lugares alrededor del mundo y se fundamenta en conocimientos que han sido adquiridos empíricamente desde hace cientos de años, los cuales se han transmitido de generación en generación (Chang y Story, 2005).

De este modo, la unión de la medicina tradicional y la medicina moderna es una estrategia fundamental para el desarrollo del “Diplomado en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades infecciosas”, como se explicó anteriormente, con la ejecución del

diplomado se busca brindar a las comunidades diferentes estrategias para resolver sus propias situaciones de salud; no obstante, para los integrantes del grupo es indispensable que durante la educación y la formación de los promotores de salud, no se deba imponer el conocimiento, sino lograr una congruencia entre ambos tipos de medicinas (fotografía 2). En la literatura, a esto se le ha conferido el nombre de armonización de ambos saberes, ya que al lograr esta congruencia se busca que las comunidades acepten el conocimiento y las herramientas que se les brinda sin sentir que se está intentando reemplazar o invalidar las tradiciones que por años los han acompañado (Chang y Story, 2005).

FOTOGRAFÍA 2

FUSIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA MODERNA EN EL DIPLOMADO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES IMPARTIDAS A UNA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERA DEL CHOCÓ, COLOMBIA



Fuente: Tomada por los autores, 2019.

Así es como la armonización de saberes implica que el cuerpo docente se apropie de conceptos como “Interculturalidad Formativa”, el cual es entendido como aquella educación que se da en condiciones físicas y culturales que no agreden la diversidad, de manera que las

personas pertenecientes a minorías culturales sientan que son reconocidas por su diferencia y no excluidas por ella (Ibañez et al., 2018). De esta manera, son más receptivas al mensaje provisto por una persona a la cuál ve como autoridad, a pesar de que, al mismo tiempo,

la consideran ajena a sus experiencias de vida. Por esta razón, el grupo Piraguas ha implementado en su metodología educativa el desplazamiento a los epicentros de las diferentes comunidades indígenas participes del diplomado, de tal forma que el aprendizaje sea de manera bidireccional, en el cual las prácticas realizadas se ajusten a la realidad de la comunidad para facilitar el proceso de aprendizaje y de retención de la información provista. Esto se debe a que los factores de estrés, como estar lejos de su comunidad de origen y el desplazamiento, implican una reducción en el número de personas participantes, una disposición emocional poco favorable para el aprendizaje (Ibañez et al., 2018). Asimismo, esto supone una limitante para impartir el conocimiento por parte de los docentes, ya que se desconoce realmente cuáles son las condiciones de vida a las que deben ajustar las actividades prácticas.

El diálogo intercultural aparece entonces como una estrategia salvadora que permite el intercambio de opiniones, conocimientos e información entre dos o más personas que provienen de diferentes culturas, de manera que se puedan crear acuerdos que, basados en el respeto a la diferencia, permitan a las personas participantes retroalimentarse con prácticas y saberes más actualizados, sin dejar de lado los conocimientos ancestrales impartidos y adquiridos en su comunidad (Ministerio de Cultura, 2015).

Con respecto a lo anterior, surge el concepto de interculturalidad en la salud, el cual se define como una serie de acciones que implican, en primer término, tomar conciencia de la cultura del paciente para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud (Carreazo, 2004); de modo que implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo el proceso de salud y enfermedad (Alarcón et al., 2003).

Todas las culturas han desarrollado, y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud (Hasen, 2012). Los emberá, por ejemplo, en la enfermedad acuden al jaibaná, pero también acuden a otras

importantes figuras en su comunidad como los sobanderos, las parteras y los tongueros (adivinan la causa de la enfermedad a través del uso de plantas); sin embargo, en el área de la salud, se ha aceptado la medicina occidental como posibilidades para curar el cuerpo (Ministerio de Cultura, 2010c). De esta manera, se requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal (Hasen, 2012), y en donde los procesos educativos y los diplomados en hábitos saludables se implementen teniendo en cuenta las creencias y las costumbres de las comunidades, para así lograr que los conocimientos sean adoptados de forma correcta e impactar realmente en su condición de salud y en su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud ha definido los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2008). Existe una profunda desigualdad de oportunidades que ha caracterizado a los grupos étnicos, los cuales continúan siendo vulnerables en diversos aspectos sociales, económicos y políticos, hasta tal punto que sus condiciones de salud, pobreza, analfabetismo, generación de ingresos, protección social y acceso a servicios son más precarias que en otros grupos poblacionales (Puello et al., 2016).

El hecho de que las comunidades indígenas se encuentren expuestas a problemas de hacinamiento y vivienda, a la mala disposición de excretas y distribución de los residuos, el ambiente húmedo, la inadecuada alimentación, la ingesta de agua no potable, la constante migración por la exposición constante al conflicto armado y la falta de acceso a servicios de salud por las largas jornadas que deben recorrer para llegar a sus territorios, hacen que estas poblaciones sean

muy vulnerables a enfermedades infecciosas y parasitarias.

Por lo anterior, es fundamental llevar a cabo más estudios sobre las comunidades indígenas y sus conocimientos ancestrales para entender mejor su sabiduría y hacer que el diálogo de saberes sea la estrategia general para mejorar el estado de salud de estas poblaciones y lograr una interacción equitativa de las diferentes culturas.

DIPLOMADO Y CALIDAD DE VIDA

Como se mencionó anteriormente, el diplomado “Formación en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades” es una propuesta que busca impactar positivamente en las condiciones de salud de diferentes comunidades indígenas en Colombia y en la calidad de vida de sus integrantes, ya que se fomentan importantes acciones como el adecuado manejo del agua para el consumo, con lo cual se reducen las enfermedades infecciosas transmitidas por este medio y, consecuentemente, la morbimortalidad asociada a estas. El manejo de las aguas residuales y de los desechos permite una disminución de la existencia de los posibles reservorios de vectores y patógenos; de manera similar, el reciclaje permite impactar positivamente en el ambiente y mejorar la calidad del entorno, con lo que disminuyen las posibles enfermedades que hacen vulnerable a la población (Suárez, 2001).

La calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, así como, su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). En la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades; asimismo, su definición relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la calidad de vida que es producto de las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global (Salas y Garzón, 2013).

En este sentido, los diplomados impartidos buscan mejorar la calidad de vida entendiendo principalmente que este término refiere al desarrollo humano y al bienestar psicosocial que incluye participación, afecto, hábitos y valores para la vida diaria, experiencia solidaria, entre otros (Salas y Garzón, 2013).

ENTRE JAIBANÁS Y LA MADRE TIERRA

Para los pueblos indígenas, Emberá katío, Emberá Chamí y Emberá Dobida, el territorio representa la vida, es la madre naturaleza, es su casa donde se relacionan con todos los seres vivos, sus espíritus y sus energías de manera armoniosa. El conocimiento tradicional que heredan de sus ancestros permite que tengan esa relación íntima con todo lo que los rodea para poder seguir existiendo (Caisamo y Sarco, 2012).

La diversidad cultural debe ser considerada una riqueza del mundo moderno y Colombia no es ajena a ella. Afrocolombianos, raizales, palenqueros, pueblos indígenas, comunidades campesinas, mestizos y comunidades migrantes representan una de las principales riquezas que tiene el país (Araoz, 2012).

El sistema cultural de las comunidades indígenas ha estado basado durante cientos de años en tradiciones ancestrales; sin embargo, el contacto con la sociedad moderna, los medios de comunicación y la economía han ocasionado algunos cambios que indudablemente generan algunas tensiones para las dos partes (Cuenca, 2011).

El concepto de salud para las comunidades indígenas se ha ido modificando con los años. La enfermedad es considerada como la ruptura de la armonía que existe entre el ambiente, la comunidad, la familia, el cuerpo y el espíritu. Se trata de un concepto más amplio, si se compara con la concepción de salud que se tiene en el mundo occidental (Durán, 2018).

Para ayudar a mantener una buena salud, existen algunos personajes dotados de un conocimiento, que en algunas ocasiones es heredado, involuntario o impuesto por seres superiores (Granados, 2010). Estos entes, líderes de la comunidad y garantes de la armonía, tienen diferentes nominaciones según el grupo étnico,

algunas de ellas son: Payé, Piache, Máma, Eémohán, Jeque, Taita, Chamán, Kareka o Jaibaná, entre muchos otros.

En el pueblo Emberá, el líder del sistema de salud tradicional es conocido como jaibaná. Para este personaje, su principal función es mantener la armonía de los mundos reconocidos por la cultura Emberá, a saber:

- ✧ Mundo de Caragabi. Mundo del ser primordial, “Ankore” creador de todos los elementos y de los demás seres primordiales.
- ✧ Mundo de Trutruica. Mundo de los espíritus “Armucura”..
- ✧ Mundo Humano. Mundo de los Emberá.

Si la armonía entre estos mundos se rompe, empiezan a aparecer los diferentes problemas de salud, no solo a nivel personal sino también comunitario. En el nivel individual, el jaibaná será garante de que exista una paz espiritual y una salud integral para cada miembro de la comunidad (Jaramillo, 2018).

Sin embargo, él no es el único que se encarga de la salud de su comunidad, también están el Tonguero, el Hierbatero o Botánico, la Partera y el Pega Huesos. El Tonguero apoya al Jaibaná en el proceso diagnóstico de la enfermedad. A través del uso de algunas plantas, hace evidente la alteración que está presentando el paciente. El hierbatero o botánico es quien tiene un alto conocimiento terapéutico basado en el uso de las plantas. La Partera es la encargada de los asuntos gineco-obstétricos de las mujeres indígenas y el pega-huesos es otra figura que no siempre existe en las comunidades, pero es el encargado de los trastornos osteomusculares y articulares que se presenten en la comunidad (Martínez, 2009).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

El Ministerio de Salud de Colombia define a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como entidades públicas, privadas o de ambos tipos que se encargan de prestar atención en salud a los afiliados y beneficiarios de las empresas Promotoras de Salud (EPS),

dependiendo del nivel de complejidad de la institución (Ministerio de Salud, 2020).

Por lo anterior, la Asociación OREWA, una organización reconocida como Autoridad Tradicional de Gobierno Indígena en el Departamento del Chocó, creada por un proceso de unidad de cuatro pueblos indígenas (Emberá Dóbida, Katío, Chamí y Tule) para la lucha y la defensa de la naturaleza y de los derechos indígenas, ha creado la IPS Indígena Erchichi Jai, con el fin de establecer un sistema de salud que se adecúe a las necesidades culturales y geográficas de las diferentes comunidades para garantizar el derecho a la salud y el fortalecimiento de una atención basada tanto en el conocimiento ancestral como en el conocimiento que aporta la medicina occidental (Asociación OREWA, 2020).

METODOLOGÍA

El grupo Piraguas de la Universidad Pontificia Bolivariana lleva 11 años trabajando con comunidades indígenas, inicialmente en el departamento de Antioquia y, posteriormente, con las poblaciones del Chocó, por lo que ha sido testigo en muchas ocasiones de la práctica de la medicina tradicional.

Inicialmente, cuando se planteó el proyecto, se llevó a cabo una visita a las comunidades con el fin de identificar las necesidades de las personas pertenecientes a dichas poblaciones, al definir las principales causas de morbimortalidad que les afectaban. Las problemáticas fueron identificadas a través de un proceso etnográfico, entendido como una metodología fundamental de la investigación socioantropológica, a través del uso de la observación participante como técnica, en la cual el investigador se integra en los procesos sociales que estudia para obtener una información primaria, con interlocutores válidos y con el objetivo de comprender sus estructuras de significación (Meneses y Cardozo, 2014). La etnografía se dedica a la observación y descripción de los diferentes aspectos de una cultura, comunidad o pueblo determinado, como el idioma, la población, las costumbres y los medios de vida (Peralta, 2009).

Estos datos previamente observados mediante el proceso etnográfico sirvieron

como base para plantear un cronograma académico que constaba de diferentes clases teórico-prácticas y talleres enfocados en subsanar estas dificultades, las temáticas fueron orientadas a cubrir cada uno de los ciclos vitales (Suárez, 2001).

Aunque hay muchas prácticas que no logran entenderse, ha existido siempre un respeto por el conocimiento y la tradición, por lo que se ha implementado un intercambio de saberes en el cual la medicina moderna es un complemento en la atención médica, más no para sobreponerse sobre la medicina tradicional, dado que el conocimiento de estos integrantes del equipo de salud se ha venido transmitiendo desde generaciones antiguas y, aunque es posible que se haya perdido alguna parte en la transmisión oral, es importante reconocer que existe un conocimiento ancestral que puede tener una base científica (Moreno, 2018).

JABA ZHAKE: LA AYUDA LLEGA EN PIRAGUAS ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ?

A lo largo de estos 11 años, el grupo Piraguas ha impactado a través de jornadas educativas dirigidas a indígenas del departamento de Chocó en los municipios de Bojayá, Riosucio, Quibdó, Bahía Solano y Nuquí, que pertenecen a los grupos lingüísticos Emberá Dóbida, Embera Katíos, Emberá Chamí, Wounaan, Tule y Zenú, teniendo como principio la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades infecciosas que tienen lugar en las comunidades indígenas, debido a que por su condición cultural y económica son más vulnerables a presentarlas. Dentro de estas comunidades chocoanas se encuentran: Nueva Jerusalén, Chanú, Unión Baquiaza, Playa blanca, Nambua y Mojaudó, las

cuales han sido abordadas dependiendo de los contactos que se establezcan entre los líderes de las diferentes comunidades y los docentes de la Universidad Pontificia Bolivariana, debido a que al ser poblaciones históricamente marginadas y geográficamente alejadas, es necesario hacer un proceso previo de diálogo para establecer los objetivos de las actividades que se van a realizar y explicar la metodología que se va a llevar a cabo, de manera que la comunidad pueda aceptar libremente la decisión de participar o no del diplomado.

Para llevar a cabo los diplomados, uno de los representantes del grupo Piraguas se encarga de contactar por vía telefónica a uno de los líderes indígenas, con el fin de darle a conocer los objetivos del diplomado y las actividades que se llevarán a cabo para planear en forma conjunta las fechas y el lugar. No existen realmente criterios de inclusión ni exclusión para seleccionar las comunidades que van a participar, todo depende de los contactos que se hagan con los líderes comunitarios.

El diplomado es ejecutado principalmente por estudiantes del pregrado de medicina con el acompañamiento de docentes de la misma facultad y voluntarios de alguna de las entidades patrocinadoras del grupo Piraguas, los cuales se desplazan hacia los resguardos indígenas con el objetivo de que el aislamiento geográfico no sea un obstáculo para transformar la vida de los integrantes de dichas comunidades que se benefician de esta iniciativa educativa (fotografía 3). Estas comunidades se ubican en territorio selvático, alejadas de la cabecera municipal y, para llegar allí, es necesario el transporte fluvial y el acompañamiento de algunos miembros de la comunidad.

FOTOGRAFÍA 3
INTEGRANTE DEL GRUPO PIRAGUAS EN ACTIVIDAD EDUCATIVA EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA
EMBERA DEL CHOCÓ, COLOMBIA



Fuente: Tomada por los autores, 2019.

Los encargados de impartir las charlas formativas se hospedan en la comunidad por cuatro días, aproximadamente, durante los cuales se realizan las actividades educativas y se hacen brigadas de salud. En algunas ocasiones, debido a problemas de orden público, no es posible dirigirse hasta la comunidad, de modo que se invita a los que deseen ser parte del diplomado a desplazarse hacia la cabecera municipal y, con el permiso del alcalde, se llevan a cabo las acciones en una institución educativa del municipio.

Los integrantes de la comunidad que deseen participar del diplomado para formarse como promotores de salud, pueden ser hombres o mujeres, mayores de 18 años y que sepan leer y escribir.

El diplomado consta de seis meses, con una intensidad de 180 horas en total, distribuidos en cuatro momentos, cada uno de ellos tiene una duración de cuatro días, en los cuales se llevan a cabo clases presenciales y talleres prácticos donde se abordan diferentes temáticas en el marco del ciclo vital individual. El modelo fue pensado para la formación de promotores de salud con capacidad de atender e instruir a sus comunidades, con el fin de lograr una mayor

cobertura de la población e impactar en las condiciones de salud de esta población.

El objetivo del primer momento es hacer una introducción sobre la salud pública, los determinantes sociales, los conceptos básicos epidemiológicos y la notificación de enfermedades (fotografía 4). De igual manera, se imparte educación en atención básica en salud mediante la enseñanza de otros temas del programa de capacitación: nutrición, parasitosis humanas, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, primeros auxilios como atención inicial de quemaduras, heridas y fracturas; es decir, temas que permiten tener un impacto en las condiciones de salud de las comunidades. Todo el proceso de capacitación es realizado con el énfasis en prevención primaria y secundaria, buscando impartir conocimientos básicos para la gestión de la prevención de las diferentes enfermedades prevalentes en esta zona del país. Cada una de estas actividades se realizan en castellano, sin embargo, para mejorar el proceso comunicativo se cuenta con el apoyo de un traductor indígena.

FOTOGRAFÍA 4
MUJER INDÍGENA APRENDIENDO A IDENTIFICAR PARÁSITOS AL MICROSCOPIO



Fuente: Tomada por los autores, 2019.

De esta manera, los líderes en formación reciben asesoría en diferentes temas del área de la salud, enfocados a responder específicamente a las necesidades detectadas en las comunidades (Hernández et al., 2018). Estos conocimientos les brindan las herramientas necesarias para intervenir de forma temprana y así evitar desenlaces que puedan ser fatales y que inicialmente eran prevenibles.

Parte de las herramientas que ha desarrollado el grupo Piraguas para complementar y fortalecer estos conocimientos que se ofrecen a las comunidades, incluye el libro de “Formación de hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades”, un texto diseñado dentro del marco del diplomado y redactado para las comunidades indígenas; en este se incluyen los diferentes temas que se desarrollan durante las clases teórico-prácticas del diplomado en español y emberá, con el fin de vencer los obstáculos del idioma. El objetivo es ser una herramienta que permita una mejor comprensión de los temas impartidos, así como una fuente de consulta cuando los docentes no se encuentren (Hernández et al., 2018).

Para que se cumpla eficazmente el diplomado y los participantes puedan ser certificados como promotores de salud por parte de la Universidad Pontificia Bolivariana, ellos deben tener una asistencia mínima a tres de los cuatro momentos, es decir, deben cumplir con el 75% del diplomado.

Antes de iniciar las actividades, en el día uno del primer momento se realiza una encuesta mediante entrevista, con el fin de facilitar la comprensión de las preguntas planteadas, la cual incluye aspectos de hábitos saludables, adecuado registro del número de muertes y del número de personas enfermas por distintas causas para identificar a grandes rasgos la situación de salud de la comunidad y los temas en qué se debe hacer énfasis. Asimismo, en el último día del cuarto momento, antes de hacer la ceremonia de graduación de los promotores de salud, se les vuelve a hacer la misma encuesta por medio de entrevista, para posteriormente hacer un análisis de los resultados y evaluar si hubo o no cambios significativos.

Los datos obtenidos a través de las dos encuestas son diligenciados por un integrante

del grupo Piraguas en una base de datos en Microsoft Excel y de allí se exportaron al programa SPSS con el fin de realizar el análisis de cada una de las variables, antes y después de realizar la intervención educativa. El proyecto y la encuesta fueron aprobados por el comité de ética de la Universidad Pontificia Bolivariana.

El diplomado se fundamenta en la inducción de charlas teórico-prácticas a un conjunto de líderes comunitarios de las diferentes comunidades indígenas, con el objetivo de entrenar

íntegramente y de graduar a promotores en salud (fotografía 5), capaces no solo de saber actuar a las diferentes situaciones a las que se enfrenta la comunidad a la que representan, sino también de impartir y extender estos conocimientos de manera que la comunidad se haga conocedora de aquellas actividades que, si bien son medidas de atención primaria en salud (promoción y prevención), impactan de forma importante en su calidad de vida y en sus condiciones de salud.

FOTOGRAFÍA 5
ENTRENAMIENTO PRÁCTICO A UN PROMOTOR DE SALUD INDÍGENA



Fuente: Tomada por los autores, 2019.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA COMUNIDAD AL HOSPITAL

Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de las poblaciones indígenas se encuentran en una ubicación geográfica de difícil acceso, no solo por las grandes distancias que las separan del casco urbano, sino también por las barreras físicas que representa el recorrido hacia el centro de las comunidades, entre los que se incluyen ríos y pasajes selváticos que hacen que el acceso a dichos puntos no solo requiera de mucho tiempo,

sino también que en ocasiones la única forma de desplazarse sea mediante largas caminatas. Esto a su vez supone un obstáculo para que los servicios de saneamiento, educación y salud lleguen a estas comunidades. Otro factor que influye en el acceso a los sistemas de salud son las creencias ancestrales de estas comunidades, que genera desconfianza frente a la práctica de la medicina occidental, debido al choque de saberes generado al enfrentarse el conocimiento ancestral con el conocimiento moderno/occidental.

UN ENEMIGO OCULTO A PLENA LUZ

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Salud en el Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud, se evidenció que, entre el 2008 y el 2013, se registraron un total de 17 600 defunciones en la población indígena colombiana con un promedio de 2933 muertes anuales. Del total de las muertes, las mujeres representaron el 45,5% (8016) y los hombres el 54,5% (9584) en promedio para el periodo analizado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Uno de los factores más importantes y preocupantes es que el 18,63% de la población indígena muere entre los 0 y los 4 años. De acuerdo con la magistrada Lucy Jeannette Bermúdez, las tasas de mortalidad en los infantes indígenas en el Chocó son mucho más altas que en el resto del país, fundamentalmente en los niños que pertenecen a las comunidades indígenas Emberá, Emberá Katíos, Emberá Chami, Emberá Dobidá, Wounaan y Tule. Lo anterior debido entre otras cosas, a las precarias condiciones de salud, alimentación, nutrición y educación que afrontan dichas poblaciones.

En cuanto a la mortalidad general debido a grandes causas en la población indígena entre los años 2008 y el 2013, fueron las pertenecientes a la categoría de “Todas las demás causas”, en donde se incluyen las deficiencias y anemias nutricionales, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades del sistema digestivo. De este grupo, la principal causa de muerte fue la de las deficiencias y anemias nutricionales, las cuales aportan el 22,79%, es decir, 728 de las muertes, seguidas de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades del sistema digestivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Las otras cinco causas de muerte en orden de frecuencia son: las enfermedades del sistema circulatorio, causas externas (en donde se incluye agresiones-homicidios y accidentes de transporte terrestre), neoplasias (tumores), en cuarto lugar está el grupo de las enfermedades transmisibles (infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y la tuberculosis) y, finalmente, en el quinto lugar,

se encuentran los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y la sepsis bacteriana del recién nacido (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La mortalidad materna aumentó en el período comprendido entre el 2005 y el 2013. Pasó de una razón de 243,07 a 355,65 muertes por 100 000 nacidos vivos, lo que significa un aumento de 46,32%, es decir, 17 muertes maternas más; la primera causa de mortalidad materna es el choque durante o después del trabajo de parto. Mientras que la tasa de mortalidad neonatal en la población indígena disminuyó en 2,5 muertes. La tasa pasó de 13,96 a 11,42 nacidos, lo cual es equivalente a una disminución de 18% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

CAMBIOS QUE NOTIFICAN LAS COMUNIDADES EN RESPUESTA AL DIPLOMADO

Para la presentación de los siguientes resultados, se evaluó la percepción que tenían las comunidades, a través de los líderes comunitarios que recibieron y aprobaron la capacitación, de manera que estas personas eran las encargadas de suministrar información a los investigadores de acuerdo con los cambios que ellos observaban que se estaban presentando una vez finalizada las actividades teórico- prácticas. En el diplomado se capacita sobre notificación de enfermedades a través de tablas de registro y se les solicitaba que proporcionaran dicha información a la IPS indígena Erchichi Jai, por lo cual se solicitaron estos registros para poder correlacionar estos datos con la percepción anteriormente mencionada. Para corroborar la información suministrada, a los 6 meses posteriores del diplomado, algunos de los integrantes del grupo Piraguas se dirigieron a las diferentes comunidades para evaluar si las medidas aprendidas durante el diplomado se estaban llevando a cabo y para determinar la relación de los datos suministrados con las intervenciones aplicadas en las comunidades.

COMUNIDAD MOJAUDÓ

La comunidad Mojaudó ha identificado como situaciones positivas la presencia periódica

de la IPS (Institución Prestadora de Salud) indígena Erchichi Jai en misiones médicas y la implementación de programas de vacunación. Reportan una disminución significativa de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la cual asocian a la estricta implementación del consumo de agua hervida. Además, han identificado una sustancial disminución en los casos de mortalidad infantil.

Por otro lado, los aspectos negativos que esta comunidad expuso fueron la ausencia de un puesto de remisión cercana donde el promotor de salud pueda orientar a los enfermos o donde se puedan realizar reuniones para capacitación en salud a la comunidad.

COMUNIDAD NUEVA JERUSALÉN

Esta comunidad ha documentado la mejoría de su calidad de vida, posterior a la intervención del grupo Piraguas, a través de los siguientes aspectos: no reportan defunciones en su comunidad en el transcurso del último año y los partos fueron atendidos por el médico tradicional de su comunidad sin presentar ninguna complicación asociada al embarazo, parto o puerperio. Han logrado implementar el consumo de agua hervida para todos los hogares de su comunidad y han desarrollado un sistema de huertas familiares en azoteas para garantizar una adecuada seguridad alimentaria. Informan además que los programas de planificación familiar se han logrado implementar con éxito en las mujeres, al reducir significativamente el número de embarazos, sin embargo, no dieron resultados objetivos de esto.

Han identificado algunas falencias en términos de salud al interior de la comunidad, las cuales se evidencian en los siguientes aspectos: en lo referente a enfermedades infecciosas se han presentado algunos casos de malaria, no obstante, basados en sus conocimientos adquiridos durante la diplomatura, han logrado asociar este aumento con la presencia de vectores, por lo que resaltan la importancia de eliminar criaderos además de las medidas que puedan ser tomadas por la IPS y el Estado. Reportaron adicionalmente un aumento en los casos ITU (Infección del Tracto

Urinario), siendo las mujeres de la comunidad la principal población afectada.

COMUNIDAD CHANÚ

Como aspectos positivos, la comunidad resalta la presencia de la IPS indígena en 2 brigadas de salud que tuvieron lugar en el último año, cuentan además con un tanque de agua lluvia y filtro para el consumo de agua limpia que está siendo adecuadamente utilizado. Al interior de esta comunidad, se ha coordinado la formación de un grupo de atención inicial que está compuesto por el promotor de salud que fue capacitado por la UPB, una partera y el médico tradicional (jaibaná), quienes se encargan de dar atención inicial a las urgencias médicas como primera medida, ya que la comunidad se encuentra a 18 horas de viaje, entre desplazamientos por río y a pie, de la cabecera municipal. Resaltan a este equipo como una medida exitosa de unión entre la medicina tradicional y la medicina moderna para lograr la curación.

COMUNIDAD UNIÓN BAQUIAZA

El diplomado en hábitos saludables logró impactar positivamente la calidad de vida de esta comunidad, sus miembros lo evidencian por medio de los siguientes aspectos: informan que la IPS indígena Erchichi Jai ha hecho presencia en 3 oportunidades por medio de brigadas de salud. Se ha logrado implementar un adecuado sistema de recolección y clasificación de los residuos por medio del cual entierran los desechos orgánicos. Este sistema ha permitido que tengan una comunidad más limpia y organizada, así como ha evitado que sigan desechando sus residuos en el río. Asimismo, por medio de las sugerencias hechas por los promotores de salud capacitados, se ha conseguido que todos los miembros de la comunidad realicen sus deposiciones en la parte más distante del río. En cuanto al consumo de agua, recibieron la donación de un tanque de agua lluvia, que sumado a la estrategia de hervir el agua, ha logrado que la comunidad en general tome agua limpia.

En aspectos por mejorar reportaron muertes por accidente ofídico y falta de medicamentos para prestar los primeros auxilios.

Adicionalmente, se presentó el fallecimiento de 10 niños en el transcurso del último año. En cuanto a las enfermedades infecciosas, han documentado un incremento en los casos de neumonía y EDA, además de un crecimiento notorio en la población de vectores, especialmente cucarachas.

LIBRO FORMACIÓN EN HÁBITOS SALUDABLES

La obra *Formación en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades* fue elaborada con la intención de aportar un material que sirviera de ayuda a las poblaciones indígenas para entender de manera clara y sencilla temáticas relacionadas con hábitos saludables de vida, ya que este libro se encuentra escrito en español y en emberá. Está pensado para proveer información útil que pueda ser aplicada al contexto en el que se desarrolla el día a día de las comunidades (Hernández et al, 2018).

CONCLUSIONES

El diplomado impartido por el grupo Piraguas busca crear una conciencia de autocuidado en los promotores formados y una apropiación por su salud y la de sus comunidades. Asimismo, promueve un cambio en los estilos de vida de toda la comunidad que permita disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles y las tasas de morbimortalidad. De igual forma, el diplomado busca que el impacto no sea solo en un tiempo y un lugar determinado, sino que estas prácticas saludables se extiendan a través de los años, permitiendo así que las comunidades indígenas cada vez gocen de una mejor calidad de vida y que puedan integrar de la mejor manera la medicina moderna con su sabia medicina ancestral.

Es importante aclarar que el diplomado no solo busca un beneficio para las comunidades indígenas; este proyecto se basa en el intercambio de conocimientos, por lo que una base importante de este diplomado es la formación académica y humana de los estudiantes de medicina que participan, a través de las actividades que se desarrollan. Mediante un enfoque complementario, se busca desarrollar la capacidad

de atención en niveles básicos donde se cuenta con mínimos recursos para el diagnóstico y el tratamiento, asimismo, se añade un componente a la relación médico-paciente que desarrolla en el estudiante la capacidad de preocuparse por el paciente e ir más allá de la atención de su enfermedad.

LIMITACIONES

Es difícil realizar un cálculo epidemiológico respecto al comportamiento de los indicadores, dado que son personas que no cuentan con un nivel de educación que les permitan hacer registros adecuados, sumado a la carencia de redes de comunicación como internet o teléfono, de modo que la información se debe hacer a través de la comunicación con los líderes formados en el diplomado, lo que hace que los datos suministrados sean subjetivos.

Adicionalmente, otra de las limitaciones del proyecto es el poco cubrimiento de las comunidades indígenas por aspectos sociodemográficos relacionado con temas económicos como la falta de recursos para dirigirse a las comunidades, el aislamiento geográfico (lo cual lleva a que los individuos que imparten las actividades educativas tengan que hacer grandes desplazamientos) y los problemas de orden público que afectan, en gran medida, las zonas rurales de Colombia.

Otra de las limitaciones es que los promotores de salud indígenas a veces cuentan con pocas oportunidades de empleo en las cabeceras municipales, por lo que en la actualidad desarrollan sus actividades al interior de la comunidad de forma voluntaria.

Finalmente, algunas comunidades resaltaron la dificultad en la comunicación asociada a la complicada cobertura de red celular y a la ausencia de interconexión telefónica, lo que ha retrasado la atención de algunos pacientes en casos de emergencia debido a la falta de asesoría.

REFERENCIAS

Alarcón, A., Vidal, A. y Neira, J. (2003). Salud intercultural: bases para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*, 131, 1061-1065.

- Araoz, S. (2012). *Inclusión Social: Un Propósito Nacional para Inclusión Social*. <https://ssrn.com/abstract=2011256>
- Asociación OREWA. (2020). *Programa de Salud*. <https://www.asorewa.org/programas/salud>
- Caisamo, E. y Sarco, L. (2012). *Plan de salvaguarda de las comunidades Emberá, Emberá Chami, Emberá Katio y Emberá Dobida del área de jurisdicción del CRICH*. Consejo Regional Indígena del Choco "CRICH" Territorio y Autonomía, Colombia.
- Carreazo, P. (2004). Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. *Revista Paediatrica*, 6 (2). http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Paediatrica/v06_n2/Pdf/a05.pdf
- Chang, C. y Story, X. (2005). Harmonization of traditional and modern medicine: an australian perspective. *Alternative Medicine*, 9 (23), 7-9.
- Cuenca, J. (2011). Cosmovisión, chamanismo y ritualidad en el mundo prehispánico de Colombia. *Esplendor, ocazo y renacimiento*, 25(2), 145-195. ISSN 0120-3045.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE). (2007). *Dirección de censos y demografía: Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica*. https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE). (2012). *Mapa de municipios del departamento del Choco, Colombia*.
- Durán, A. (2018). *La inclusión social: el gran desafío para Colombia*. <https://www.revistaarcadia.com/periodismo-cultural---revista-arcadia/articulo/la-inclusion-social-el-gran-desafio-para-colombia/70109>
- Granados, S. (2010). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1). ISSN 2145-4507.
- Hasen, N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Revista Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24.
- Hernández, J., Álvarez, L., Restrepo, M., Vargas, N., Martínez, L., Roldán, M., Toro, A., Marisancen, K., Jaramillo, L., Ruiz, C., Villegas, J., Salazar, J., Henao, D., Restrepo, M. y Velásquez, L. (2018). *Formación en hábitos saludables bajo el modelo de prevención de enfermedades*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Ibáñez, N., Figueroa, A., Rodríguez, M. y Aros, A. (2018). *Interculturalidad en la formación docente: Un aporte desde las voces de personas de los pueblos originarios*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- Jaramillo, E. (2018). *El reconocimiento de identidades culturales en Colombia. Notas para un relato multicultural que conduzca a una "sociedad decente"*. <http://palabrasalmargen.com/edicion-129/el-reconocimiento-de-identidades-culturales-en-colombia-notas-para-un-relato-multicultural-que-conduzca-a-una-sociedad-decente>
- Martínez, R. (2009). El chamanismo y la corporalización del chamán: argumentos para la deconstrucción de una falsa categoría antropológica. *Cuiculco*, 16 (46), 197-220.
- Meneses, T. y Cardozo, J. (2014). La Etnografía: una posibilidad metodológica para la investigación en cibercultura. *Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe*, 12 (2), 93-103.
- Ministerio de Cultura. (2010a). *200 años Cultura es Independencia: Caracterización Pueblo Chamí*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Cultura. (2010b). *Caracterización de los pueblos indígenas de Colombia:*

- Dirección de Poblaciones*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Cultura. (2010c). *Pueblos Indígenas: Embera Katío*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Diálogo Intercultural: Pautas para un mejor diálogo en contextos de diversidad intercultural*. <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/di%C3%A1logo-intercultural-pautas-para-un-mejor-di%C3%A1logo-en-contextos-de-diversidad>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud: Contexto actual sobre los pueblos indígenas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). *Glosario*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>
- Monje, J. (2014). El plan de vida de los pueblos indígenas de Colombia, una construcción de etnoecodesarrollo. *Revista Luna Azul*, 41, 29-56. <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=1054>
- Montero, R. (2006). Los pueblos indígenas de Colombia y su inmersión en el proceso censal. *Revista de la información básica*, 1 (1). https://sitios.dane.gov.co/revista_ib/html_r1/articulo8_r1.htm
- Moreno, H. (2018). *Derechos diferenciados y Estado multicultural en Colombia*. http://viva.org.co/cajavirtual/svc0287/pdfs/articulo783_287.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Determinantes sociales de la salud*. http://www.who.int/social_determinants/es/
- Peralta, C. (2009). Etnografía y métodos etnográficos Análisis. *Revista Colombiana de Humanidades*, 74, 33-52.
- Puello, E., Amador, C. y Luna, J. (2016). Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 48(1), 17-26.
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4, 36-46.
- Suárez, M. (2001). Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas. *Rev. Salud pública*, 3 (1), 71-84.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.

Fecha de ingreso: 01/12/2019

Fecha de aprobación: 15/09/2020