



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Intervención Social en las Sociedades
del Conocimiento

Guía metodológica de sensibilización para
el reconocimiento de la salud como un
fenómeno social intercultural en Colombia

Trabajo fin de estudio presentado por:	Shirley Jeniffer Bustamante Fernández
Tipo de trabajo:	Diseño de Proyecto de Intervención Social
Director/a:	Jesús Moreno Arriba
Fecha:	07/09/2022

Agradecimientos:

La realización del Trabajo Final de Máster, ha supuesto para mi enfrentar grandes retos personales, que no hubiera sido posible sobrellevar sin el apoyo incondicional de grandes personas que se encuentran a mi lado, entre ellos mi familia y amigos, que me han apoyado y con sus grandes aportes, me han permitido encontrar un camino, animándome a seguir adelante.

Por otra parte, no puedo dejar de agradecer a mi director de proyecto, porque gracias a sus orientaciones he podido enriquecer una propuesta en principio bastante escueta, pero con la ayuda y orientación de Jesús toma forma y se consolida como el producto final de un paso importante en mi crecimiento académico.

Finalmente, me gustaría dar las gracias al PECET, porque allí se me ha permitido adquirir experiencia, participando en proyectos interculturales que me han formado como una profesional de las Ciencias Sociales.

Resumen

La propuesta que se plantea en esta guía metodológica, como Trabajo de Fin de Máster (TFM), tiene como objetivo identificar aquellos elementos comunes que permitan a un profesional sanitario conocer algunas de las principales estrategias de intermediación intercultural, con el fin de, más allá de su impartición, poder compartir, coordinar y armonizar saberes locales y conocimientos técnicos/científicos. Así, esta guía metodológica surge como un proyecto de acompañamiento que se ha enfocado en la actualización de los conocimientos en medicina occidental a agentes de salud indígenas, quienes representan el único enlace sanitario dentro de sus comunidades. Estos actores comunitarios locales actualmente reciben capacitación para elaborar un plan de salud propio que, no obstante, debe ajustarse a los lineamientos ya establecidos por el gobierno colombiano. En este sentido, la iniciativa de articular estrategias para transmitir los conocimientos “expertos” occidentales propios del área de la salud, con un lenguaje culturalmente adaptado, tiene como otra de sus finalidades específicas y adicionales orientar al personal profesional del área sanitaria en la importancia de acercarse a las comunidades en las que intervienen, mediante una comunicación asertiva, empática y dinámica. Este tipo de diálogo-ecología de saberes intercultural, puede contribuir a detectar valiosos y prácticos principios generales comunes a la medicina no occidental y a la medicina occidental. En consecuencia, desde el ámbito de la intervención social, existe el reto y, a su vez, la posibilidad de crear estrategias que formen y sensibilicen a sanitarios/as profesionales para que, desde su propia mirada, los grupos indígenas no sean solamente considerados como un desafío, sino que su concepción particular de la salud y la enfermedad sea valorada, puesto que sus saberes locales en estos procesos complementan y enriquecen al colectivo sanitario en su conjunto intercultural.

Palabras clave: saberes indígenas locales, conocimientos científicos-técnicos occidentales, diálogo/ecología de saberes, sistemas médicos, sistema indígena de salud propio intercultural.

Abstract

The proposal put forward in this methodological guide, as a Master's Thesis (TFM), aims to identify those common elements that allow a health professional to know some of the main strategies of intercultural intermediation, in order to share, coordinate and harmonize local knowledge and technical/scientific knowledge. Thus, this methodological guide arises as an accompaniment project that has focused on the updating of knowledge in western medicine to indigenous health agents, who represent the only health liaison within their communities. These local community actors are currently receiving training to develop their own health plan, which, however, must conform to the guidelines already established by the Colombian government. In this sense, the initiative to articulate strategies to transmit Western "expert" knowledge in the area of health, with a culturally adapted language, has as another of its specific and additional purposes to guide professional health personnel in the importance of approaching the communities in which they intervene, through an assertive, empathetic and dynamic communication. This type of intercultural dialogue-ecology of knowledge can contribute to detect valuable and practical general principles common to non-Western medicine and Western medicine. Consequently, in the field of social intervention, there is the challenge and, in turn, the possibility of creating strategies to train and sensitize health professionals so that, from their own point of view, indigenous groups are not only considered as a challenge, but their particular conception of health and disease is valued, since their local knowledge in these processes complements and enriches the health community as a whole interculturally.

Keywords: local indigenous knowledge, western scientific-technical knowledge, dialogue/ecology of knowledge, medical systems, indigenous intercultural health system.

Índice de contenidos

1.	Introducción	9
1.1.	Justificación	10
1.2.	Objetivos del TFE	13
2.	Marco teórico	14
2.1.	Glosario conceptual de términos relacionados con el TFM	14
2.2.	Reconocimiento e interculturalidad	17
2.2.1.	Emancipación	17
2.2.2.	Metodologías con enfoque cualitativo	19
2.2.3.	Dominación y subordinación	21
2.2.4.	Reconocimiento de la diferencia	24
3.	Diseño metodológico	27
3.1.	Objetivos del proyecto	31
3.1.1.	Objetivo general	31
3.1.2.	Objetivos específicos	31
3.2.	Beneficiarios	32
3.2.1.	Beneficiarios directos	32
3.2.2.	Beneficiarios indirectos	32
3.3.	Actividades y tareas	33
3.3.1.	Objetivo	33
3.3.2.	Desarrollo de la actividad	33
3.3.3.	Aproximaciones de estudio	35
3.3.4.	Recursos	42

3.3.4.1. Materiales	42
3.3.4.2. Personales	42
3.3.5. Duración de esta actividad	42
3.3.6. Ruta de acción	42
3.3.7. La importancia del testimonio	43
3.3.8. Resumen de aspectos a estudiar	47
3.3.9. Incentivos	48
3.3.9.1. Juego	48
3.3.9.2. Cierre	49
3.3.9.3. Encuesta	49
3.4. Organigrama	50
3.5. Cronograma	51
3.6. Recursos	53
3.7. Evaluación	54
4. Conclusiones	56
5. Limitaciones y Prospectiva	58
5.1. Limitaciones	58
5.2. Prospectiva	58
Referencias bibliográficas	60
Anexo A. Ubicación geográfica	62
Anexo B. Encuesta realizada	63

Índice de figuras

Figura 1. Sistema de medicina intercultural	25
Figura 2. Ruta de acción	43
Figura 3. Juego de la ruleta para compartir conocimientos	48
Figura 4. Tarjeta de despedida	49
Figura 5. Estructura	50
Figura 6. Cronograma general	51
Figura 7. Cronograma del Segundo Encuentro	52

Índice de tablas

Tabla 1. Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud	17
Tabla 2. Promoción de la salud empoderante y emancipatoria	36
Tabla 3. Matriz evaluativa	54

1. Introducción

La salud es un elemento central del mundo social, cuyo fin, independientemente del contexto cultural en el que se mire, es contribuir a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población. El cómo lograr tal finalidad, en gran medida está determinado por el contexto sociocultural, que no debe ser tratado, ni explicado desde un solo esquema.

Por consiguiente, la intervención en salud con un enfoque integrador, debe contemplar la necesidad de mirar los ideales de bienestar que posee un grupo humano en particular, superando el marcado paradigma de la jerarquía del conocimiento. De ahí que es necesario reconocer que, por ejemplo, aquello que pudo haber sido visto como un estado mágico o místico bajo una acción curativa, puede dar otras explicaciones del bienestar. En efecto, para que esto suceda así, únicamente hay que abrir nuestras etnocéntricas miradas hacia otras formas de conocimiento y mirarlo con respeto, interés y aprecio.

En este orden de ideas, la salud con enfoque intercultural, busca la inclusión de otros contextos. Para tal fin, es necesaria una ruptura con el discurso histórico hegemónico y homogeneizador, socioculturalmente construido, que idealiza la productividad y la practicidad, culturalmente relacionado con el ideal del progreso. Salir de una perspectiva lógica para entrar en concepciones que privilegian la longevidad o la sabiduría, como fines que se cumplen mediante el bienestar, acoge nuevos paradigmas, con formas diferentes de concebir y entender el mundo.

En este sentido, se debe procurar, una aproximación a las dinámicas y fenómenos cotidianos que se presentan en grupos sociales fuera de entornos urbanos y/u occidentales, en donde se interpretan los procesos biológicos desde conceptos diferentes, y así poder concluir que no todo es cuantificable y a pesar de ello si existe y es relevante.

La medicina occidental ha surgido como una evolución de conocimientos anteriores, mediante un desarrollo lineal, cuyas bases se sustentan a partir de la causa y el efecto. Por lo tanto, hay una visión determinista de la realidad, en donde la atención en salud se concibe como algo práctico y tangible, que, bajo el método científico, se autoproclama como el conocimiento verdadero que está por encima de cualquier otra apreciación cultural.

Este ejercicio que conduce a la elaboración de la propuesta de una guía metodológica que se plantea en este Trabajo de Fin de Máster (en adelante TFM), busca contribuir a enfatizar que en el conocimiento intercultural, se debe reconocer que la diversidad es más fecunda que la uniformidad.

Por lo tanto, Colombia, un país situado al norte de Sudamérica, es tomado como un escenario ideal de trabajo en diversidad de pensamientos. Su paisaje cuenta con bosques tropicales, montañas sobre tres cordilleras en los Andes y playas en el mar Atlántico y Pacífico. Además, al sur del país se encuentra la región Amazónica o Amazonía, es una de las seis regiones naturales de Colombia. Esta región limita al norte con la Orinoquía, al este con Venezuela, al sureste con Brasil, al sur con Perú y al suroeste con Ecuador.

Varios grupos indígenas ubicados en la región Amazónica han decidido adoptar el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 propuesto por el gobierno colombiano. En el apartado de anexo se encuentra un mapa que permite la georreferenciación de la región ya citada.

La apuesta que hacen estos grupos indígenas, mediante sus agentes comunitarios, por unirse a un plan de salud que tiene limitantes geográficas, tecnológicas y presupuestarias, es el punto de partida en la propuesta de una guía metodológica que puede acompañar los procesos de intervención en educación que realizan sectores gubernamentales, académicos y del tercer sector.

1.1. Justificación

Los estudios con comunidades ocupan en el ámbito de la investigación una temática amplia y compleja. En el caso del área de la salud, las metodologías propias de la intervención social deben observar los problemas actuales y futuros de la salubridad pública.

Por un lado, quien está fuera del sistema estatal reclama la promoción y el fortalecimiento de entornos competentes, tanto para la vida humana como para las propias acciones a tomar en torno a la sanidad y la enfermedad dentro de un marco legal ya establecido.

Por otro lado, los espacios en donde se produce y se gestiona el bienestar, cuentan con códigos culturales diversos, implícitos en el proceso de la salud, la enfermedad y la atención, muchas veces ignorados o homogeneizados y en donde se ha dejado de lado el contexto en el que se desarrollan.

Por lo tanto, procurar hallar elementos que promuevan otras formas de acercarse es indispensable para legitimar el diálogo entre las partes que interactúan.

En consecuencia, el fin de una guía metodológica, enfocada hacia el área de la salubridad, se centra en el planteamiento de elementos cualitativos y cuantitativos de acercamiento a un grupo indígena, dentro del marco del desarrollo de la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (en adelante SISPI) que se desarrolla actualmente con algunas comunidades indígenas de Colombia.

Todo ello, con el fin de obtener ayudas en metodologías y procesos diagnósticos que permitan a las comunidades indígenas unirse a la implementación de un sistema de sanidad pública articulado, adaptado y en concordancia a su cosmovisión.

La implementación del SISPI que se está realizando actualmente, comenzó en abril del 2021 y tiene como meta finalizar en noviembre del 2023. Los resultados obtenidos serán tenidos en cuenta en la elaboración de un programa de salud intercultural que aporte a la construcción de un sistema de sanidad pública adecuada y respetuosa.

En el marco reseñado, el esbozo investigativo realizado en este Trabajo de Fin de Estudios (en adelante TFE) se constituye en una base para posteriores análisis, así como en una oportunidad para el fortalecimiento y consolidación de una observación etnográfica para una comunidad determinada, en favor del bienestar de la población indígena.

Más concretamente, la guía metodológica busca ser una técnica para la obtención de datos mediante la observación participante, con el fin de hacer una investigación básica, que permita la elaboración de un programa enfocado directamente a gestores de salud que no tienen una formación médica institucionalizada.

En este sentido, es de vital importancia considerar que la salubridad tiene un innegable enfoque social, puesto que es un proceso que integra la salud, la enfermedad y la atención,

ligadas a un contexto comunitario, cultural y político, con el fin de visibilizar las formas de distribución de la salud y la enfermedad. Justamente porque “la antropología social considera a la sociedad como una totalidad diferenciada: la salud o la enfermedad no pueden ser comprendidas sino en este doble sentido” (Fassin, 1992, p. 16)

Así, el alcance de esta investigación tiene como uno de sus principales objetivos, el poder dar lugar a un programa piloto para recomendar unos determinados elementos que visibilicen las prevalencias en sanidad, propias de comunidades indígenas, de cara a la implementación de un sistema sanitario público con enfoque intercultural.

Es entonces como, esta propuesta de guía metodológica, permite la sistematización y documentación de un proceso de carácter etnográfico. Etnografía que busca describir las distintas estrategias o pasos que, en su secuencia lógica, faciliten a profesionales que no tienen formación social, poder llegar a una comunidad con un modelo que brinda pautas de acercamiento respetuoso y asertivo.

En suma, el fin en sí de este proyecto de intervención en las sociedades del conocimiento, es proponer una herramienta que contribuya a un mejor acercamiento a un tema concreto, y para ello es posible utilizar enfoques epistemológicos, teórico-conceptuales y técnicos metodológicos que varíen en base a las necesidades de cada comunidad.

Es importante considerar que para muchos otros el componente de lo intangible o no visible es especialmente relevante en el proceso salud - enfermedad, la interpretación individual o colectiva que se da a un determinado problema de salud, hace parte de una gran variedad de determinantes que condicionan el tipo de ayuda o intervención que se puede implementar.

Por lo tanto, el bienestar se reconoce como un elemento en común que todos los humanos, independiente de nuestra posición cultural, buscamos y en la medicina está la posibilidad de sanar cualquier dolencia ya sea física, emocional o espiritual. La clave está en reconocer que existen pueblos que relacionan el proceso salud - enfermedad con el desequilibrio interno o con la naturaleza.

Un modelo de salud propia e intercultural no es sencillo de implementar, pero es importante reconocer su necesidad, ya que:

La diversidad de pueblos indígenas implica un reto para la política pública, porque está debe ser capaz de tener en cuenta la concepción holística del concepto de salud en los indígenas, que incluye lo físico, lo espiritual, lo emocional y lo mental que no es la misma entre los diferentes pueblos indígenas de Colombia y reconocer las diferencias a partir del enfoque diferencial es un elemento de la mayor importancia para el diseño de mecanismos de prevención y tratamiento de la enfermedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 18)

1.2. Objetivos del TFE

1.2.1. Objetivo general:

- Promover capacidades, habilidades y destrezas mediante una guía metodológica que transmita conocimientos enfocados hacia la comunicación intercultural, con énfasis en el área de la salud.

1.2.2. Objetivos específicos

Del objetivo general enunciado para el presente TFM, a su vez, se derivan los objetivos específicos que se exponen a continuación:

- Impulsar una estrategia metodológica general, que permita al personal de la salud acercarse a una comunidad indígena de una manera asertiva y con un lenguaje respetuoso.
- Apoyar al personal de la salud en la implementación de estrategias de comunicación dinámicas, que contribuyan a detectar elementos comunes entre la medicina indígena y la medicina occidental.
- Impulsar herramientas que permitan la interpretación de la relación del proceso salud-enfermedad-atención, en pro/favor de la preparación para asimilar de la forma más óptima posible/factible el SISPI.

2. Marco teórico

Es fundamental entender que la relación entre cultura y salud está mediada por un contexto que involucra a las políticas públicas, Así, mi intención dentro de este marco teórico-conceptual, es señalar algunos de los procesos estatales que buscan grandes y trascendentes alcances.

Lo anterior, resulta imprescindible porque proponer una guía metodológica enfocada en el sector sanitario, con un lenguaje incluyente y dirigida hacia un trato respetuoso de concepciones de la salud otras o no convencionales, que la normativa nacional considera como no válidas, conlleva también a reconocer que, como en el caso de Colombia, todavía existe un modelo de salud, que para las poblaciones indígenas aún está en construcción.

2.1. Glosario conceptual de términos relacionados con el TFM

Diagnóstico: Ayuda a determinar, mediante el análisis de datos e informaciones, qué está pasando y cómo lo podríamos mejorar o corregir. También identifica los principales problemas con respecto a la situación en cuestión y formular en pocas palabras el problema a estudiar.

Etnia/grupo indígena: Es el conjunto de personas que pertenece a una misma raza, comunidad lingüística o cultural.

Prevalencia: Es una medida que contempla el número total de personas en un grupo específico, que tienen o tuvieron cierta condición de salud (como, por ejemplo, la hipertensión, la diabetes o la obesidad) durante un período determinado.

Salud/enfermedad: La salud es la ausencia de la enfermedad, pero también es un derecho fundamental de todo ser humano que va más allá de lo biológico y se refleja en las interacciones con el medio ambiente y en las prácticas sociales.

Sistemas médicos tradicionales/occidentales: Un sistema médico, en general, busca la atención en salud para una comunidad. Dentro de los diferentes enfoques que este sistema

puede presentar está la *etnomedicina*, que toma en cuenta la utilización de recursos naturales como plantas para sanar, y que, sin ser excluyente, se ayuda de exámenes diagnósticos y medicamentos farmacéuticos.

SISPI: El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar un sistema que se debe ejecutar bajo la normativa nacional.

El modelo antes mencionado es el SISPI, que el Ministerio de Salud de Colombia define como:

El conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. (Ministerio de Salud, 2014)

La investigación en favor de los modelos de salud implica resaltar que la pluralidad de culturas produce conocimientos valiosos. La Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), en el 2014, establece que:

Para velar por que todos los pueblos y comunidades tengan acceso, sin ningún tipo de discriminación, a servicios de salud que sean integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se debe reconocer el derecho que tienen los pueblos indígenas a participar en la elaboración de los programas de salud que directamente le impactan. (OMS, 2017)

En efecto, se debe reconocer el derecho que tienen los pueblos indígenas a participar en la elaboración de los programas de salud que directamente le impactan.

Por su parte, la Asamblea General del 2007 de las Naciones Unidas, en su artículo 23, plantea el derecho a “disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”. No obstante, en el caso de los grupos indígenas, se debe también reconocer que “el acceso a los servicios de salud que están bajo el control del Estado puede estar restringido por factores como la

ubicación, los costos, la lengua y los valores culturales”. (Patiño Suaza & Sandín Vásquez, 2014, p. 380)

Por lo tanto, la creación de un modelo en salud particular para cada grupo indígena es esencial. En virtud de ello, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) plantea que los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, puesto que el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

Este planteamiento es real, no obstante, también es muy importante y necesario considerar que cada pueblo tiene una manera particular de relacionarse con su entorno. Y esta característica ha de respetarse y, por tanto, reflejarse en diferentes prácticas socioculturales que arrojan diagnósticos en salud, que deben ser adaptados al contexto en el que se desarrollan.

Desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, la cultura puede ser definida como un cúmulo de símbolos, ideas y objetos materiales característicos de una sociedad o un grupo social, etc. Es decir, incluye lo material como la alimentación o la manufactura y lo inmaterial como el lenguaje, normas y, por supuesto, la percepción de estar sano. Por lo tanto, la salud está presente siempre y en cuanto prevalezca el “reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria”. (OMS, 2017)

Sin embargo, implementar un sistema de salud propio no es sencillo, pero es importante, porque la diversidad de pueblos indígenas implica un reto para las políticas públicas. Dado que éstos deben ser capaces de tener en cuenta el planteamiento no institucionalizado de la salud, en donde la concepción de lo físico, lo espiritual, lo emocional y lo mental no es igual, ni estandarizable entre los diferentes pueblos indígenas.

Por consiguiente, se deben reconocer las diferencias existentes a partir del enfoque intercultural, puesto que esta perspectiva significa un elemento de gran importancia para el diseño de mecanismos de prevención y tratamiento de la enfermedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 18)

2.2. Reconocimiento e interculturalidad

2.2.1. Emancipación

Este término es de especial relevancia a incorporar, ya que da cuenta de una promoción de la salubridad con orientación liberadora. Este concepto enfatiza que las prácticas actuales del sistema médico occidental son dominantes frente a otras prácticas como las indígenas.

Por lo tanto, hay un modelo parcializado en el actual contexto científico e institucional que muestra la necesidad de incorporar formas de estudio alternativas encaminadas a mejorar la práctica de la promoción en salud.

Ya que “se propone que sanar no es un proceso *anti-enfermedad*, sino el efecto de prácticas significantes en el desarrollo y ejercicio de la salud.” (Chapela, 2010, p. 124) Se emplea a continuación una tabla que hace un útil comparativo entre un sistema de salud empoderado frente a otro que busca la emancipación.

Tabla 1

Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud

	Investigación “científica”	Efecto en la promoción de la salud
Concepto de salud	Médico-biológico	No-enfermedad, armonía, bienestar
Problema de salud	derivados de estudios estadísticos, médico-clínico y médico-biológicos	Derivado de estudios epidemiológicos sobre enfermedades
Concepto de enfermedad	Paso del periodo prepatogénico vulnerabilidad, riesgo	Problema médico gasto social e institucional

¿Qué es el cuerpo?	Bioquímica, genética, fisiología, psique	El objeto de estudio y acción médica o sanitaria
Objetivo	Control: identificación de causas y reglas, intervención en causas	Control: provocar cambios en hábitos y costumbres y/o en estilos de vida para prevenir enfermedades, riesgos y daños
Concepto de "otro"	Objeto de estudio, caso	población, paciente o cliente
Beneficiario	Campo, grupo o agente científico, industrial o empresarial	Instituciones
Tradición	Ciencias naturales	Médico-biológica, instruccional
Paradigma	Positivista	Positivista
Concepto de verdad	Objetiva, comprobable científica	Experta, institucional
Concepto de realidad	Lo inmediatamente experimentable	Evidencia
Conocimiento valioso	El que no es producto del método científico y que aporta al campo de la ciencia	El que constituyen los expertos para explicar la realidad de la población
Validación del conocimiento	Conferida por pares científicos	Conferida por expertos e instituciones

Método	Científico positivista	Educación tradicional, motivacional, ejecución de programas y proyectos
Instrumentos	Para la captura y análisis de características objetivas de los objetos	Encuestas, regalos, recompensas, alianzas con líderes, juegos, ferias, campañas, propaganda, publicidad, etc.
Aplicación del conocimiento	En la producción de otro conocimiento científico, en el desarrollo de tecnología, en la toma de decisiones institucionales	No identifica conocimiento nuevo

Fuente: Chapela, 2010. Investigación Cualitativa Sanadora.

2.2.2. Metodologías con enfoque cualitativo

Las técnicas metodológicas como la interpretación de datos y el llevar a cabo una observación participante para este tipo de comunidades es útil, no obstante, teniendo siempre muy presente que se trata de población vulnerable. Así, en Colombia, ante la ley, sus miembros son considerados sujetos de especial protección. A este respecto, la Resolución 8430 de 1993 es la normativa vigente nacional, que regula específicamente la investigación en el campo de la salud estableciendo que:

En la investigación realizada en seres humanos deben prevalecer la dignidad, la integridad, la seguridad y los derechos de los participantes del estudio. Además, obliga a la revisión de los protocolos de investigación por un Comité de Ética en investigación y al cumplimiento del proceso de consentimiento informado". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 24)

En consecuencia, las intervenciones en salud deben ser éticas y cuidadosas de la normativa nacional. También deben ser diferenciadas para cada comunidad, ya que es complejo

encontrar un modelo homogéneo. Pero, ante todo, un modelo metodológico adecuado debe considerar las variables socioculturales presentes.

De este modo, los estudios sociales se suelen apoyar en investigaciones etnográficas. Mediante el método etnográfico se describen los rasgos principales, como si fueran variables, de los grupos analizados. Las constantes halladas mediante encuestas, entrevistas o grupos focales, por citar algunas de las metodologías posibles, permiten observar parte de la estructura cultural de un grupo de estudio; y esto, a su vez, reflejar datos importantes para entender cómo el entorno condiciona la percepción de la salud y el estado de salud real diagnosticado.

Es entonces necesario tener en cuenta que la salud o la carencia de esta se manifiestan de diversas maneras, dependiendo de la cosmovisión y el entorno de quien lo experimenta. Un objetivo ambicioso es lograr “identificar de mejor forma los problemas de salud, los mecanismos que los subyacen y las soluciones que pueden implementar las comunidades”. (Fassin, 1992, p. 19)

En este marco, el SISPI plantea un modelo de salud diferencial. Pero ¿estamos preparados para la disimilitud? ¿Cómo podemos abordar este modelo u otro similar? Estas preguntas son las que se propone abordar la propuesta de una guía metodológica.

Para aproximarse a la diferencia este marco teórico trae a consideración a Erving Goffman. Este sociólogo plantea el estigma tribal, puesto que en este caso los grupos étnicos tienen una historia en común, que “se transmite hereditariamente a aquellos que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo a sus usos y costumbres” (Copred, 2017, pp. 11).

Los grupos indígenas al ser una minoría étnica logran cumplir con muchos de los planteamientos de estigma planteados por Goffman, pero, a su vez, tienen elementos que no son contemplados. Sin embargo, si bien socialmente son excluidos, dentro de su territorio son absolutamente funcionales y orgullosos de su herencia biológica y cultural. Es así como Goffman describe un mundo, donde el intento por limitar las posibilidades de vida del estigmatizado, sea este un grupo o una persona, muestra las distintas formas en que opera la opresión y el control de unos grupos culturales sobre otros.

Ahora bien, en cuanto a opresión es fundamental reconocer que existe una cultura dominante, ligada al control institucional, es así como lo hegemónico promueve las desigualdades sociales que se evidencian en los conflictos y tensiones presentes en la catalogación de ignorancia de un sistema cultural diferente, y al que no se le reconoce su capital simbólico. Aquí se presenta la hegemonía como “una determinada configuración de poder, esto es un orden de producción de sentidos comunes y *subalternizaciones* naturalizadas” (Grimson, 2011, p. 46).

2.2.3. Dominación y subordinación

A este respecto, es importante entender que para que exista el dominante también debe reconocerse la existencia del subordinado. En este sentido, surge el concepto de aculturación y con ello un proceso de imposición de la cultura del grupo dominante, en el que se aceptan o se permiten cambios significativos en las formas de vida. De ahí que un análisis sustentado solamente en las concepciones “cultura dominante” o “cultura subordinada” sería estrecho. (Marrero León, 2013, pp. 40)

En este orden de ideas, es relevante el reconocimiento de otras formas de vida diferentes, con prácticas médicas diferentes o que no son acordes con un contexto ya establecido y dominante.

El estigma lleva a pensar en las posibilidades de análisis de la situación de discriminación a la que son sometidos los pueblos indígenas. Estos grupos humanos se manifiestan reivindicando su derecho a existir como diferentes, ya que son: “aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas” (Copred, 2017). Además, poseen un estigma que se enfrenta al “eco del rechazo, cuando se descubre que algunos de sus atributos lo justifican”. (Goffman, 2001, p. 19)

De ahí que, la propuesta de crear una guía metodológica busca encontrar elementos en común que permitan identificar los esquemas por medio de los cuales un colectivo percibe, comprende y evalúa el mundo social en torno a su percepción de la salud.

Sin duda, existe una conexión entre la medicina occidental e indígena. Hallar esa conexión es determinante, porque coexisten “una serie de esquemas internalizados por medio de los cuales los hombres perciben, comprenden y evalúan el mundo social”. (Inda y Duek, 2005, p. 8) Y esos elementos son clave para plantear un acercamiento respetuoso que valore la diferencia y pluralidad de saberes.

Está claro que se debe reconocer el papel de los factores sociales y culturales en los procesos de salud y enfermedad. En este orden de ideas, Boaventura de Sousa Santos propone en su concepto de *ecología de saberes*, que una forma de asumir la pluralidad de las prácticas científicas y de valorar la interdependencia y posibilidades de saberes no científicos.

La noción anterior, se puede entender como acciones del “encuentro mutuo y del diálogo recíproco que sustenta la fertilización y la transformación recíprocas entre saberes, culturas y prácticas”. (Santos, 2019, p. 346)

Entonces, es momento de un análisis en favor del reconocimiento de la salud y la enfermedad como un fenómeno social y cultural, que puede adquirir sentido, si desde la Academia se buscan mecanismos para estandarizar procesos que permitan al personal del área de salud, aproximarse a culturas que desconoce, con una guía que le permita un acercamiento asertivo.

Porque es necesario reconocer que “no es posible un proyecto racional y científico de la enfermedad sin asumir un mínimo de relatividad cultural, tanto de los fenómenos que estudiamos como de nuestras construcciones de conocimiento”. (Prat & Martínez, 1996, p. 375) En efecto, es vital contemplar el papel de la cultura en la configuración de la sintomatología en el ámbito público y social.

En este sentido, es posible proponer pautas claras para elaborar un proyecto que se basa en una guía metodológica, con un análisis “en profundidad de lo local a lo global, para entender un cambio, un proceso, una emoción, una modificación corporal; la lentitud anexa al investigar y el estar constantemente dentro del campo de estudio”. (Alegre-Agís & Fernández-Garrido, 2019, p. 219)

Se debe romper el paradigma del desarrollo en donde la razón y la causalidad están presentes en el reconocimiento de la enfermedad, para aceptar que hay *otros* que ven el mundo diferente, “tales sujetos estarán entonces en la posición de seleccionar y construir redes de intercambio de capital en donde ellos puedan definir los valores, las reglas, los objetivos y los rasgos de identidad”. (Chapela, 2007, p. 11) Así, con todo ello conservan un saber ancestral que a lo largo de su historia les ha permitido bienestar.

Con respecto al concepto de interculturalidad, la UNESCO se refiere a este, como la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo. Al adaptar esta idea al ámbito de la salud, se considera que el concepto de medicina intercultural “consiste, por lo tanto, en el empleo consciente e instructivo de categorías básicas como “cultura” y “etnicidad” a favor de los pacientes necesitados”. (Fernández, 2006, p. 413)

En conclusión, el reconocimiento de la diferencia es fundamental, porque siempre han de existir culturas diferentes, y con modalidades propias de atención en salud.

Es más pertinente que nunca, considerar las causas fundamentales de la mala salud y la desigualdad que persisten en las zonas rurales y con altos índices de abandono estatal. La discriminación contra las personas con raíces diferentes es multidimensional, la salud es solo una de esas dimensiones. El paradigma actual de desarrollo, es una muestra de que “la promoción de la salud está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso” (Chapela, 2007, p. 3).

Un profesional de la salud en entornos ajenos a los urbanos se encuentra con retos, entre ellos “la inadecuada capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados... las carencias en la infraestructura hospitalaria y los recursos materiales” (Blanco, 2010, p. 48). A esto se debe sumar la poca preparación para acercarse correctamente a las personas que habitan esos entornos ajenos y llenos de limitantes técnicas.

Actualmente los programas para la expansión en salud se caracterizan por impartir contenidos relacionados con la higiene y la prevención, pero la atención "oportuna" y la rehabilitación de enfermedades se le escapan a un sistema de salud que no está

ampliamente difundido. “Algunas instituciones utilizan los cambios en la tecnología educativa para lograr "cambio de hábitos", estilos de vida saludables, vidas más sanas, u otras definiciones que ponen en el centro al cuerpo físico y de éste, a la enfermedad”. (Chapela, 2007, p. 4)

2.2.4. Reconocimiento de la diferencia

La apuesta es el reconocimiento de la diferencia y el potencial que esto encierra, la diversidad permite la inclusión del que ha sido invisibilizado por lo retadora que puede ser su atención, a su vez, le reconoce su voz y le brinda validez a técnicas en torno a la salud que se salen de los modelos occidentales.

Según Blanco (2010) el modelo de salud actual privilegia el control y el orden sobre la experiencia emocional desconociendo que la enfermedad tiene un gran componente emocional, como bien esta autora lo menciona se debe “dar lugar a la subjetividad”

A su vez, es necesario abonar en el campo de la gestión y realización de modelos que complementen el campo de la investigación con algo de rigor científico. Así, una guía metodológica debe concebir “categorías teóricas preconstituidas, reglas ciertas, contentivas y absolutas dentro las cuales reducir, simplificar y cuantificar”. (Alegre-Agís & Fernández-Garrido, 2019, p. 219)

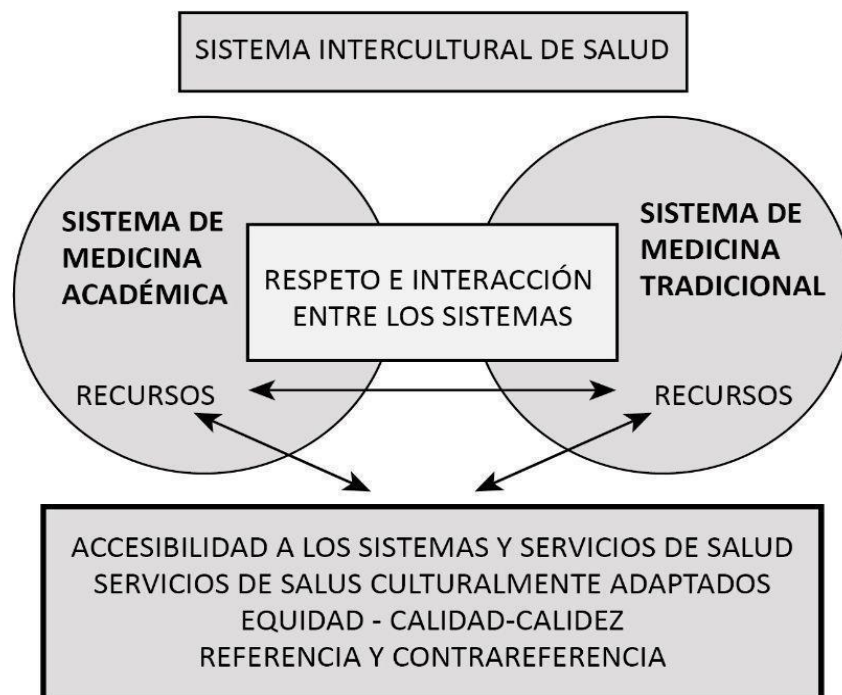
De esta manera, la guía debe ser aplicable, con resultados que sea posible generalizar al ser representativos, porque la investigación aporta soluciones concretas. Para ello, es crucial asumir y poner en práctica que “en una negociación ninguna de las partes puede ganar todo, ambas partes tienen que perder algo y tienen que ganar algo” (Santos, 2012, p. 27). Por lo tanto, resulta imprescindible e inaplazable, proponer una guía que deje en claro que el personal de la salud que es capaz de acercarse a un grupo con concepciones diferentes, aporta valor y nutre a ambas partes.

En definitiva, los diferentes modelos en salud pueden coordinar diversos enfoques terapéuticos, en donde “la comunidad no es solamente un marco que permite entender la epidemiología, es decir, la frecuencia, la distribución y la evaluación de las enfermedades. Es también un lugar de recursos en el campo de la salud”. (Fassin, 1992, p. 41)

A continuación, se cita un esquema de salud intercultural, esto tiene como finalidad señalar que el respeto y la interacción entre los sistemas son la base para el equilibrio de dos modelos de medicina que buscan la accesibilidad equitativa a un sistema culturalmente adaptado.

Figura 1

Sistema de medicina intercultural



Fuente: El gráfico es tomado del Diagrama Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (Fernández, 2006, p. 414).

Chapela cita La Carta de Ottawa (1986, p. 4) y define la promoción de la salud de la siguiente manera:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades

y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. (Chapela, 2007, p. 1)

Es en este contexto que se busca hacer de la salud, “un nuevo modelo de sociedad, con más solidaridad, empatía, equidad y humanidad, que salvaguarda la vida humana y los ecosistemas.” (Sanders, 2018, p. 223)

3. Diseño metodológico

El foco de esta propuesta de guía, son los y las profesionales del área de la salud que realizan trabajo de campo en comunidades culturalmente diversas, en especial con personas con pocas posibilidades de acceder a los servicios de sanidad estatalmente establecidos.

Ahora bien, es importante aclarar que “se utiliza la palabra “intervención” al identificar que cualquier práctica en intervención de la salud proyectada y programada se constituye en intervención en los procesos de construcción de significado.” (Chapela, 2010, p. 124)

Esta guía metodológica se encamina a resaltar el nexo entre lo biológico y lo social, puesto que los conocimientos clínicos que se comparten con unos promotores en salud de procedencia indígena aportan y mantienen relaciones de convivencia con los otros y con nosotros mismos, a partir de la comprensión e identificación de dramas comunes y de la necesidad humana de *autointerpretación*.

Ramas de las ciencias sociales como la antropología o la sociología le aportan al mundo médico metodologías de acción que promueven la construcción de estrategias de intermediación intercultural, enfocadas en el sector salud, con el fin de compartir información y actualizar conocimientos en medicina occidental. Esto sumado a la formación de los agentes de salud indígena, amplía un panorama de conocimientos que enriquecen los saberes de las personas que promueven el bienestar dentro de las comunidades.

El término de promotor de la salud ha sido utilizado indistintamente para nombrar a personas de procedencia indígena, como los ejecutores de diferentes prácticas centradas en la enfermedad, ya sea con mirada científico - médica (por ejemplo: medicina preventiva, educación en salud, *sanitarismo* y atención primaria); o con miradas alternativas (religiosas, espirituales, emocionales u otras).

La mayoría de las prácticas médicas con las que se busca educar al promotor indígena, incluyen una definición netamente biológica de la enfermedad, en donde el cuerpo humano se concibe como un elemento fragmentado, alejado de lo místico y separado de una realidad social. El objetivo de promover la salud con enfoque intercultural, es llevar a la práctica de la promoción de la salud el doble valor de poder referirse al cuerpo material e inmaterial.

Los acercamientos en salud con enfoques culturalmente adaptados, promueven la diversidad de interpretaciones de promoción de la salud, que van más allá de las interpretaciones de la sanidad sin contexto social, propician que las prácticas médicas con enfoque intercultural, miran a la enfermedad como el desbalance entre el cuerpo físico, el entorno y el contexto social.

La pregunta base es ¿Cómo reducir estas desigualdades de información y acceso a un sistema de sanidad políticamente establecido?

En respuesta a lo anteriormente planteado, se propone la posibilidad de dirigir la mirada a otras formas de medicina y a sus actores protagonistas, para mejorar el desempeño y la eficacia de un sistema intercultural y socialmente adaptado, en este caso puntual, la implementación del SISPI. Todo ello, combinando la medicina alopática con las exigencias éticas del respeto al conocimiento tradicional.

Una guía de orientación como la en este trabajo propuesta, permite que un profesional tenga una mejor disposición para trabajar en zonas que carecen de infraestructura.

Así, un sistema de salud, con un análisis sociológico, puede contextualizar las reales necesidades de una comunidad, además les hace partícipes y les integra. La intención no es subestimar el sistema actual de salud vigente, por el contrario, la propuesta es enriquecer un sistema que se desarrolla en un país culturalmente diverso.

Es en virtud de ello que es posible generar motivación hacia el personal médico y hacer que la oportunidad de trabajar en contextos diversos tenga éxito. En el caso de la implementación de un sistema de sanidad diverso, enfocado en los y las promotores/as de salud indígena, se sustenta en la constitución de un equipo de personas de primera línea, quienes, a su vez, replicarán información de valor al interior de sus comunidades.

El intercambio de saberes es un trabajo constante, que se adapta al contexto y cambia conforme a medida de las necesidades que plantea cada comunidad.

Esta propuesta metodológica le da un especial valor al testimonio que surge cuando se entabla una conversación entre el personal de la salud occidental y el promotor de salud indígena, porque es fundamental visibilizar “la importancia de incorporar las narraciones

personales a la investigación científico social sobre la salud y la enfermedad.” (Blanco, 2010, p. 42)

Capacitar y brindar información a personas que tienen una cosmovisión diferente no es sencillo, los datos que se suministran debe ser pertinentes, relevantes y útiles, pero sobre todo éticos, se debe tener en cuenta que los pueblos indígenas en Colombia son considerados población vulnerable, que ante la ley colombiana son considerados sujetos de especial protección, en ese marco, la Resolución 8430 de 1993 es la normativa vigente nacional que regula específicamente la investigación en el campo de la salud.

Establece que en la investigación realizada en seres humanos deben prevalecer la dignidad, la integridad, la seguridad y los derechos de los participantes del estudio. Además, obliga a la revisión de los protocolos de investigación por un Comité de Ética en investigación y al cumplimiento del proceso de consentimiento informado.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Así, esta guía metodológica incluye los pasos para un buen desarrollo de la implementación de programas enfocados en el sector sanitario.

- La Guía es un instrumento de apoyo, no una regla estricta a ser seguida, ya que las realidades de cada comunidad son diferentes. De esta manera, la metodología propuesta se adapta a la realidad de cada comunidad según las propias necesidades.
- La Guía no es un documento estático, antes de su implementación, el personal de la salud debe estar en conocimiento del contexto al que se dirige.
- Es necesario determinar la misión y el alcance del proceso. La misión está definida por lo que se desea cumplir, lo que se pretende hacer y para quién se va a hacer. Es importante determinar el alcance para tener una meta y unos objetivos bien trazados.
- Se debe elaborar un plan de acción, que será la suma de los pasos propuestos para el acercamiento con la comunidad en que se debe intervenir.
- Una vez definidas las acciones a seguir, estas deben ser implementadas.

- Las acciones deben promover la participación, involucrando a la comunidad en todos los programas y/o proyectos.
- Se debe indagar de forma pormenorizada, mediante la etnografía, el tipo de servicios sanitarios formalizados que una comunidad indígena utiliza, además de los factores que determinan su uso. Por tanto, además de lo anterior, nuevamente se reitera la importancia en la observación del contexto cultural a intervenir.
- Es fundamental la retroalimentación entre la metodología y la implementación. Así, se deben fijar pautas e indicadores de monitoreo y de control y evaluación para todas las actividades. Todo ello, con el fin de que en aquellas que no se logren los objetivos planteados, estos sean rediseñados.

La salud con enfoque intercultural es de interés para diversos espacios, entre ellos académicos, gubernamentales o del tercer sector, en este caso y para efectos de dar un contexto, a modo de ejemplo se describe la estructura de un grupo de investigación de corte académico, no se citan nombres ni se *georeferencia* la información para dar un enfoque neutral a un posible escenario de trabajo.

Contextualización y características de un centro que promueve la salud con enfoque intercultural:

Centro: Grupo de investigación

Área de la práctica: Pueblos que buscan implementar un sistema de salud propio y para ello buscan capacitar a sus promotores en salud

Especialidad: salud humana

Enfoque: desarrollo de actividades propias de un centro de desarrollo tecnológico en el área de ciencias de la vida y actividades de vigilancia tecnológica en relación a necesidades y/o oportunidades de desarrollo social.

Líneas de investigación:

- Aseguramiento de la Calidad
- Asistencial
- Biología Molecular y Computacional
- Eco-epidemiología
- Ensayos Biológicos e Inmunología
- Investigación Clínica
- Entomología Médica
- Innovación y Desarrollo

3.1. Objetivos del proyecto

3.1.1. *Objetivo general*

- Orientar a un/a profesional sanitario/a en un desarrollo más eficiente del desempeño de sus actividades con población indígena, mediante una guía metodológica de sensibilización para el reconocimiento de la salud como un fenómeno social intercultural.

3.1.2. *Objetivos específicos*

- Comprender las problemáticas reales en salud que aquejan a un grupo social.
- Establecer niveles de prioridad de las problemáticas que enfrenta.
- Identificar los criterios locales sobre la salud y la enfermedad.
- Proponer soluciones.

3.2. Beneficiarios

A través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual se deben crear políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, se debe garantizar que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de personal especializado.

La *guianza* en una acción enfocada en intervención, se enfoca de manera directa en los profesionales en salud pública que se acercan a una comunidad e indirectamente su actuar impactará a promotores de salud de procedencia indígena.

3.2.1. Beneficiarios directos

Personal de atención para la salud, en especial médicos/as, tanto generales como especialistas, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y microbiólogos/as.

Características: La función a cumplir de estos perfiles profesionales, es crear estrategias para transmitir conocimientos propios del área de la salud (metodologías clínicas y normativas institucionales) de una manera amena y culturalmente adaptada. Para ello, es indispensable que en la praxis se implemente un lenguaje incluyente que, al mismo tiempo, pueda detectar elementos comunes entre la medicina indígena y la medicina occidental.

3.2.2. Beneficiarios indirectos

Promotores/as de salud indígenas, comunidades indígenas, instituciones gubernamentales como el Ministerio de Salud o entidades locales como las gobernaciones municipales e infraestructura hospitalaria.

Características: Promotores/as en salud encargados/as de construir e implementar puestos de salud en sus territorios, dotados/as con insumos y equipos médicos, que además se preparan para implementar el SISPI, mediante actualizaciones de conocimientos basados en medicina no indígena. Como este proceso en algunas ocasiones está impulsado por ONG y sectores académicos, los entes gubernamentales se benefician al ahorrarse un trabajo que constitucionalmente deberían asumir.

3.3. Actividades y tareas

3.3.1. *Objetivo*

- Brindar conocimientos e instrumentos con un mínimo de utilidad, siempre procurando encontrar el nexo entre lo biológico y lo social-cultural.

3.3.2. *Desarrollo de la actividad*

Para crear alternativas de acercamiento al trabajo con comunidades se propone:

- Definir el motivo por el cual se debe intervenir: Como en toda actividad hay que tener un norte, y en este proyecto de intervención social en las sociedades del conocimiento, este parte de la definición del motivo del acercamiento.
- Estudio inicial: Conocer el contexto, la historia de la región, la distribución espacial, las costumbres cotidianas como el trabajo agrícola o los desplazamientos diarios, las formas de socialización, las estructuras de poder, tanto tradicionales como informales, además de los conflictos que han marcado a esa comunidad. Todo esto brinda un contexto geográfico, histórico, demográfico, antropológico, socio-cultural, eco-cultural, socio-educativo, socio-político, etc.
- Primer acercamiento: Mediante el diálogo se puede indagar la manera en la que un grupo se expresa sobre la enfermedad, la muerte, el embarazo, la sexualidad, etc. Para ello se pueden buscar informantes que sean personas de la misma comunidad y que estén dispuestos/as a brindar información. Otra posible manera de acercarse es mediante grupos constituidos por personas interesadas en el tema a tratar y en las que se permite una participación activa.
- Acercamiento directo: Buscar el diálogo con los/as promotores/as en salud permite entender cuál es su rol en la comunidad, y el por qué han sido seleccionados/as para representar ese papel.
- Estructuración: La metodología debe ser clara, con objetivos alcanzables, con una temática aplicable y de interés dentro un cronograma y un presupuesto alcanzables.
- Incentivos: El interés por las acciones a realizar se debe promover. En este sentido, hay opciones pedagógicas como el juego y los concursos. Estas herramientas son de utilidad, puesto que promueven un interés constante.

Asimismo, con base en experiencias previas, se proponen las siguientes estrategias, con miras a la construcción de metodologías de acercamiento que posibiliten un modelo de salud intercultural, enfocado en población indígena que cuenta con conocimientos y experiencia previa en la mezcla de medicina tradicional y occidental. De esta manera se reconoce que existe la implementación de cuidados holísticos, que en zonas apartadas se complementan para brindar una atención integral y adaptada al contexto:

- El desconocimiento que tienen los pueblos indígenas del sistema de salud pública, tiene un impacto negativo y les deja en desventaja. Para contrarrestar dicha circunstancia, es necesario incorporar en las políticas de salud pública, modelos de salud que consideren la medicina tradicional como el modelo primario de atención y la medicina alopática como un modelo alternativo de atención.
- Las condiciones socio-ambientales de una población son decisivas a la hora de formular y consensuar con la población cuáles son las estrategias y programas en salud que mejor se ajustan a sus necesidades, creencias y costumbres.
- Se debe reconocer el fundamento científico que encierran las prácticas de la medicina tradicional. Y, a su vez, se reconoce qué elementos son determinantes en la prevalencia de ciertas patologías.
- Es una obligación del estado y las instituciones, respetar y reconocer el concepto de salud holística, basado en el equilibrio y que es promovido por los pueblos indígenas, en busca la protección de la medicina ancestral y de los ambientes naturales y sagrados.
- Resulta de especial consideración el sensibilizar al personal sanitario en la existencia y el reconocimiento de alternativas terapéuticas provenientes de la medicina tradicional.
- Hay que formar y fortalecer acciones de promoción y prevención de la salud que integren ambos saberes (indígena e institucional). Esto permitirá un aumento en recursos humanos indígenas, con formación sanitaria, que trabajen en la región que habitan.
- El reconocimiento de la salud como un componente social intercultural, permite la recuperación de la memoria histórica de los saberes de la medicina tradicional entre los pueblos indígenas.
- Es una necesidad de las comunidades indígenas insertarse en los sistemas de salud pública. Para que ello suceda, es necesario que comprendan las normativas y metodologías que difieren de sus saberes ancestrales.

3.3.3. Aproximaciones de estudio

Es importante aclarar que no hay secuencias o etapas rigurosas a seguir, además el factor tiempo cambia dependiendo del contexto. Lo anterior no resta importancia a la estructuración que previamente se establece para un acercamiento, pero evidencia que, en el ámbito de las Ciencias Sociales, se debe ser flexible porque las variables en campo no siempre son controlables.

Otro aspecto de vital importancia es el conocimiento previo del nivel educativo del promotor de salud indígena. Esto le permite al personal de salud alopático, entender los límites del conocimiento a compartir y el lenguaje culturalmente adaptado que se debe procurar impartir, con la claridad necesaria.

Lo afirmado en el párrafo precedente, se convierte en un aspecto imprescindible porque la información que otros reciben debe ser integrada. De forma que, luego ese conocimiento pueda ser compartido con la comunidad a la que representa.

El proceso de enseñanza y aprendizaje puede generar relaciones de desigualdad, porque esto implica una apropiación diferente de saberes acerca del cuidado de la salud.

En efecto, reconocer que los conocimientos científicos son solo una mirada entre muchas otras miradas, permite una sana transferencia de conocimientos, e implica llevar a la práctica aspectos metódicos con estrategias creativas. Estas se pueden enfocar en la utilización de un lenguaje apropiado, considerando al otro desde el respeto; es más, desde el aprecio.

Otro aspecto de especial consideración es el lenguaje no verbal. Por ejemplo, en el caso de las poblaciones indígenas hay roles muy marcados entre géneros, o las relaciones de poder se respetan a cabalidad. Por tanto, un correcto lenguaje verbal siempre está guiado de la buena observación del entorno. Asimismo, el diálogo con la comunidad también puede brindar información clave al respecto.

De este modo, es posible ver lo que no estamos acostumbrados a ver, la mirada se amplía y hay disposición a aceptar las diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad. Surge el

respeto por otros tipos de conocimiento y se reconoce que se entabla un intercambio que beneficia a ambos. En resumen, se está ante el desarrollo de un empoderamiento colectivo.

De ahí que, impactar a personas que asumen la responsabilidad de brindar cuidados a su comunidad, es una tarea de gran responsabilidad.

Ahora bien, un/a promotor/a de salud indígena está expuesto/a a sufrir rechazo social, porque se aventura a llevar a su comunidad información que se puede entender como un elemento que permite la pérdida cultural o que desconoce los códigos culturales de la sociedad a la que pertenece.

La propuesta es entonces, llevar acciones al territorio, que promuevan el intercambio de información desde la horizontalidad.

Por otra parte, la medicina a nivel global, está marcada por diversos modos de diagnosticar y tratar los padecimientos.

Además, el foco de esta guía, son los territorios apartados de los centros urbanos, que cuentan con la no dependencia tecnológica. Esto puede ser un reto para un/a profesional de la salud, porque no hallará en campo los mismos recursos disponibles que en los entornos urbanos. Esto constituye un motivo más para considerar que las buenas prácticas en salud están cargadas de condicionantes sociales.

Tabla 2

Promoción de la salud empoderante y emancipatoria

	<i>Empoderante</i>	Emancipatoria
La enfermedad	Es el enfoque	Es uno de tantos resultados
Prioridad	La enfermedad	La integridad de los sujetos
Meta	Que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos construidos y	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento.

	seleccionados por expertos.	
Medios	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto. ● Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflexión sobre problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos. ● Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas. ● Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas.

Fuente: Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria, 2007.

La intención de la tabla anteriormente citada es ejemplificar como un conocimiento se nutre de múltiples conocimientos, sin necesidad de interrumpir el flujo de la información para conservar unidad.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el foco de la guía son los territorios apartados, por lo tanto, se hace reiterativa la importancia de usar medios que conduzcan a la recolección y obtención de datos e información. Así, se propone una guía de observación de campo como un instrumento que le permite al personal de salud situarse de manera sistemática en la información que es objeto de estudio para la intervención.

Guía de observación de Campo

La presente guía tiene como propósito orientar la observación e indagación formal e informal con actores clave de las comunidades del trapezio Amazónico, con el fin de establecer las características sociodemográficas y médico-sanitarias particulares que se presentarán en el próximo Encuentro de Saberes que se realizará entre el 27 de septiembre al 7 de octubre del 2022 en el municipio de Tarapacá con 27 promotores de salud indígena. Esta información es sustancial para lograr una visión holística de la necesidades de información en la implementación del SISPI.

Comunidad

1. Ubicación geográfica

- a. Nombre de la comunidad
- b. Rural/urbana
- c. Categoría político-administrativa
- d. Localización: georreferenciación
- e. Vías de acceso

2. Perfil de la comunidad

- a. Composición sociocultural; grupos étnicos y sociales
- b. Economía: de subsistencia o de mercado
- c. Los modos de vida (agricultura, ganadería, minería, cacería y pesca, comercio, microempresas, trabajo asalariado, etc.) practicados por los habitantes y cuántos se dedican a cada uno de ellos.
- d. Tenencia de la tierra; reservas, resguardos, minifundio, predios; propietario,
- e. arrendatario, aparcerero, etc.
- f. Organizaciones comunitarias; cabildos, juntas de acción comunal, cooperativas, comités, etc.

3. Patrón de asentamiento

- a. Definición de límites; vereda, barrio, resguardo, etc.

4. Clima

- a. Humedad, clima
- b. Vientos, tormentas, sequía

- i. (Preguntar por el momento del año en el que se presentan cada uno)

5. Instituciones estatales y eclesiásticas

- a. Político-administrativas
- b. Educativas
- c. Organizaciones eclesiásticas
- d. Energía eléctrica, acueducto, alcantarillado
- e. Tiempo de funcionamiento de cada una de estas instituciones en la zona

Población

6. Características demográficas

- a. Población total actual de la comunidad
- b. Población total en fechas anteriores, según registros censales existentes
- c. Superficie del área estudiada
- d. Número total de familias nucleares de la comunidad

7. Distribución de la población

- a. Por sexo
- b. Por edad
- c. Por estado civil
- d. Por grupos étnicos
- e. Por lugar de nacimiento
- f. Por nivel socioeconómico
- g. Por ocupación
- h. Por nivel educacional

8. Natalidad

- a. Distribución de nacimientos por sexo y nivel socioeconómico
- b. Promedio de hijos por familia

9. Mortalidad

- a. Distribución de defunciones por sexo, edad y nivel socioeconómico
- b. Distribuciones de defunciones según tipos de enfermedad
- c. Distribuciones de defunciones por grupos de edad y causa

10. Morbilidad

- a. Incidencia y prevalencia de enfermedades según sexo, edad y nivel socioeconómico

- b. Enfermedades endémicas
- c. Epidemias

La higiene y la alimentación

11. Pautas de poblamiento

- a. Dispersión y/o aglomeración de las viviendas
- b. Lugares habituales de construcción de las viviendas
- c. Rotación y cambio de vivienda

12. Patrones de residencia

- a. Familia extensa
- b. Familia nuclear

13. Clases de vivienda

- a. Número de casas de bahareque
- b. Número de techos de palma o paja
- c. Número de techos de zinc
- d. Número de casas con piso de cemento
- e. Otras características de la vivienda
- f. Número total de viviendas en la comunidad

14. Distribución espacial de la vivienda

- a. Número de dormitorios
- b. Salas, comedores, cocinas
- c. Áreas destinadas a otros fines
- d. Descripción y plano de la casa típica
- e. Elementos alrededor de la vivienda: hojarasca, troncos viejos y húmedos, residuos vegetales, basura, etc.

15. Ventilación de la vivienda

- a. Ventanas
- b. Puertas
- c. Protección ambiental (anjeos, vidrios, etc.)
- d. Uso de toldillos
- e. Altura de techos y paredes
- f. Orientación de ventanas y puertas

16. Protección de la vivienda

- a. Cómo se protege la casa para que sea un espacio saludable
- b. Cómo se protege la casa contra los insectos

17. Animales domésticos

- a. Clases de animales que tienen acceso a las viviendas
- b. Mantenimiento de los animales; sueltos o encerrados
- c. Ubicación de los corrales
- d. Limpieza de los corrales

18. Agua

- a. Fuentes de abastecimiento de agua
- b. Nivel de contaminación
- c. Formas de transporte del agua a la vivienda
- d. Reutilización del agua
- e. Limpieza de filtros, vasijas, etc.

19. Trabajo, descanso y recreación

- a. Actividades laborales, según sexo y edad, y horarios.
- b. Actividades deportivas y recreativas, según sexo y edad, y horarios.
- c. Horas promedio diarias dedicadas al sueño, según sexo y edad

Indumentaria

20. Caracterización del tipo de prendas:

- a. Cuáles son las prendas que se emplean en cada clase de trabajo
- b. Qué prendas de vestir usan en la casa
- c. Qué prendas usan en las horas de la noche
- d. Cuál es el tipo de calzado usual en casa y en el trabajo

21. Reposo diurno: ratos de descanso, siesta, días de asueto (uso de toldillo)

22. Reposo nocturno: su duración, actividades de ocio (uso de toldillo)

Recursos médicos

23. Promoción y prevención

- a. Programas y proyectos en ejecución
- b. Campañas sanitarias; frecuencia y características
- c. Población cubierta

24. Instituciones médicas formales

- a. Número y tipos de establecimientos
- b. Planta física y dotación de cada establecimiento
- c. Distribución geográfica de los establecimientos

25. Personal médico sanitario

- a. Número de médicos, promotores de salud y enfermeras, etc.
- b. Técnicos de saneamiento ambiental

26. Posición de la comunidad ante sus problemas de salud

- a. Principales problemas de salud percibidos por la comunidad
- b. Soluciones que la comunidad propone para resolver estos problemas
- c. Posición de la comunidad frente a las principales causas de *morbi-mortalidad* que afectan la población

3.3.4. Recursos

3.3.4.1. *Materiales*: Con el fin de cumplir y lograr los objetivos planteados, se deben considerar las instalaciones dispuestas para los encuentros ejemplo: malocas, salones sociales, centros de salud. Equipos: medicinas como medicamentos para el dolor o antibióticos, equipo médico como tensiómetros, pesas, glucómetros, tijeras, gasas, alcohol, etc. Herramientas pedagógicas como juegos, encuestas, presentaciones, entre otros. Así como el dinero necesario para sufragar con garantías los desplazamientos y la alimentación/manutención de quienes se reúnen para un encuentro de saberes.

3.3.4.2. *Personales*: Profesionales del área de la salud, promotores/as de salud indígena y organizaciones involucradas.

3.3.5. Duración de esta actividad

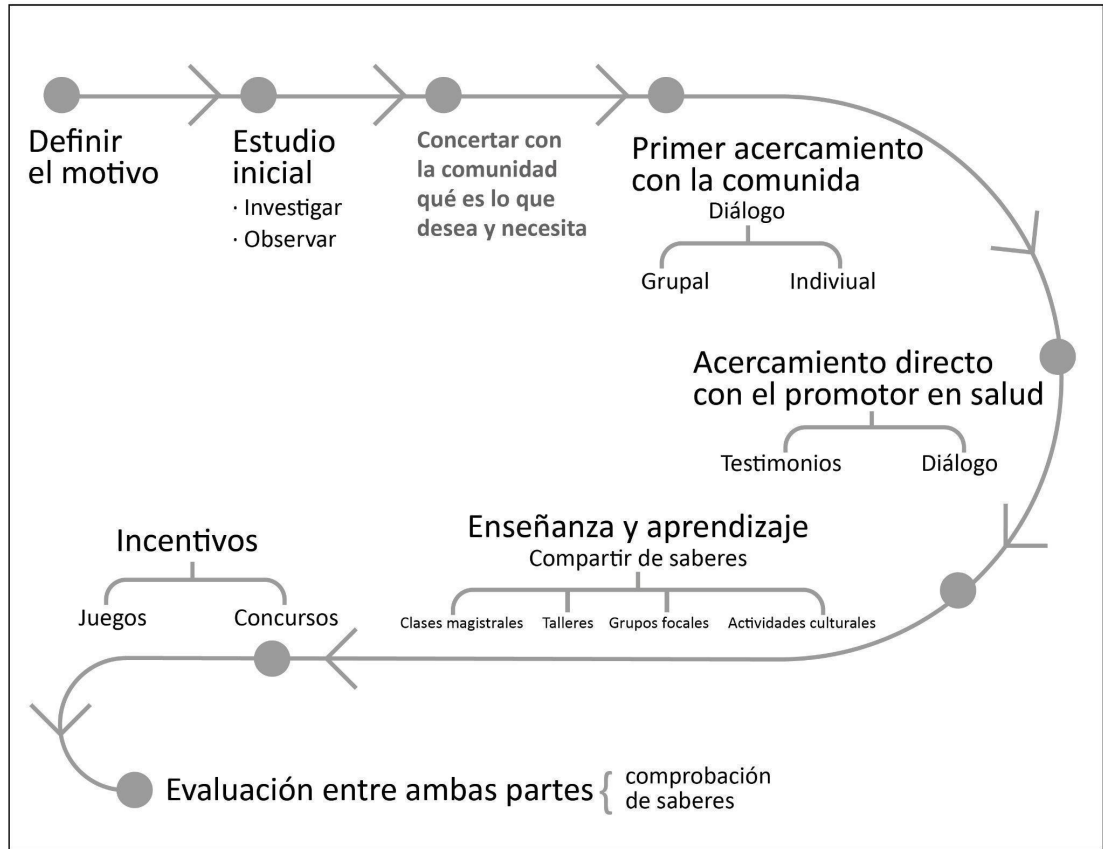
Plan de trabajo anualizado que permite 3 encuentros presenciales durante un año.

3.3.6. Ruta de acción

En este esquema se plantean unos determinados pasos a seguir como estrategia de acercamiento y permanencia, enfocada en varias acciones que en secuencia señalan una ruta de acción (Figura 2).

Figura 2

Ruta de acción



Fuente. Elaboración propia, 2022.

3.3.7. La importancia del testimonio

El testimonio surge como relato de una experiencia personal, además es fruto de la observación y la vivencia en primera persona de algún hecho o proceso, se torna relevante por la proximidad en la que se presenta. No obstante, es una transmisión de información particular en cuanto a sus verdades fruto de la experiencia específica. Sin embargo, es un elemento válido de considerar en el mundo científico, que en sus búsquedas generalizantes choca con lo subjetivo, con lo experiencial, con lo parcial.

Es entonces como el testimonio se sitúa en esta propuesta de guía metodológica, como pieza clave de la investigación para construir conocimiento. Por lo tanto, a continuación, se traen

relatos reales, vividos en campo en encuentros de saberes realizados en el presente año, su finalidad es ejemplificar y demostrar que tanta información pueden brindar.

Testimonio 1:

Ante la socialización de la enfermedad conocida en occidente como Estomatitis por cándida: producida por el hongo *Candida albicans*, se relatan síntomas y se exponen generalidades en cuanto a los medicamentos a utilizar, como:

Se resuelve sola a las dos semanas generalmente, pero se trata para evitar complicaciones, el tratamiento es lavado de dientes con seda 3 veces al día, limpieza con bicarbonato y se deben administrar analgésicos, hielo o bebidas frías, se adiciona Nistatina y gel de Lidocaína mezclado con hidróxido de aluminio por 3 a 4 veces al día por 14 días. Los Agentes comparten que la conocen como sapo rojo o sapo blanco.

Estreptocócica: es bacteriana, común también en los niños, puede aparecer producida por la misma bacteria de la amigdalitis, produce fiebre y malestar general, el manejo es con analgésico y los mismos cuidados de aseo de las anteriores, en este caso se da Amoxicilina.

Se recalca lo importante de revisar siempre muy bien la boca y que el aseo es fundamental.

Ante esta información un grupo de agentes de salud indígenas plantea:

En territorio esa enfermedad es conocida como sapo blanco y se manejan con cogollo de granadillo, se hace enjuagues con esa planta, también se bebe para combatir internamente, esa misma planta es conocida en otras regiones del Amazonas como sapiño rojo, pero se trata con corteza de guamo o con piñón (es de hojas coloradas o rosadas) con la resina de estas plantas se trata, también se trata con mancha de plátano o se hace una mezcla de plantas, el matico, es algo que por lo general manejan los sabedores, ellos son los que trabajan con las plantas (bejuco seco al sol cuando se cocina y seca queda rojo). También hay una planta que produce un agua que ayuda y con la cual se hace el tratamiento, se llama Cristo de Pajui.

Testimonio 2:

Ante una actividad de microscopía en la que se observan los hongos que por 5 días han crecido en las placas donde se cultivaron los microorganismos presentes en las manos de los participantes, surgen anécdotas como:

Para el Covid-19 fue común el uso de cachaza, algunos la mezclaron con ajo, este licor permitía respirar con mayor facilidad. En el caso del Covid-19 en todo el territorio amazónico se comentó que en Leticia (capital del Amazonas Colombiano) la cantidad de muertos fue muy grande, pero en territorio la mortalidad fue muy baja, se desconocen los motivos, pero se podría presumir que nosotros los indígenas en territorio tuvimos buenas prácticas en el manejo de los síntomas.

Ante la recomendación del uso de agua con limón para ayudar en el proceso de recuperación de llagas en la boca, los Agentes comentaron que en el Amazonas hay tres clases de limón, el mandarino, el real y el toronja, algunos líderes han usado en sus comunidades esta técnica, algunos le han adicionado sal.

Testimonio 3:

En una actualización de alteraciones del embarazo, parto y puerperio se realiza una definición de sintomatologías en la medicina occidental, se da la recomendación de guardar reposo, tener una buena alimentación, comer varias veces al día y consumir mucho líquido como caldos para la hidratación.

En respuesta a esta información uno de los Agentes comenta:

En los primeros meses están los antojos, entonces se le da a la madre lo que ella desee, lo que se le antoje, porque en el embarazo se puede comer lo que ella quiera siempre y cuando esté dentro de los alimentos que su comunidad permite.

Los Agentes narran que: *a los bebés que se ven pequeñitos se acude a la tradición, hemos sido muy conscientes en nuestra tradición para que el niño no se enferme y cumpla el año, muy atentos a la planificación para programar cuando llega el bebé, pero eso ha cambiado, no hay una coordinación entre la pareja con el monitoreo de la menstruación.*

En medio de esta intervención, se narra la historia de una mujer indígena que *ante el desespero del dolor de las contracciones, con una tijera ella misma se reventó la fuente antes del tiempo, una semana antes, esto requirió llevarla hasta el centro médico más cercano.*

Para finalizar, uno de los Agentes comenta:

En el mundo indígena hay un sistema ordenado, viene de la preparación, nuestros abuelos dictan las normas, cuando esto sucede y el embarazo no cumple el término es por no seguir las normas, es la desobediencia, por ejemplo, comer alimentos prohibidos en el embarazo, hay complicaciones por tabletas o ampollitas, eso envenena el cuerpo, es desobediencia, trae complicaciones como prematuros y fenómenos (niños deformes).

En general los participantes señalan que un buen embarazo depende de la dieta.

Manifiestan que se sabe que una mujer está en embarazo porque no llega el periodo, *entonces se lleva donde el médico tradicional y el hace una curación y esta sociedad ya no lo cumple, no siguen las dietas. En algunas ocasiones a los hombres les da miedo el parto, se van a pescar y cuando regresan el bebé ya está ahí. En el caso de ciertos pueblos le está prohibido atender partos a un Agente de salud, siempre lo debe hacer un tradicional de la misma tribu porque son los que conocen cómo está formada la tribu y esos casos de partos pretérmino los generan sabedores con menores capacidades.*

Una de las mujeres Agente de Salud cuenta:

El hombre tradicionalmente no está para atender el parto, eso lo hacen las parteras o la madre de la embarazada con la compañía del tradicional, la partera es la mediadora, un tradicional solo no lo debe hacer, está prohibido y no cualquier mujer lo puede hacer, hay que tener el rol, porque la partera también debe guardar una dieta, cada comunidad debe manejar una partera, es una propuesta que se está trabajando para mejorar la atención del parto, una partera que sepa medicina tradicional y occidental.

Testimonio 4:

Actualización de conocimientos en manejo de accidente ofídico: Se inicia el tema con un caso práctico, cómo los indígenas conocen muy bien el tema la charla se enfoca a la prevención. Los Agentes narran cómo abordan estos casos desde sus conocimientos, ellos recomiendan moverse lentamente y mantener la calma, lo ideal es inmovilizar a la persona.

Se recomienda inmovilizar con una férula que se puede hacer con lo que tengamos a la mano, como un cartón o una tabla, no se recomienda darle antiinflamatorio no esteroideo, no se deben aplicar inyecciones intramusculares, ni hacer cortadas por riesgo de infección, ni torniquetes y no se debe chupar el veneno, lo ideal es remitir a un centro hospitalario porque siempre se debe aplicar el suero antiofídico.

Como respuesta a esta información los Agentes narran:

La matigua se extrae de una mata y se limpia la herida y con un cono de la misma hoja de matigua se da de tomar, orina con palo podrido y el bejuco de Curcuncha machacado, molido o masticado. Con estos métodos se gana tiempo y eso ayuda a llegar a algún lugar donde se pueda conseguir suero antiofídico, el bejuco a orilla de río también es muy efectivo, es importante que una mujer en embarazo no trate a la persona. También se recomienda que no se debe mojar la pierna, ni dar agua.

3.3.8. Resumen de aspectos a estudiar

La experiencia en campo permite la observación e identificación de:

- Vínculos entre los mundos material y simbólico.
- Formas de inscripción de los procesos saludables y no saludables.
- Aprendizajes y necesidades del cuerpo en las distintas circunstancias y momentos del desarrollo del sujeto.
- Inscripciones de la acción del cuerpo en el mundo material y en el mundo social.
- Procesos que los sujetos saludables llevan a cabo para la evaluación de su realidad de salud y su necesidad.
- Procesos políticos, administrativos y de gestión en las acciones y los recursos
- Alternativas para lograr la reapropiación y desarrollo de la salud.

- Condiciones de acceso a los recursos públicos y las inscripciones en el cuerpo como producto de las acciones de promoción de la salud.

3.3.9. Incentivos

Los incentivos pedagógicos son un tipo de herramienta de compensación que es posible utilizar para trabajos en grupo con el fin de estimular la motivación y el desempeño de los participantes y con ello aumentar su atención y satisfacción.

3.3.9.1. *Juego:* El juego incentiva, motiva y divierte, en general carga de experiencias positivas un encuentro. Un ejemplo de ello es una ruleta, en esta actividad con anterioridad se le ha asignado un número a cada participante, cuando la ruleta para de girar se hace una pregunta que busca reforzar el aprendizaje de un concepto, la respuesta obtenida tiene una equivalencia en puntos que se van acumulando en una cartelera de puntuación. Al finalizar el encuentro se suman los puntos y las tres personas con mayores puntajes reciben regalos, útiles en territorio, como compensación.

Figura 3

Juego de la ruleta para compartir conocimientos



#	Nombre	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Fuente. Elaboración propia, 2022.

3.3.9.2. *Cierre*: al realizar la despedida de un encuentro puede tornarse emotivo, una tarjeta de despedida puede recalcar el agradecimiento por las experiencias vividas.

Figura 4
Tarjeta de despedida



Fuente. Elaboración propia, 2022.

3.3.9.3. *Encuestas*: Realizar una encuesta para dimensionar y medir qué tanto se

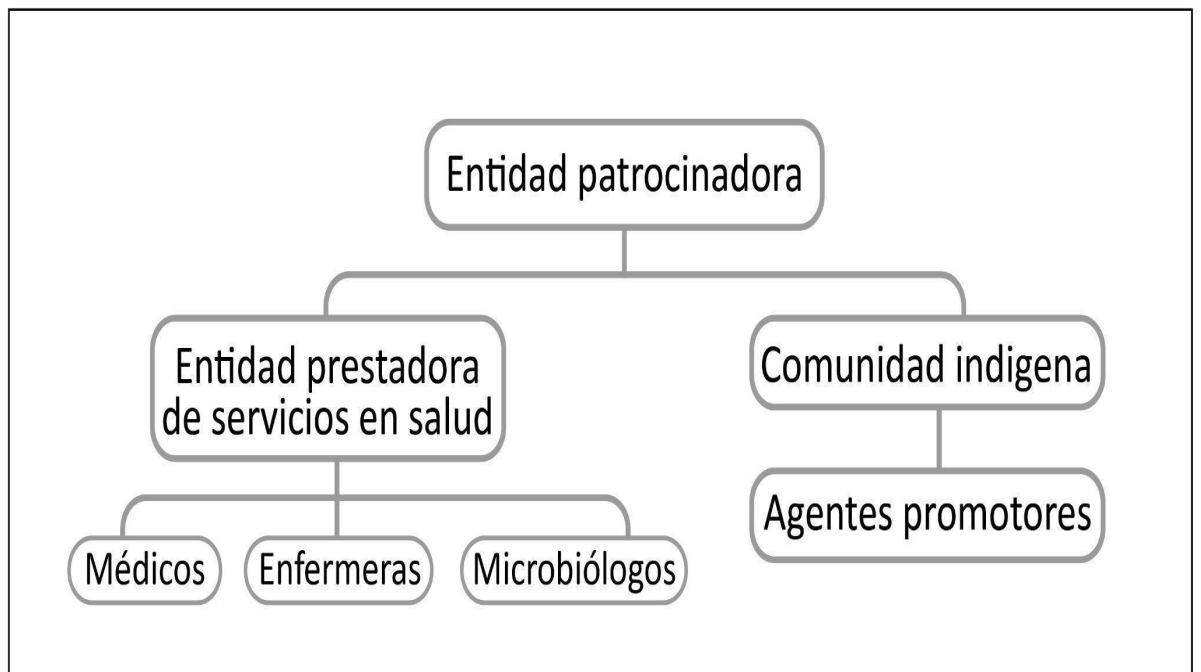
avanza en el alcanzar nuevos conocimientos, es de gran utilidad, la misma encuesta se puede analizar al principio y al final del encuentro. Las respuestas se pueden comparar y de esta manera se refleja si hubo comprensión en los temas tratados. Ver anexo B.

3.4. Organigrama

Esta estructura (Figura 5) busca mostrar la institución que patrocina la intervención como la cabeza del proyecto. Luego están las instituciones o comunidades y los perfiles que en una relación transversal comparten sus conocimientos.

Figura 5

Estructura



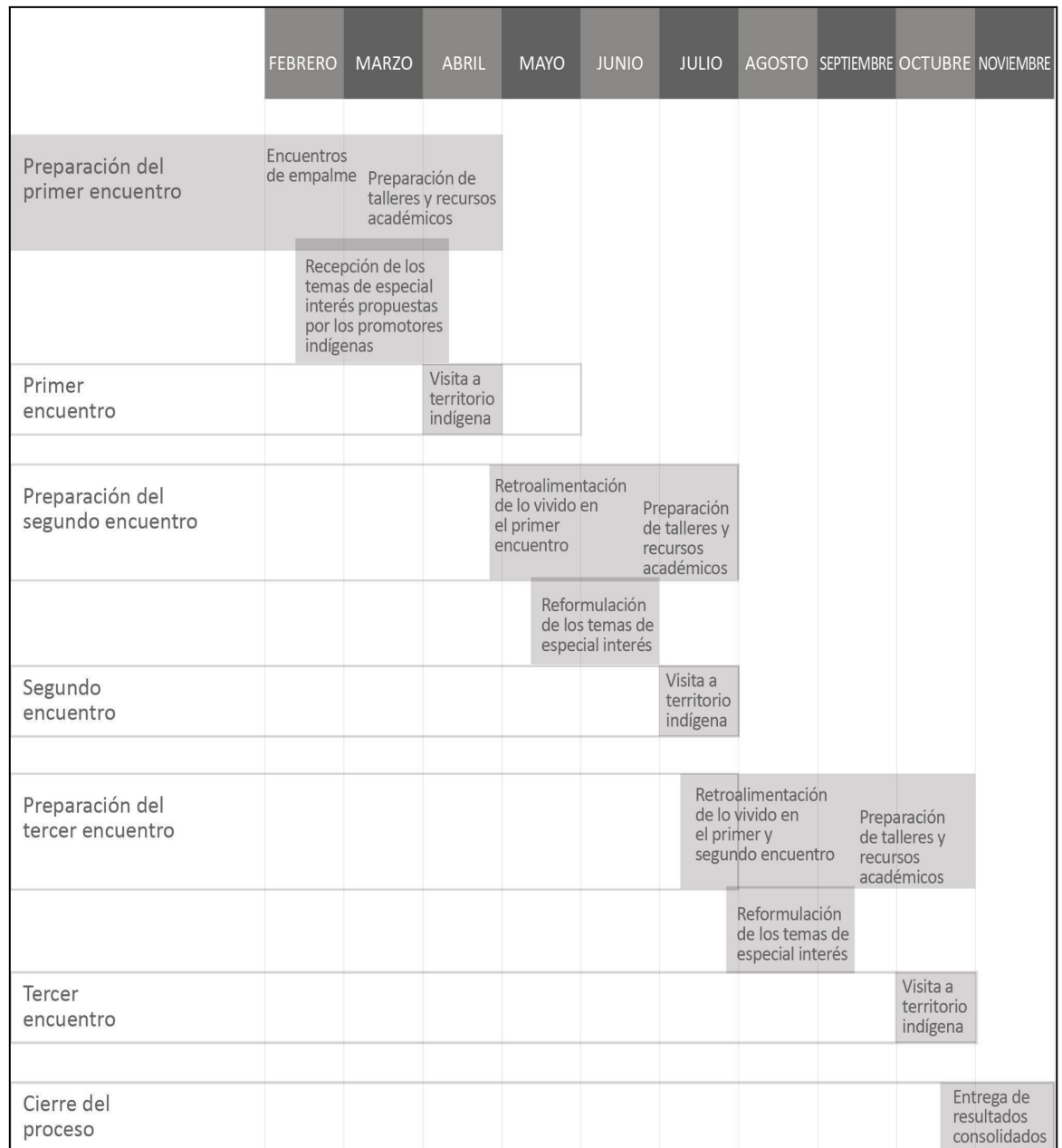
Fuente: Elaboración propia, 2022.

3.5. Cronograma

Se plantea como una propuesta que busca guiar. No obstante, está basado en una intervención real con comunidades de la amazonia colombiana, al igual que el organigrama.

Figura 6

Cronograma general



Fuente: Esquema de elaboración propia (2022) inspirado en la estructura del diagrama Gantt.

Figura 7

Cronograma del segundo encuentro

II Encuentro de Saberes para Agentes Comunitarios en Salud						
Semana 1						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
			Diseño de la encuesta	Consulta del censo	Viaje a territorio	Llegada a territorio e instalación del personal
Semana 2						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Presentación entre participantes	Taller #2 Escabiosis Tuberculosis Dermatitis Miasis cutánea	Taller #4 Alteraciones del embarazo, parto y puerperio	Taller #6 Otitis Conjuntivitis Pericondritis	Taller #8 Reflujo gástrico Hemorroides	Taller #8 Vacunas	Taller #11 Quemaduras
Actividades de inicio						Entrega de kits y explicación de cada uno de sus elementos
Encuesta inicial						
Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
Taller #1 Enfermedades transmitidas por vectores Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla	Taller #3 Larva migrans Viruela Herpes zoster Sarampión Rubeola	Taller #5 Accidente ofídico	Taller #7 ITS	Taller #9 Faringitis Amigdalitis Estomatitis	Tarde libre	Despedida entre participantes
						Actividades de cierre
						Encuesta de cierre
Semana 3						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Viaje de regreso	Viaje de regreso	Tabulación y depuración de datos	Análisis y redacción del informe			

Fuente: Esquema de elaboración propia (2022) inspirado en la estructura del diagrama Gantt.

3.6. Recursos

Los encuentros con grupos de promotores/as de salud se pueden realizar en campo, mediante una visita al territorio de las comunidades. Otras veces los/as promotores/as son trasladados/as a centros urbanos, cercanos a su territorio.

Por tanto, es entonces importante considerar y tener siempre en cuenta que los distintos recursos a valorar varían dependiendo del espacio en que se desarrolle el encuentro.

- Humanos: Promotores/as de salud indígenas, profesionales del área de la salud, personal logístico, profesionales sociales (ecólogos/as, antropólogos/as, sociólogos/as).
- Materiales: Los recursos pedagógicos son de gran utilidad: juegos, concursos, talleres, etc. Implementos de tomas de muestras (agujas, tubos de ensayo, etc.).
- Técnicos: Proyector, computador, micrófono, neveras para el transporte de muestras biológicas, entre otros múltiples y plurales.
- Económicos: Compra de tiquetes aéreos, desplazamientos fluviales (algunas de estas comunidades solo acceden a sus comunidades por río), hospedaje, alimentación, transporte terrestre, etc.

3.7. Evaluación

Tabla 3

Matriz evaluativa

Pregunta de evaluación	Criterio	Indicadores	Estándar	Instrumento de recogida de datos	Ítem
¿Se ha cumplido el objetivo de orientar mediante una guía metodológica?	Eficacia	Se han desarrollado encuentros educativos sobre problemáticas en salud	Se han realizado 3 visitas a territorio con actividades formativas en salud adaptadas a promotores indígenas	Registros etnográficos y anecdóticos	Tomar: ¿Qué actividades se han realizado? ¿Qué características tiene la población a la que estaba orientada?
¿Se puede mejorar en la implementación de estrategias de intervención comunitaria?	Satisfacción	Se han identificado mejoras	Se considera que el personal de salud está satisfecho cuando logra transmitir conocimientos a la comunidad	Encuesta sobre conocimientos generales	Pregunta implícita: ¿Qué tanto se logran aclarar los conocimientos en salud medidos entre la primera y la segunda encuesta?
¿La capacitación para el reconocimiento de la salud como un fenómeno social e intercultural debe	Sostenibilidad	Se ha sensibilizado en la existencia de concepciones de la salud diferentes y culturalmente diversas	Cuando los agentes de salud indígenas son receptivos de la información y a su vez comparten sus saberes	Registros etnográficos y anecdóticos	¿Hay participación? ¿Todos los presentes muestran interés en avanzar en las actividades?

aplicarse con obligatoriedad?					
-------------------------------	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2022.

4. Conclusiones

Una propuesta de orientación para los/as profesionales en salud pública, que tiene como finalidad avanzar en la garantía de la transmisión de conocimientos, desde el respeto y la horizontalidad, requiere de la capacidad de integrar la existencia de métodos no convencionales para los cuidados y atenciones en salud en el contexto hegemónico y asimétrico de un sistema motivado por la producción y la valoración mercantil, como es el caso de la salud occidental.

Aunque se evidencian las diferencias y se admiten las desigualdades en el acceso a los servicios de sanidad estatalmente establecidos, también se constata un reconocimiento público e institucional de las desiguales condiciones sanitarias bajo las cuales viven las poblaciones indígenas.

En este complejo escenario, las políticas públicas/gubernamentales nacionales tienen la deuda histórica de replantear sus metodologías y el alcance que estas tienen. Con ello, es posible establecer nuevas estrategias para el desarrollo y fortalecimiento de un sistema de salud adaptado a las necesidades de atención de las diferentes poblaciones vulnerables.

Por otra parte, la Academia es un espacio propicio para el surgimiento de guías o metodologías incluyentes, que, como en el caso del proyecto de intervención social en las sociedades del conocimiento que se ha planteado y diseñado en este TFM, destacan la importancia de visibilizar sociedades culturalmente diversas.

Muchas de las comunidades que viven en entornos rurales cuentan con su propia lengua, tienen modelos simbólicos y prácticas religiosas que difieren sustancialmente de los modelos urbanos ya establecidos. No obstante, es entonces que surge la necesidad de promover un sistema de salud intercultural, que al adaptarse a un sistema oficial gana valor y reconocimiento, como una práctica terapéutica eficaz, a pesar de las demasiadas diferencias y asimetrías existentes todavía.

En consecuencia, las comunidades indígenas deben ser siempre escuchadas y tenidas en cuenta cuando se toman decisiones que afectan a su salud o a su manera de entenderla.

Consiguientemente, la falta de información, frente a un sistema políticamente establecido y que históricamente ha sido excluyente, no puede seguir incrementando la desigualdad. Por el contrario, se debe trabajar en favor de poder brindar conocimientos e instrumentos con un mínimo de utilidad, siempre procurando encontrar el nexo entre lo biológico y lo social-cultural.

En relación a la propuesta de una guía metodológica, basada en el reconocimiento de la salud como un fenómeno cultural, este TFM busca estar del lado de lo que requiere reconocerse y con ello tener un lugar. Es decir, se pretende proponer alternativas posibles, que no correspondan a la ideología de los esquemas dominantes, aceptados por una gran parte de los/as profesionales sanitarios.

En suma, se trata de mostrar un método alternativo y/u otro de acercamiento que permite la construcción de un sistema de salud intercultural, basado en las necesidades e iniciativas expresadas por las mismas comunidades indígenas a intervenir. Ulteriormente, con el objetivo de dar cumplimiento a las obligaciones constitucionales y legales en materia de salud, desde una perspectiva culturalmente adaptada.

Este aspecto es fundamental para continuar en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población colombiana.

5. Limitaciones y Prospectiva

Desde una metodología etnográfica, acompañada de la observación participativa y la impartición de encuentros pedagógicos, propositivamente, se plantea la demarcación de una problemática, con el fin de elaborar una propuesta de acercamiento precisa y culturalmente adaptada. En este sentido, se deja de lado la posición de superioridad, para que el otro pueda sentir que su situación ha sido visibilizada.

5.1. Limitaciones

El trabajo coordinado entre la medicina tradicional y la occidental, en el que cada área reconoce sus limitaciones y se apoya en la otra, invita a no rechazar las prácticas en salud culturalmente diversas. En efecto, en el proceso de la búsqueda del bienestar y la calidad de vida para el conjunto de los seres humanos y sus plurales grupos existe un reconocimiento de prácticas médicas que no compiten entre sí, por el contrario, se complementan entre ellas.

Sin embargo, hay también un reconocimiento de la existencia de complejas barreras burocráticas, geográficas y económicas que permean los servicios de salud de un país tan culturalmente diverso como lo es Colombia.

Esas barreras son de especial consideración, porque promueven una apropiación desigual de los conocimientos científicos-técnicos “expertos”. La propuesta entonces se basa en considerar que en los hegemónicos servicios de salud pública se deben establecer diálogos interculturales, con objeto de contribuir a eliminar cualesquier obstáculos invisibles de comunicación y reconocimiento mutuo y recíproco.

5.2. Prospectiva

Por su parte, generalmente, las comunidades indígenas confían en sus promotores/as en salud y, sobre todo, en sus médicos/as tradicionales, frente a muchas enfermedades. De ahí que, lo único que solicitan es que se les apoye con inversión, pública o privada, para que el/la

promotor/a en salud tenga un lugar que le permita brindar atención a su comunidad y en donde pueda disponer de los diversos recursos necesarios.

Un/a promotor/a de salud indígena es un puente de atención, es decir, esa persona implementa metodologías mixtas que buscan acabar con las limitaciones en atención de órdenes geográficos y económicos. No hay que olvidar nunca que muchas de estas comunidades originarias están incomunicadas, y ante la enfermedad deben enfrentar largas distancias, con escasos medios de transporte, que imposibilitan un rápido tratamiento médico. Es entonces, cuando solo queda el uso de la medicina tradicional, unida a los conocimientos básicos de medicina occidental.

Por lo tanto, los retos en campo siempre han de estar presentes. Como manifiesto ejemplo de ello es la dificultad para gestionar recursos económicos y a esto ha de sumarse el desinterés gubernamental.

Cuando se interviene una comunidad indígena usualmente surgen los comentarios ligados al abandono estatal y al irrespeto de sus costumbres en el ámbito de las instituciones médicas. Asimismo, se evidencia un sentimiento de descontento generalizado, en el que expresan que la administración local ha ignorado por mucho tiempo sus peticiones, por lo que no confían en las políticas estatales. En conclusión, esto representa un reto más, entre muchos otros, para obtener la confianza y la aprobación de una comunidad.

Finalmente, se puede considerar que el incorrecto acercamiento a una comunidad y a sus promotores/as en salud coadyuva a abonar los retos para una población que intenta ser parte de un sistema alternativo de salubridad. Aspiración que, sumada a sus saberes tradicionales, puede contribuir en un alto grado a satisfacer sus necesidades y expectativas ante la enfermedad. En definitiva, si existe el respeto por la ideología del otro, es posible la construcción e implementación de un modelo de salud intercultural.

Referencias bibliográficas

- Alegre-Agís, E. & Fernández-Garrido, S. (Eds.) (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II): Perspectivas feministas en la investigación en salud*. Publicaciones URV.
- Chapela Mendoza, M. d. C. (2007). *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. Academia. Recuperado de https://www.academia.edu/6746115/Promoci%C3%B3n_de_la_salud_Un_instrumento_d_el_poder_y_una_alternativa_emancipatoria
- Chapela Mendoza, M. d. C. (2010). Investigación Cualitativa Sanadora. En C. Martínez Salgado (Ed.), *Por los caminos de la investigación cualitativa: exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud* (pp. 120-138). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) (2017). *Pueblos indígenas y sus integrantes*. Recuperado de [copred.cdmx.gob.mx](https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/efe/2d9/5a1efe2d9536d568189415.pdf). <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/efe/2d9/5a1efe2d9536d568189415.pdf>
- Fassin, D. (1992). *Antropología y salud en comunidades indígenas: manual de capacitación para promotores campesinos de salud*. Instituto Francés de Estudios Andinos.
- Fernández Juárez, G. (Ed.). (2006). *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Abya-Yala Ediciones.
- Goffman, E. (2001). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu Editores España SL. Recuperado de <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Grimson, A. (2011). *Los límites de la Cultura. Crítica de las teorías de la identidad*. Siglo XXI Editores. Recuperado de https://www.academia.edu/36497333/Grimson_Alejandro_Los_Limites_de_La_Cultura
- Inda, G. & Duek, C. (2005). *El concepto de clases en Bourdieu: ¿Nuevas palabras para viejas ideas?* *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 23, 1-20. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1339525>

Mapas Nacionales | GEOPORTAL. (n.d.). GEOPORTAL. Gobierno de Colombia. Recuperado de <https://geoportal.igac.gov.co/contenido/mapas-nacionales>

Marrero León, E. (2013). Transculturación y estudios culturales. Breve aproximación al pensamiento de Fernando Ortiz. *Tabula Rasa*, 19, 101-117. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892013000200005

Martínez Salgado, C. (2010). Cultivando la Relación Médico-Paciente en Escenarios Difíciles. En C. Martínez Salgado (Ed.), *Por los caminos de la investigación cualitativa: exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud* (pp. 41-59). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Prat, J. & Martínez Hernández, A. (Eds.) (1996). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudi Esteve Fabregat*. Editorial Ariel.

Romero López, A. & Muñoz, A. P. (2012). *Pueblo Indígena Coreguaje*. Caracterización. Red Colombia Verde. Procuraduría General de la Nación. Recuperado de: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Caracterizacion%20Coreguaje.pdf>

Sanders, D. (2018). *La lucha por la salud es la lucha por un mundo más equitativo, justo y solidario*. Scielo. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PfnkdYYstJRKJnDVv6vZxh/?lang=es&format=pdf>

Santos, B. d. S. (2012). *De las dualidades a las ecologías Boaventura de Sousa Santos*. Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía. Editorial Bolivia.

Santos, B. (2017). *Justicia entre saberes. Epistemologías del Sur contra el Epistemicidio*. Ediciones Morata.

UNESCO. (n.d.). *Interculturalidad | Diversidad de las expresiones culturales*. Recuperado de: <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad>

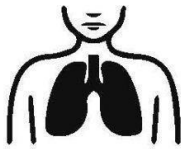
Anexo A. Ubicación geográfica



Fuente: Mapa de Colombia, tomado del GEOPORTAL de mapas nacionales.

Anexo B. Encuestas realizadas

Segundo encuentro de saberes para agentes comunitarios en salud del Amazonas



1. ¿La tuberculosis solo afecta a los pulmones?

- Sí
 No

2. Si mi mamá tiene tuberculosis y cuando estamos juntos ella estornuda a mí lado, y además seguimos hablando por más de 15 minutos, ¿me puedo contagiar de tuberculosis?

- No Sí

3. la tuberculosis es causada por un:



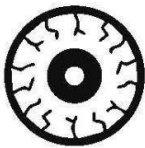
4. ¿Cuál es el tratamiento apropiado para eliminar la sarna humana?

Escoge solo una opción del siguiente listado:

- Permetrina Cloroquina Cefalexina

5. ¿Qué microorganismo causa la sarna humana?

- Bacteria Virus Parásito



6. ¿Todas las conjuntivitis se tratan con antibióticos?

- Verdadero Falso

7. ¿Todas las conjuntivitis son contagiosas?

- Verdadero Falso



8. ¿Todas las inflamaciones y lesiones que se producen en la boca se tratan con antibióticos?

- Sí No

9. El sarampión es causado por:

- Bacterias Virus
 Parásitos Hongos



10. Qué antibiótico se debe elegir para una foliculitis causada por bacterias:

- Amoxicilina cápsula Gentamicina intramuscular
 Acido fusidico en crema Cefalexina cápsula

11. Qué necesito para realizar el drenaje de un absceso en la piel:

- Usar guantes Todos los materiales que voy a utilizar deben estar estériles
 Limpiar la zona que voy a drenar antes de realizar el procedimiento Todas las respuestas anteriores son correctas



12. Si una mujer que está embarazada necesita tomar antibióticos ¿cual de estos exámenes se debe hacer antes de empezar a tomar el medicamento?

- Hemoleucograma Exámen directo de flujo vaginal
 Coprograma Citoquímico de orina y cultivo de orina

13. Cual de la siguientes frases es un factor de riesgo para parto pretérmino:

- Parto pretérmino previo Que sea el primer embarazo
 Ser mayor de 60 años No tener infección urinaria

14. La presión arterial alta durante el embarazo solamente afecta a la madre y no al bebé

- Verdadero Falso

15. Los sangrados abundantes después del parto son normales

- Verdadero Falso



16. ¿El sangrado gastrointestinal es una enfermedad?

- Sí No

17. La principal causa de hemorragia digestiva alta es:

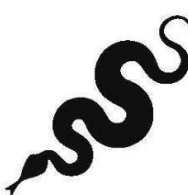
- Hemorroides externas Úlcera gástrica
 Cáncer Diverticulosis

18. ¿Cuál de las siguientes quemaduras se debe remitir al centro médico?

- Quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado
 Quemaduras de primer grado
 Todas las quemaduras

19. Con respecto al manejo de las quemaduras... ¿Siempre se debe utilizar antibióticos para evitar que las quemaduras se infecten?

- Sí No



20. En caso de mordedura por una serpiente venenosa, lo que se debe hacer es:

- Chupar el veneno con la boca
 Cortar el sitio de la mordedura con una navaja para que salga el veneno
 Inmovilizar la extremidad afectada
 Aplicar una inyección con medicamento para el dolor

21. La infección por el virus del Zika se asocia con malformaciones de los bebés en el embarazo:

- Verdadero Falso



22. Lo que se recomienda hacer en los casos de Dengue es:



- Aislar al paciente en un toldillo Dar Acetaminofén en caso de fiebre o dolor
 Mantener buena hidratación Todas las anteriores

23. ¿Por qué la hembra del mosquito es la que pica?



- Porque ella necesita de la sangre humana para producir sus huevos
 Porque la sangre les ayuda a madurar como mosquitos

24. La amigdalitis se puede dar por:

- Infección por virus
 Infección por bacterias
 Otros irritantes diferentes a virus o bacterias
 Todas las anteriores

25. En las personas con gastritis y reflujo se deben evitar los medicamentos antiinflamatorios como el naproxeno o el ibuprofeno:



- Verdadero Falso

26. Todas las otitis deben tratarse con antibiótico



- Verdadero Falso

27. El oído se conecta con la nariz y la garganta y por esto puede afectarse cuando hay alergias o síntomas gripales

- Verdadero Falso

28. Las infecciones por hongos se pueden tratar con cremas de hidrocortisona o betametasona

- Verdadero Falso

29. Las lesiones de la leishmaniasis dependen de si el insecto que pica es macho o hembra

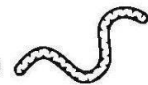
- Verdadero Falso

30. La enfermedad de chagas sólo se transmite si el insecto que tiene el parásito pica

- Verdadero Falso

31. Las larvas migrans debe extraerse

- Verdadero Falso



32. Uno de los síntomas de las miasis furunculares es el dolor

- Verdadero Falso

33. La varicela debe tratarse con medicamentos antivirales

- Verdadero Falso

34. El herpes Zóster puede tratarse con antivirales para evitar complicaciones

- Verdadero Falso



35. El sistema cardiovascular se puede ver afectado por:

- La presión arterial alta (hipertensión)
- Azúcar en la sangre (diabetes)
- Obesidad
- Todas las anteriores

36. Se puede decir que una persona tiene obesidad si tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 kg/m²

- Verdadero
- Falso



37. Los medicamentos sólo se utilizan para curar enfermedades

- Verdadero
- Falso

38. Los antiinflamatorios y los analgésicos tienen la misma función y todo tipo de personas puede usarlos sin restricción

- Verdadero
- Falso

39. Una persona con VIH puede infectarme si compartimos el mismo jabón

- Verdadero
- Falso

40. ¿Cuál es el propósito del plan ampliado de inmunización PAE?

- Disminuir la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles
- Crear los lineamientos para la distribución de vacunas
- Todas las anteriores



41. cuales son los tipos de microorganismos

- Gusanos, hongos, parásitos y virus
- Virus, parásitos, bacterias y hongos
- Hongos, bacterias, gusanos y virus
- Plantas, hongos, gusanos y virus

42. ¿Cómo diferencio en el microscopio un "parásito intestinal" de los residuos de comida?

- Es todo lo que se mueva cuando veo por el microscopio
- Es todo lo que tenga color cafe y forma circular
- Tiene una forma definida con elementos formes por dentro

