



Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia

Dialogue and respect: the basis for constructing an intercultural health system for indigenous communities in Puerto Nariño, Amazonas, Colombia

Patiño Suaza, Ana Eugenia¹; Sandín Vásquez, María²

¹Veterinaria. Doctora en Salud Pública. Apoyo académico y estadia postdoctoral, Universidad de Chile, Chile. sangps@gmail.com

²Licenciada en Biología Ambiental y Sanitaria. Doctora en Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Docente, Universidad de Alcalá, España. maria.sandin@uah.es

RESUMEN Este artículo presenta las concepciones sobre salud-enfermedad y las propuestas en torno al sistema sanitario planteadas por las comunidades indígenas pertenecientes a las etnias Tikuna, Cocama y Yagua del municipio de Puerto Nariño en el departamento del Amazonas, Colombia. El estudio se realizó entre los años 2010 y 2013. Las herramientas utilizadas para obtener los datos fueron la observación participante, la entrevista y los grupos de discusión. La investigación evidenció falta de información y entendimiento muy profundos por parte de los organismos estatales de salud. Como demanda principal, las comunidades indígenas piden ser escuchadas cuando se tomen decisiones que afectan a su salud o a su manera de entenderla. Se espera que los resultados obtenidos sean tenidos en cuenta en la elaboración de futuros programas de salud y aporten una base para la construcción de un sistema de salud intercultural adecuado para el municipio de Puerto Nariño.

PALABRAS CLAVES Población Indígena; Medicina Tradicional; Medicina Complementaria; Multiculturalismo; Colombia.

ABSTRACT This paper presents the ideas on health and disease as well as proposals regarding the health care system voiced by indigenous communities belonging to the Tikunas, Cocama and Yagua ethnicities of the Puerto Nariño municipality in the department of Amazonas, Colombia. The study was conducted between 2010 and 2013. The tools used to obtain the data were participant observation, interviews and discussion groups. The study evidenced a profound lack of information and understanding on the part of state health agencies. As a principal demand, indigenous communities ask to be heard when decisions affecting their health or their way of understanding health are made. These results should be taken into account in the development of future health programs and provide a basis for the construction of an adequate intercultural health system for the town of Port Nariño.

KEY WORDS Indigenous Population; Medicine, Traditional; Complementary Medicine; Multiculturalism; Colombia.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (1), aprobada el 13 de septiembre del año 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce el derecho de los pueblos indígenas “a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud” (Artículo 23) y el derecho a “disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo” (Artículo 24). A esta Declaración, como pasos positivos, hay que agregar los avances en el reconocimiento a la multiculturalidad en casi la totalidad de los países latinoamericanos y en los procesos de construcción de los modelos propios de salud (2).

En Colombia, el derecho a la salud para pueblos indígenas, tal como está consagrado en los instrumentos internacionales, no existe (3 p.154). 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. En estos casos, los sistemas tradicionales de medicina pueden desempeñar una función muy importante en la prevención y curación de las enfermedades, ya que se adaptan mejor a las concepciones de los grupos étnicos (4). Otros elementos, como la relación médico-paciente, la capacitación y el número de profesionales, la disponibilidad y el uso de la tecnología y el modelo de salud aplicado por los profesionales de la salud pueden explicar las diferencias entre los indicadores de salud de los grupos mayoritarios y minoritarios que no acceden o acceden tardíamente al servicio por las razones ya expuestas (4).

Organización jerárquica en el sistema médico tradicional

Para iniciar un proceso de sensibilización y aprendizaje intercultural resulta fundamental la aproximación a la cosmovisión de los pueblos indígenas, pues su conocimiento orienta la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y las estrategias curativas concretas para lograr la recuperación de

la salud (5). Mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o *cosmovisión* se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad (6).

Un sistema médico tradicional puede presentar actores que están organizados jerárquicamente, como se describe a continuación, empezando por el nivel inferior o primario (7):

- **Comuneros:** es el nivel mínimo de conocimientos sobre la intervención de la enfermedad, se basa en prácticas de autocuidado y autoatención de la salud, fundamentadas en el saber de las madres o abuelas. Se aplica para dolencias poco graves.
- **Sobanderos:** especialistas en ortopedia y traumas. En las lesiones graves hacen una atención inicial antes de la remisión al hospital.
- **Rezanderos y curanderos:** intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y algunos físicos, los primeros tienen como principal recurso el rezo o la conexión con los espíritus mientras que, los segundos, la etnobotánica.
- **Parteras:** se especializan en la atención del recién nacido y de las mujeres durante y después de la gestación.
- **Médicos tradicionales:** poseen la sabiduría ancestral y de la madre tierra sobre etnobotánica y el dominio espiritual; como mensajeros de la deidad son los encargados de realizar armonizaciones, ceremonias y ritos, y poseen la sabiduría para reparar acciones negativas contra la naturaleza, el espíritu, el individuo y la familia.
- **Chamán (xamán o shamán):** es la jerarquía máxima. Es intermediario entre los seres humanos y la esfera espiritual. Los espíritus pueden sanar o enfermar, y el intermediario entre dichos espíritus es el chamán. Un chamán debe conocer muy bien todo su entorno, por ello es especialista de la realidad, la cual incluye historia, mitos, cosmovisión, conocimiento profundo de la naturaleza, conocimiento de plantas medicinales y dominio del trance (8).

El proceso de iniciación de un chamán es complejo, involucra una serie de hábitos, dietas y abstenciones. El proceso de formación incluye una larga preparación, normalmente de 10 a 15 años, el acceso a dicha condición está reservado

a niños en los que se reconoce cierto privilegio o don. El postulante es seleccionado por el chamán y su formación incluye extensos estudios sobre la historia, las plantas, la espiritualidad, la cosmovisión, los cantos de sanación y ceremonias (9).

Características de los sistemas médicos tradicionales

Los sistemas terapéuticos tradicionales presentan cinco rasgos fundamentales que los definen como sistemas médicos y los posibilitan como alternativa de atención en salud para una comunidad (10):

1. Validez como etnomedicina (sistema terapéutico adaptado a contextos socioculturales y geográficos concretos que responden a las necesidades de salud de los grupos).
2. Utilización de recursos naturales (plantas, minerales, agua, etc.), como medios terapéuticos para prevenir y combatir las enfermedades y como elementos íntimamente relacionados con la cultura y las creencias.
3. Contemplación necesaria del elemento cultural de la enfermedad. Salud/enfermedad como unidad en relación directa con el equilibrio/desequilibrio del entorno.
4. Sistemas estrechamente integrados con el resto de la cultura de la sociedad que se trate.
5. Los sistemas terapéuticos de los grupos originarios y de las culturas tradicionales forman parte de otros elementos organizativos y equilibradores del individuo, el grupo, el medio y las creencias con el cosmos (11).

Medicina tradicional y los sistemas de salud en Latinoamérica

Actualmente, la medicina tradicional representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina y el Caribe (12,13). Esta participación ha sido aceptada por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de las que han emanado intentos de apoyo y promoción de

políticas dirigidas a ensayar formas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la atención primaria de la salud. De igual forma, algunas organizaciones de la sociedad civil, como las organizaciones no gubernamentales (ONG) trabajan apoyando la medicina tradicional (14,15).

Diversos espacios han propiciado diálogos sobre sistemas de salud indígena y convencional que apuntan a la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud (16). Esto implica el reconocimiento y comprensión de potencialidades, procesos organizativos, protección de entornos ecológicos y lugares sagrados de los pueblos indígenas y, a la vez, instan a la justicia y a la revisión legislativa a realizar una adaptación cultural de los programas de salud y bienestar social, para el fortalecimiento de las culturas indígenas y su vinculación con el Estado (17).

Para el período 2006-2011, la OPS y la OMS se propusieron velar por la incorporación de la perspectiva indígena en las políticas sanitarias de las naciones, mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas, integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud como parte de la estrategia de atención primaria de la salud y forjar alianzas estratégicas a fin de promover la salud de los pueblos indígenas (18,19).

El objetivo de este trabajo es presentar conceptos, iniciativas y propuestas de las comunidades indígenas de Puerto Nariño en torno al sistema sanitario, para que sean tenidas en cuenta en la elaboración de futuros programas de salud y aporten una base para la construcción e implementación de un modelo de salud intercultural eficiente.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El estudio se fundamentó en el método etnográfico, que permitió la integración en la región, la comunicación y percepción de las emociones, además de la comprensión de fenómenos y factores étnicos culturales. Se desarrollaron las tres fases propuestas por Amezcua: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa (20).

Contexto de la investigación: el municipio de Puerto Nariño

El periodo de estudio transcurrió entre los años 2010 y 2013. Se realizó en Puerto Nariño, segundo municipio de la Amazonia colombiana. La población de estudio está compuesta por comunidades indígenas pertenecientes a las etnias Ticuna, Cocama y Yagua.

Puerto Nariño, está ubicado al sur del país en el trapecio amazónico, franja que forman los ríos Putumayo y Amazonas, entre los territorios de Brasil y Perú (Figura 1). La importancia de la región radica en ser una reserva natural. La expresión “pulmón del mundo” identifica al Amazonas y, por razones de bioseguridad y de garantía de subsistencia futura, las grandes economías han desviado los intereses a esta región.

El municipio se encuentra conformado en un 95% por comunidades indígenas colombo-peruanas pertenecientes principalmente a las etnias Tikuna, Cocama y Yagua, con 7.102, 792 y 297 personas respectivamente. Las comunidades han ubicado sus viviendas en la ribera del Amazonas y sus principales afluentes, y comparten visiones similares con relación a la naturaleza.

El Artículo 2º del Decreto 2164 de 1995 de la legislación Colombiana, dice que una comunidad indígena es un grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social, o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueren disueltos, divididos o declarados vacantes. En el Artículo 63 de la Constitución Colombiana, se constitucionalizó el resguardo indígena, al establecer que las tierras comunales de grupos étnicos son de uso público inalienables, imprescriptibles e inembargables (17).

Casi la totalidad del área territorial del municipio de Puerto Nariño está constituida por resguardos indígenas, los cuales abarcan el 93,96% del municipio y son reconocidos como instituciones legales, territoriales y sociopolíticas de carácter especial, con facultades para la planeación del territorio y el manejo de los recursos naturales (17).

Las comunidades indígenas se encuentran asentadas en las riberas de los ríos Amazonas, Amacayacu, Loretoyacu, Bohiabuzú y Atacuari. Sobre el río Atacuari están los asentamientos Cocama, mientras que los Yagua están principalmente en el río Amazonas, los Ticuna espacialmente están dispersos a lo largo de todo el territorio. En la actualidad, cada comunidad ha adoptado en su organización el sistema de cabildos, con la figura del Curaca como principal autoridad local. A su vez, las 21 comunidades se han organizado alrededor del Cabildo Mayor como máxima instancia administrativa y de autoridad en el territorio (22).

Técnicas de recogida de datos

Las herramientas utilizadas para la obtención de los datos fueron la observación participante, entrevista abierta y semiestructurada y grupos de discusión (23,24).

Observación participante

Periodo en el que se interactuó con los informantes en su medio y durante el cual se recogieron datos de modo no intrusivo, se aprendió a escuchar y a utilizar el lenguaje de los habitantes y se anotaron en el cuaderno de campo observaciones referentes al tema de salud. Para lograr un acercamiento con la población, la investigadora residió en el municipio por dos años, tiempo en el que participó de las actividades sociales, académicas y recreativas. Compartió espacios comunitarios como el trabajo en la minga (espacio en el que las mujeres preparaban los alimentos y los hombres desarrollaban el trabajo agrícola o de construcción). Se identificaron y contactaron los informantes claves (23). A través del primero se contactó a los líderes (Curacas) de cada comunidad, a los abuelos, Chamanes, funcionarios del área de la salud, funcionarios públicos, estudiantes y demás participantes del estudio.

Entrevistas

Con el apoyo de los Curacas se convocó a otras personas, y con ellos se consensuó el medio más adecuado para el registro de las entrevistas

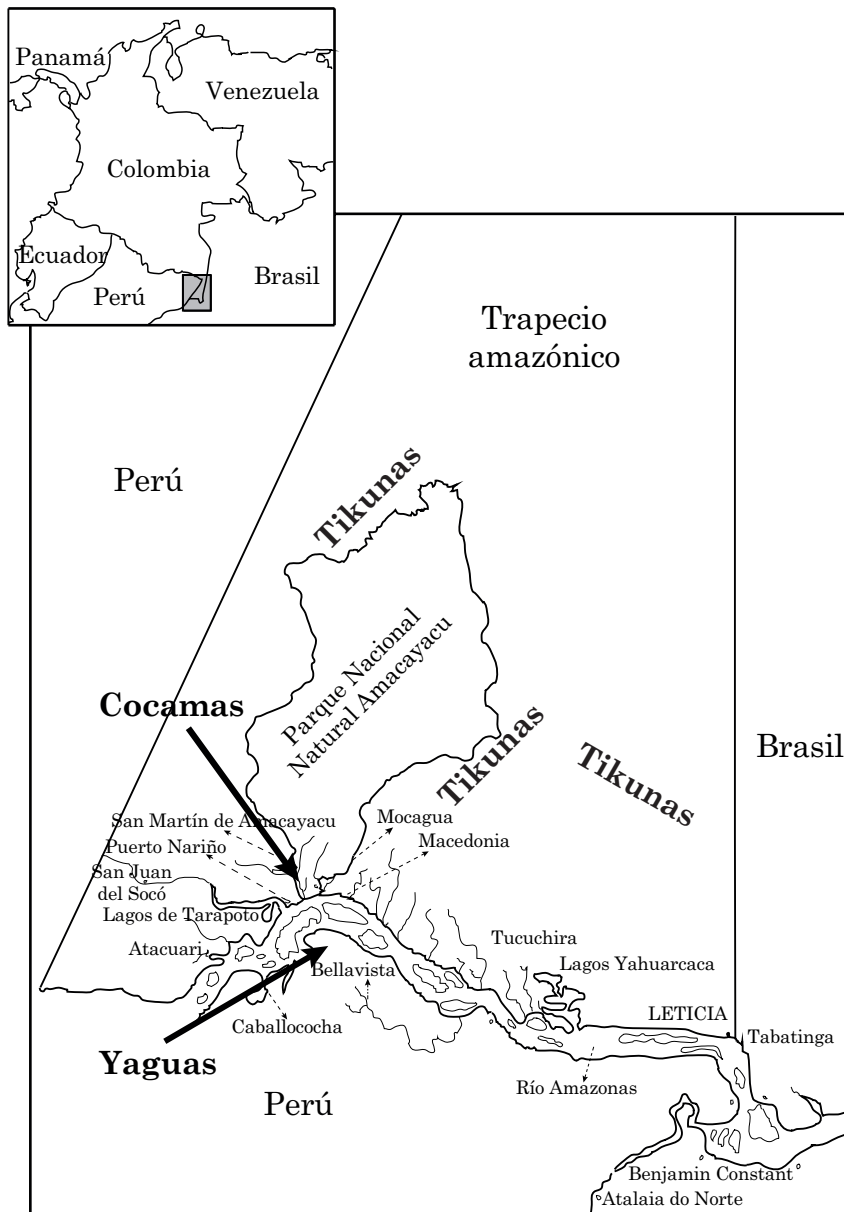


Figura 1. Comunidades indígenas del Trapecio amazónico. Departamento del Amazonas, Colombia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fraguell Sansbelló y Muñoz Flores (21).

(audiograbadora). Pronto se alcanzó confianza con un pequeño número de personas que facilitó el contacto con otras, lo que permitió aplicar espontáneamente la técnica de la bola de nieve, y recoger y ampliar la información hasta alcanzar la saturación de los datos (24).

Se entrevistaron a 38 personas (Cuadro 1) que entendieron y firmaron el consentimiento informado. Mediante entrevista abierta, se les preguntó su opinión sobre el sistema de salud en el municipio. Una vez dentro del grupo se supo qué preguntas hacer y cómo hacerlas y, a partir

Cuadro 1. Perfiles y número de entrevistados. Comunidades indígenas (etnias Tikuna, Cocama y Yagua), municipio de Puerto Nariño, departamento del Amazonas, Colombia. 2010-2013.

Etnia	Rol en la comunidad	Número
Tikuna	Curaca	12
	Promotor de salud	1
	Funcionario del Instituto Colombiano Agropecuario	1
	Profesional universitario	1
	Estudiante universitario	2
	Aprendiz	1
	Médico tradicional	3
	Chaman	1
	Artesana	1
Cocama	Director universitario	1
	Curaca	3
	Promotor de salud	1
Yagua	Chamana	1
	Curaca	6
	Funcionaria de Bienestar Familiar	1
	Funcionarios de la alcaldía del municipio	1
	Estudiante universitario	1

Fuente: Elaboración propia.

de entonces se realizaron las entrevistas semiestructuradas (con preguntas de investigación más concretas). Se despertó la confianza e interés en los participantes al enunciar temas sin emitir pre-conceptos que afectarían la investigación. A medida que la investigación avanzó, se fue elaborando el guión completo, propio del diseño emergente y en cascada de la investigación cualitativa (25-27).

Grupos de discusión

Se conformaron diez grupos, cada uno de seis a ocho integrantes. Acudieron hombres y mujeres de las 21 comunidades y con representación de las tres etnias que habitan la zona (Cuadro 2). Se informaron los objetivos del proyecto, y la

participación fue voluntaria. Mediante técnicas de sondeo, se animaron las discusiones y fluyeron reflexiones profundas entre los participantes (28). Las sesiones duraron de una a dos horas, y al final se dejó un espacio para escuchar las propuestas y los ideales de los participantes. Las reuniones se realizaron en lugares circulares porque facilitaban la comunicación entre los participantes (28). La saturación de los datos se alcanzó con el octavo grupo de discusión.

El protocolo se iniciaba con la apertura realizada por el informante clave, la presentación y la invitación a participar por parte de la investigadora, la firma del consentimiento informado, la presentación de los participantes, el planteamiento del tema introductorio (opinión sobre el sistema de salud en el municipio, conceptos sobre causas de enfermedad y propuestas en torno al sistema sanitario), la intervención de los participantes, el cierre, los agradecimientos, y la cena, el refrigerio o el almuerzo.

Se solicitó el permiso de grabación a los participantes, a los que se les informó previamente sobre los beneficios, el compromiso sobre confidencialidad, la libertad para retirarse y la ausencia de riesgos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos en las observaciones, notas de campo, entrevistas y grupos de discusión, se transcribieron. Hubo alejamiento temporal de los datos, siguiendo el principio de reflexividad (29), que permitió aclarar ideas para revisar y analizar los datos de manera objetiva. Las entrevistas y discusiones fueron escuchadas por segunda y tercera vez y comparadas con la transcripción. Los resultados se codificaron y organizaron en tablas por categorías que correspondían a los objetivos del estudio, agrupando los verbatim de temas comunes y creando nuevas categorías de análisis que emergían del discurso.

Validación y verificación de la información

El protocolo, las entrevistas, la transcripción de las entrevistas, el análisis de los resultados y el informe final fueron validados por un grupo de

Cuadro 2. Composición de los grupos de discusión. Comunidades indígenas (etnias Tikuna, Cocama y Yagua), municipio de Puerto Nariño, departamento del Amazonas, Colombia. 2010-2013.

Grupo de discusión	Comunidad	Número de representantes	Etnia		
			Tikuna	Cocama	Yagua
1	San Juan de Atacuari	4	-	X	X
	Tres Esquinas Boyahuazú	4	X	-	X
2	Siete de Agosto	3	-	X	X
	Naranjales	4	X	-	-
3	Patrullero	3	X	-	-
	Veinte de Julio	4	X	-	X
4	Puerto Esperanza	2	X	-	-
	Valencia por el río Amazonas	3	X	-	X
	San Pedro de Tipisca	3	X	-	-
5	Santarén	2	X	-	-
	Puerto Rico	3	X	-	-
	Doce de Octubre	3	-	-	X
6	San Juan del Socó	4	X	-	-
	San José de Villa Andrea	2	X	-	-
7	Santa Teresita del Niño Jesús	2	X	-	-
	Nuevo Paraíso	2	X	-	-
	Pozo Redondo	2	X	-	-
8	San Francisco de Loretoyacu	4	X	-	-
	Santa Clara de Tarapoto	4	X	-	-
9	Ticoya por el río Loretoyacú	8	X	X	X
10	Casco urbano	8	X	X	X

Fuente: Elaboración propia.

expertos externos al proceso, como criterio de calidad de la investigación cualitativa (30).

Aplicabilidad de resultados

Los resultados obtenidos fueron socializados con los participantes (cumpliendo así otro criterio de calidad y aportando validez a los resultados) (30) y enviados a la administración municipal y departamental con el fin de contribuir con la formulación de programas y proyectos en salud.

RESULTADOS

Concepciones de los participantes respecto al tema de salud y prácticas asociadas

El Cuadro 3 recoge los conceptos expresados por los participantes, referentes al tema de salud. Cuando se planteó de manera abierta el tema de salud, las respuestas estuvieron enfocadas principalmente a la atención que reciben por parte del sistema de salud, las causas de enfermedad, la desconfianza por el sistema médico occidental, los

Cuadro 3. Concepciones de los participantes respecto a la categoría salud y prácticas asociadas. Comunidades indígenas (etnias Tikuna, Cocama y Yagua), municipio de Puerto Nariño, departamento del Amazonas, Colombia. 2010-2013.

Subcategoría	Concepciones de los participantes
Atención	<p><i>Cuando el niño tiene diarrea, cuando el niño tiene fiebre, usted se va al hospital y no te atienden rápido.</i></p> <p><i>A veces se mueren niños sin que les haya llegado la hora, por no recibir ayuda.</i></p> <p><i>Las mamás ya no llevan al niño al hospital porque la atención es mala y no lo sanan.</i></p>
Causas de enfermedad	<p><i>Los excrementos de los cerdos y las gallinas venían y contaminaban el agua del pozo y todos se enfermaban de cólera.</i></p> <p><i>El susto le da diarrea y vómito a los niños y si lo llevan al médico él manda cosas pa la diarrea pero no le trata el susto.</i></p> <p><i>La medicina occidental lo que hace es controlar, pero no te cura.</i></p> <p><i>Muchas enfermedades vienen de los alimentos de los animales. Hay parásitos que son del hombre, y como fallan las prácticas de saneamiento, se transmiten a los animales. Es necesario mejorar las prácticas de saneamiento básico para romper el ciclo.</i></p> <p><i>En tiempo de nuestros padres y abuelas había abundancia de alimentos naturales y no se veían las enfermedades.</i></p>
Desconfianza	<p><i>Aquí hay un hospital y uno lleva el niño al hospital y ve que no mejora porque no lo sanan.</i></p> <p><i>Yo le dije pa que no vaya al hospital y cojan un cuchillo le corten el ojo, pues hay remedio para eso.</i></p> <p><i>Desde el punto de vista de la salud, sí es un tema que es preocupante para mí, porque tenemos hospital pero a una mamá se le enferma un niño y solo le saben recetar acetaminofén y salbutamol.</i></p> <p><i>En el momento sí tenemos la epidemia, pero hay mamás que ya no llevan los hijos porque están cansadas que le receten lo mismo.</i></p>
Medicina occidental	<p><i>Hoy nuestros remedios, nuestras plantas naturales nuestros árboles sagrados, nuestras investigaciones de los abuelos son las mismas recetas, y las mismas pastas que hoy son calmantes para las enfermedades.</i></p> <p><i>No estoy de acuerdo que se le hagan necropsias ni autopsias a los cuerpos de indígenas, porque es en contra de nuestros ancestros, de nuestras costumbres, de nuestra etnia.</i></p> <p><i>No estoy de acuerdo con el trabajo que hizo Secretaría de Salud, más que todo con las damas, control de vacunas, cuelllos uterino, ligaduras de trompas, aborto. Toma de pastas.</i></p> <p><i>La medicina tradicional es importante pero ya hay que conectarse con la medicina occidental.</i></p> <p><i>Nosotros no descalificamos la tecnología occidental porque sirve, pero el camino nuestro está por encima.</i></p>
Medicina tradicional	<p><i>Por tener el amor y el cariño al paciente, el médico tradicional se preocupa por encontrar donde sea el remedio.</i></p> <p><i>Lo que vale es el don de aliviar y el cariño y el amor.</i></p> <p><i>Esto no es para todo mundo, porque según el pueblo Tikuna, el que quiere ser chamán viene preparado desde las entrañas del vientre, totalmente diferente al no indígena que quiere estudiar medicina en una universidad y que sale con su título.</i></p> <p><i>Algunos remedios de la medicina occidental funcionan, pero lo mejor es la medicina tradicional.</i></p> <p><i>Cuando uno trabaja la medicina tiene que tener todo para poder preparar.</i></p>
Prevención	<p><i>Falta prevención, y no hay elementos y herramientas necesarias para prevenir</i></p>
Sanidad	<p><i>Todo es sanidad, higiene, limpieza con los animales.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

tipos de medicina que identifican en el municipio, la prevención y la sanidad.

Atención

Las comunidades indígenas se han formado un concepto sobre la medicina occidental a partir de la atención que han recibido en el hospital local. El hospital está ubicado en la zona urbana del municipio, lo que dificulta el acceso de los enfermos provenientes de las comunidades que habitan a lo largo del río, o dentro de la selva. Por otro lado, la limitación en los recursos económicos del hospital hace que no satisfaga las necesidades que tienen las comunidades y sienten que el servicio es lento y poco eficiente y que no atiende las causas de sus enfermedades.

Causas de enfermedad

Para las comunidades de Puerto Nariño, salud-enfermedad se concibe como un todo, como un proceso, la enfermedad es ausencia de salud e identifican claramente los factores que la causan. Entienden la enfermedad como resultado de prácticas inadecuadas o no acordes con la naturaleza y el hombre es el mayor causante de dichas prácticas. La salud aparece íntimamente relacionada con las emociones, armonía con la naturaleza, pureza del agua, alimentación e higiene. Factores como ausencia de medidas de higiene, hábitos alimenticios inadecuados, deficiencias en las prácticas de saneamiento básico, llegada de extranjeros, introducción de prácticas culturales occidentales, pueden alterar el equilibrio, afectar la salud y ocasionar la enfermedad. Identifican la presencia de cáncer y de agentes biológicos, principalmente parásitos, como causantes de enfermedad, y el papel de plagas y roedores en la transmisión.

Desconfianza

Las comunidades indígenas consideran que la medicina occidental trata las enfermedades, las controla, pero no las cura, porque no trata el origen de ellas. Toda enfermedad tiene su origen en comportamientos o experiencias del individuo, y esto no lo trata el médico occidental mientras que, el médico tradicional, sí. Prefiere no acudir

al hospital porque no lo atienden oportunamente y siempre le recetan lo mismo. Rechaza los procedimientos quirúrgicos utilizados por la medicina occidental, porque los percibe como apresurados e invasivos. Hombres y mujeres manifestaron malestar y rechazo por las prácticas de esterilización y control de la natalidad. Afirmaron que el organismo oficial de salud animó a las mujeres para acogerse a dicho programa con el argumento de que era gratis, sin explicar con claridad ni informar a los médicos tradicionales y al resto de la comunidad, y sin tener en cuenta que esto va en contra de su cultura y aprendizaje ancestral.

Medicina tradicional vs. medicina occidental

En su discurso los participantes reconocen dos clases de medicina en su territorio: la tradicional, que es practicada por chamanes, médicos tradicionales y curanderos, y la occidental que es ejercida en el hospital local por los profesionales universitarios egresados de las facultades de medicina del país. Medicina occidental y tradicional son aceptadas, aunque prefieren la tradicional.

La capacidad de sanar solo la poseen aquellos que nacen con este don, aunque no hayan ingresado a una universidad por un título. Según ellos, el médico tradicional posee el don, siente cariño por el paciente y se esfuerza por conseguir elementos y preparar los tratamientos hasta sanarlo. Este es un valor que no descubren al consultar al médico occidental.

Prevención y sanidad

Reconocen la prevención como parte fundamental del control de la enfermedad, y dan importancia a las medidas de higiene, organización de sus hogares, cuidado y limpieza de los niños.

Propuestas de los participantes en torno al sistema sanitario

En el Cuadro 4 se muestran las propuestas de los participantes con respecto al sistema de salud. Sus demandas se centran principalmente en el apoyo, la complementariedad, el diálogo, la educación, la política y el respeto.

Cuadro 4. Propuestas de los participantes en torno al sistema sanitario. Comunidades indígenas (etnias Tikuna, Cocama y Yagua), municipio de Puerto Nariño, departamento del Amazonas, Colombia. 2010-2013.

Subcategoría	Propuestas de los participantes	Etnia
Apoyo	<i>En lugar de invertir en compra de medicamentos químicos de laboratorio, comprarlo a él o a ellas.</i>	Tikuna
	<i>Más bien que la plata que invierten en esas cosas la inviertan en el apoyo de lo que nosotros tenemos, en parteras.</i>	Tikuna
	<i>Apoyar a los que saben preparar para evitar esas operaciones de ligaduras.</i>	Tikuna
	<i>Secretaría de salud, gobernantes de turno, este resguardo, a nombre de toda la población indígena y no indígena, que se valore, que se reconozca a nuestras realidades, a los médicos tradicionales, a los Chamanes a los sobanderos, a los parteros, a los yerbateros, a los espiritistas.</i>	Cocama
	<i>Apoyar a los médicos tradicionales para que manejen la institución.</i>	Tikuna
	<i>Los médicos tradicionales están lejos, ojalá tuvieran un sitio cerca para trabajar y enseñar, porque ellos saben mucho.</i>	Yagua
	<i>Que las autoridades inviertan y reconozcan en nuestras parteras, en nuestros abuelos que saben hacer preparados, que más bien apoyen a nuestra gente.</i>	Tikuna
Complementariedad	<i>Una enfermedad que no tiene que ver con el médico tradicional que sea remitido al hospital.</i>	Tikuna
	<i>Sería bueno que hubiese, así como hay un hospital de medicina occidental, hubiera un lugar de médicos tradicionales que tratan las enfermedades cuando son espirituales.</i>	Cocama
	<i>Lo mismo una enfermedad que esté atendiendo el médico occidental y que no tenga que ver, que sea llevado al médico tradicional.</i>	Tikuna
	<i>Hay enfermedades que el chamán no puede curar y hay enfermedades que el occidental no puede curar, entonces, ambas partes [deberían] colaborar para poder tratar la enfermedad.</i>	Yagua
	<i>Nosotros como papás-mamás no debemos rechazar todo lo que es occidental, porque lo occidental también sirve para nosotros como personas.</i>	Cocama
Diálogo	<i>Concertar con la comunidad qué es lo que desea y necesita.</i>	Tikuna
	<i>Solicitar una reunión a las ARS [aseguradoras de riesgo en salud], EPS, [empresas prestadoras de salud] y Secretaría de Salud, etc., con las autoridades indígenas en este resguardo.</i>	Tikuna
Educación	<i>Hacer escuelas de formación para recuperar, para que Cocamas de aquí a 10-15 años, lo que demore el proceso, vuelvan a su realidad, porque si no es así vamos a desaparecer.</i>	Tikuna
Política	<i>Proponer la comunidad como primer nivel de atención.</i>	Tikuna
	<i>Hoy la salud se ha vuelto un negocio en Colombia.</i>	Tikuna
	<i>Apoyar para que el primer nivel de atención sea en la comunidad.</i>	Cocama
	<i>Las propuestas de los tres pueblos indígenas que habitamos allí están trazadas en nuestros planes de vida, pero los responsables cada 4 años no hay voluntad política.</i>	Tikuna
Respeto	<i>Lo más importante es la comunicación y el respeto del médico tradicional hacia el paciente.</i>	Tikuna
	<i>Por tener amor y cariño al paciente, los médicos tradicionales se preocupan porque los entiendan y hacen todo lo posible por sanarlo.</i>	Tikuna

Fuente: Elaboración propia.

Apoyo

Las comunidades confían en sus médicos tradicionales y solicitan que se los apoye con inversión, para que el médico tradicional tenga un lugar donde trabajar, preferiblemente cerca de las comunidades, y pueda disponer de los recursos necesarios. También solicitan apoyo para las parteras y demás actores del sistema médico tradicional.

Complementariedad

Se propone un trabajo coordinado entre médico tradicional y médico occidental, en el que cada uno reconozca sus limitaciones y se apoye en el otro. Invitan a no rechazar totalmente la medicina occidental, porque admiten que en muchas ocasiones sirve, y afirman que aquellos casos que requieren cirugía son competencia exclusiva de la medicina occidental. Solicitan que el primer nivel de atención sean sus médicos tradicionales.

Diálogo

Los indígenas quieren ser escuchados, respetados y tenidos en cuenta cuando se toman decisiones que afectan a su salud o a su manera de entenderla.

Educación

Solicitan un lugar de capacitación en medicina tradicional, donde sus mayores puedan transmitir todo su conocimiento. A esta escuela podrían acudir los aprendices de las comunidades y estudiantes y egresados de las universidades para que el conocimiento ancestral se conserve y occidente comprenda mejor su realidad.

Política

Las propuestas de los participantes van dirigidas principalmente a las autoridades políticas. Sienten que la salud actual en Colombia se ha vuelto un negocio, y que la administración local ha ignorado por mucho tiempo sus peticiones, por lo que no confían en las políticas estatales. Las tres etnias invitan a las autoridades a tener en cuenta el plan de vida que ellos han trazado.

Respeto

Solicitan que se tenga en cuenta y se respete su cultura y que no se realicen prácticas quirúrgicas, ni hormonales en las mujeres para controlar la natalidad (estrategia que, según ellos, se ha realizado sin la información pertinente a las mujeres y autoridades).

DISCUSIÓN

Las comunidades indígenas de Puerto Nariño pertenecen principalmente a las etnias Tikuna, Cocama y Yagua. Unidas conforman el resguardo TICOYA (organización social y administrativa), en el que comparten creencias, tradiciones y propuestas de vida y juntos han construido un plan de vida en el que registran estos aspectos (31-33).

Durante la investigación se observó armonía y consenso, y no se encontraron diferencias en los discursos en función de la etnia. Dicho consenso se puede interpretar como el resultado de la resistencia a un sinnúmero de factores que han atentado simultáneamente contra las tres etnias y han puesto en riesgo su identidad cultural y su estabilidad dentro del territorio. Por estas razones, en comunión, han desarrollado saberes que les posibilitan la conservación de la salud en un medio difícil. Las tres etnias tienen una visión holística de la salud y fundamentan sus cosmovisiones en el respeto por la naturaleza, la selva y el río, así como por los animales, las plantas y los minerales que los habitan.

Las ideas expuestas durante la investigación constituyen una contribución esencial para la construcción e implementación de un modelo de salud favorable, eficiente y pertinente. Para ello es imprescindible que se tenga en cuenta la cultura y el conocimiento ancestral.

Medicina tradicional vs. medicina occidental

Los participantes identifican dos clases de medicina en su territorio, con diferente grado de aceptación y confianza en cada una. El médico tradicional siente cariño por el paciente y hace

todos los esfuerzos hasta sanarlo. El occidental, en cambio, es un desconocido que revisa al paciente y le receta medicamentos, pero no se dedica a conseguirlos, prepararlos y aplicarlos.

La observación participante permitió valorar el liderazgo de los médicos tradicionales. Su forma de vida es ejemplar y fortalece la identidad cultural del pueblo. La comunidad ve en el médico tradicional al poseedor de dones y poderes que ha cultivado con disciplina e investigación y que algunos jóvenes quisieran recibir. Por el contrario, la relación entre el personal sanitario y los indígenas que buscan atención de salud no es tan armoniosa.

Reducción del principio de oportunidad

La insuficiencia de recursos económicos y la distancia geográfica entre el hospital y las comunidades obliga a replantear la medicina preventiva. La práctica ha demostrado que la no oportuna atención de sucesos pequeños genera daños mayores. Es claro que, por diferentes razones, el indígena recurre al médico occidental en última instancia y, desde el punto de vista occidental, en ese momento ya será poco lo que se podrá hacer, por lo que cada vez el principio de oportunidad se va reduciendo. Por eso es importante que el indígena vea en el médico occidental una opción real, viable y eficaz, aunque el médico occidental no sea la primera alternativa, sería importante que el indígena pudiera identificar cuáles enfermedades pueden ser tratadas de mejor manera por el médico occidental y acuda a tiempo. En concreto, que el indígena considere al médico occidental como alternativa.

Falta información y entendimiento en los organismos estatales de salud

Evidencias de falta de información y entendimiento muy profundos por parte de los organismos estatales de salud, son los resultados obtenidos con los programas de salud sexual y reproductiva. La capacidad de procrear ha sido, por tradición, señal de salud en las mujeres, y de virilidad en los hombres. Para las abuelas no existe el concepto de "planificación", pues durante su vida como mujeres jóvenes, su prioridad fue procrear,

porque sin hijos no podían hacer familia. El uso de plantas medicinales estaba restringido a disminuir la hemorragia después de los partos, y permitir una involución rápida del tamaño uterino, es decir, para "*sanar el vientre*". Estos cuidados, que continúan practicando las mujeres jóvenes por consejo de las abuelas, aseguran una rápida recuperación del cuerpo, que debe mantener la fuerza para seguir trabajando sin dolores o debilidad. Solo después de su último hijo, y sabiendo que su cuerpo no soportaría más partos, las abuelas empleaban alguna planta medicinal para no tener más hijos. En la cultura indígena el rol más importante de la mujer es la reproducción, y el hombre expresa su masculinidad en el número de hijos. Las prácticas anticonceptivas en las mujeres pueden causar rechazo y repudio en sus parejas, y de esta manera las políticas públicas pueden resultar inocuas e inicuas ante la comunidad indígena. Los resultados muestran claramente que la metodología empleada no ha producido reacciones positivas en la comunidad, por lo que los organismos de salud deben ser muy cuidadosos y respetuosos de las cosmovisiones indígenas, en el desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva. Las prácticas realizadas desde el sistema sanitario occidental, como el control de natalidad, si no son explicadas y consensuadas totalmente con la comunidad, aumentan el rechazo y pueden llegar a afectar la estabilidad familiar y perturbar el equilibrio social.

Las inquietudes y propuestas planteadas por los participantes coinciden con lo propuesto por la OMS-OPS que se resume en la necesidad de un sistema de salud intercultural, que permita articular y armonizar ambos conocimientos (14,15). Los sistemas médicos deben definirse como sistemas culturales, porque resulta imposible entender los diferentes sistemas médicos sin comprender el contexto cultural del que forman parte, dentro del cual se producen, se curan y se sanan las dolencias y las enfermedades (34).

Reconocimiento de la causa natural de la enfermedad: punto de encuentro del sistema médico indígena y el occidental

Los participantes mostraron comprensión sobre las causas naturales de la enfermedad, sitio

importante de encuentro con el sistema occidental y que puede ser un punto de partida para arrancar con políticas públicas en salud. Aceptar estas causas e implementar su prevención a través de estrategias de salud pública en consenso con la comunidad podrían dar resultados positivos. El reconocimiento de las causas naturales de enfermedad es un elemento que no se encuentra con frecuencia en estudios realizados en otras culturas indígenas, que atribuyen las causas de las enfermedades a brujería, maldiciones o castigos (7). Aunque consideran que estos aspectos desempeñan un papel que puede causar enfermedad, se les otorga menos importancia. Se encuentra coincidencia de estos resultados con los encontrados en la comunidad Embera, en la que la enfermedad obedece a un desequilibrio en las dimensiones física, psíquica, espiritual, social o ambiental, el cual puede atribuirse a tres causas diferentes: 1) al desequilibrio con las energías positivas o al distanciamiento del indígena de su vida espiritual; 2) al contacto con energías negativas o espíritus malignos; y 3) al mestizaje (7).

El cirujano Ferdinand Sauerbruch acuñó, en 1926, el proverbio "Con las ciencias naturales se puede entender la enfermedad, pero no al enfermo" (35). Mientras que la medicina occidental separa el cuerpo y la mente, en el pensamiento indígena ninguna acción humana se lleva a cabo de forma separada de su realidad cultural (10). Los indígenas de Puerto Nariño tienen una visión holística de la salud y fundamentan sus cosmovisiones en el respeto por la naturaleza, la selva, y el río, con los animales, las plantas y los minerales que los habitan; por ello es importante que el médico occidental se apropie de la sinergia que hay entre naturaleza y salud física y mental: no se trata de cambiar su formación académica, pero sí de apropiarse de esa visión holística del sistema tradicional.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucran diferentes creencias están sujetos a fricciones, en especial si hay dominación social de un modelo de salud sobre otro (36), por ello es necesario que Occidente deje a un lado la soberbia intelectual, al mirar de forma despectiva todo lo que no proviene de la academia.

Interculturalidad y complementariedad

Esta investigación mostró que las comunidades indígenas aceptan la medicina occidental, admiten su eficacia y reconocen su exclusividad cuando se requieren tratamientos quirúrgicos, afirman que tanto médicos tradicionales como occidentales tienen ventajas y limitaciones, y proponen un trabajo articulado e intercultural.

La interculturalidad es entendida como prácticas en salud y atención de la salud que articulan la medicina indígena y la occidental y donde las dos medicinas son consideradas complementarias. Las premisas básicas son la del respeto mutuo, el reconocimiento igualitario de los conocimientos, voluntad para interactuar y flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones. Las experiencias interculturales favorecen la posibilidad de ayudar apropiadamente al enfermo cuando una de las medicinas no resuelve cierta problemática; mejoran el acceso a la atención primaria y secundaria de salud no solo por el apoyo al sistema tradicional, sino también por la atención temprana y apropiada; producen mayor confianza de los usuarios indígenas hacia el sistema de salud al ver que sus valores, creencias y cultura son respetados (37).

Si bien Colombia es considerada un país multiétnico y pluricultural y en la legislación hay cambios que reconocen los derechos especiales de los pueblos indígenas, el sistema de salud actual se basa en el conocimiento científico y desconoce el conocimiento popular que hace parte de esa diversidad cultural (38). El aumento en la frecuencia de enfermedades foráneas para las cuales el sistema médico tradicional no tiene opciones terapéuticas y la implementación de acciones en salud por parte de instituciones oficiales que desconocen las cosmologías diversas de los pueblos indígenas, implica un bajo impacto sobre la salud individual y colectiva (29,32,39).

La relación del personal de salud con los pacientes en situación de interculturalidad debe estar matizada por atención integral, pleno respeto y genuina compasión amorosa hacia el "otro" que sufre (5), no se puede ser un buen trabajador de salud, si no conoce y comprende las características socioculturales generales y particulares de los pueblos a los que se pretende servir, de modo que la práctica médica en contextos interculturales

significa adaptarse y adecuarse a semejante realidad (5). Las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad explican la barrera cultural entre las comunidades indígenas y los proveedores de los servicios de salud, la falta de entendimiento entre usuarios y proveedores se expresa en una fuerte resistencia al uso de los servicios de salud y en una gran desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna (16,40).

El lenguaje: factor determinante en el encuentro del indígena con el sistema de salud occidental

Aunque no es obligación que el médico conozca el lenguaje, este debe considerar las implicaciones que alcanzan la mala interpretación y debe ubicar a las personas que pueden servirle de intérpretes. Resultados de la investigación coinciden con lo publicado por la OMS (19), quien afirma que comúnmente el personal sanitario se limita a dar algunas explicaciones rápidas sobre la enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin cerciorarse de que esta información sea comprendida. En ocasiones, el paciente va acompañado de un pariente bilingüe que sirve de intérprete, pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que trasmite.

La historia ha llevado a que, de manera natural, el indígena tenga desconfianza por el blanco que sumado a la situación de enfermedad y el desconocimiento del lenguaje, aumenta su vulnerabilidad. Por tanto, es importante que su encuentro con el sistema de salud occidental sea garantía de comprensión y armonía, situación que la mayoría de las veces no se da, cuando el indígena queda a merced de un funcionario público que no se esmera en comprenderlo y atenderlo

Según Berlin y Fowkes –citado por Alarcón *et al.* (41)– el éxito en la comunicación intercultural puede lograrse a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”. Aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación, no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional paciente, si los

profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes como, por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herboraria tradicional, entre otras (41).

Indicadores de salud en Amazonas, los más desfavorables del país

Según información publicada por el Ministerio de Salud de Colombia, para la zona del Amazonas, en 2010, las tasas de mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años y mortalidad materna fueron las más altas del país. La mortalidad general en Colombia disminuyó en el periodo 2008-2010, a diferencia de la región Amazonía-Orinoquía donde la mortalidad ha tendido al incremento. Además, las coberturas de vacunación más bajas en el país se encuentran en la región (42). Indicadores tan poco favorables, revelan que las estrategias de salud para la región no funcionan con la misma eficacia que en el resto del país, lo que ponen en riesgo la estabilidad y supervivencia de los grupos que la habitan, esto implica la necesidad de escucharlos e involucrarlos en la solución de dicha problemática.

Los participantes de la investigación solicitan valoración y apoyo económico para parteras y médicos tradicionales conocedores de su realidad. Proponen que el primer nivel de atención sean sus médicos tradicionales, y que se construya un hospital de medicina tradicional con los recursos necesarios para que sus médicos puedan trabajar.

Esta propuesta debe pensarse como oportunidad de mejora, y de construcción e implementación de un sistema de salud intercultural, que parta del sistema médico tradicional ya existente, el cual presenta las siguientes características que lo cualifican:

- Organización administrativa y social, a través de la conformación del resguardo TICOYA (31-33).
- Validez de su etnomedicina, la cual se ha adaptado a un contexto geográfico rudo y ha respondido a las necesidades de salud, permitiendo su permanencia en la región (10).
- Utilización de recursos naturales (plantas, minerales, agua, etc.), como medios terapéuticos

para prevenir y combatir las enfermedades, y como elementos íntimamente relacionados con la cultura y el mundo de creencias (11).

- Consideración del proceso salud-enfermedad como elemento cultural no parcelado sino como un todo relacionado directamente con el equilibrio-desequilibrio del entorno (43,44).
- El sistema de salud está estrechamente relacionado con la cultura y la tradición del pueblo.
- Arraigo cultural y respeto por la tradición.

Las propuestas de los participantes concuerdan con lo planteado hace más de 35 años en la Declaración de Alma Ata, en la que se definió la atención primaria como: “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (45).

Además de los atributos ya expresados, en Puerto Nariño ya se han evidenciado otros antecedentes positivos de trabajo intercultural por ejemplo, el proceso de implementación de una estrategia para el tratamiento y control de la tuberculosis en comunidades indígenas fue considerado experiencia exitosa y modelo de enfoque intercultural (46). En dicho proceso se observó a las comunidades del Amazonas como receptivas ante la propuesta occidental. El programa incluyó la capacitación y formación de los agentes sanitarios con el fin de generar confianza en la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud.

La interculturalidad además es una oportunidad para que el sistema médico oficial también aprenda del sistema médico indígena y que este último pueda aportarle al primero conceptos y herramientas que permitan mejorarlo. Hay que asumir que el sistema médico oficial no es el único llamado a “salvar” a los pueblos indígenas, incorporándolos a sus propios referentes, a sus ideas de modernidad, de conocimiento científico, de universalismo, sino que es posible que también se aprenda del sistema indígena (9)

Hacia la construcción de un sistema de salud intercultural basado en las necesidades e iniciativas expresadas por los participantes

Con base en las experiencias previas y los resultados de este estudio, se proponen las siguientes estrategias con miras a la construcción de un modelo de salud intercultural para Puerto Nariño:

1. Atención y respeto a la contribución de la medicina tradicional indígena a nivel local.
2. Comprender el fundamento científico enraizado en las creencias, conceptos y prácticas de la medicina tradicional.
3. Aplicar el concepto de salud integral basado en el equilibrio y enfoque holístico de la salud propuesto por los pueblos indígenas.
4. Incorporar en las políticas de salud pública las directrices de la OMS sobre medicina tradicional, principalmente, en lo referente a la atención en salud de acuerdo a los usos y costumbres indígenas.
5. Considerar la medicina tradicional como alternativa de atención primaria que se articule adecuadamente con la medicina occidental, y explorar modelos alternativos de atención de la salud.
6. Registrar y manejar de manera ética los resultados de tratamientos tradicionales.
7. Sensibilizar y capacitar a los funcionarios y al personal médico en las alternativas terapéuticas de la medicina tradicional y en el lenguaje local.
8. Trabajar en la recuperación de la memoria histórica de los saberes de la medicina tradicional entre los pueblos indígenas.
9. Diseñar acciones de promoción y prevención de la salud que integren ambos saberes.
10. Proteger las plantas medicinales y los ambientes naturales sagrados para la cultura indígena.
11. Consensuar con la población las estrategias y programas en salud, acorde a sus necesidades, creencias y costumbres.
12. Formar y fortalecer recursos humanos indígenas de la salud con incremento en el número de profesionales sanitarios indígenas que trabajen en la región.
13. Construir un centro de investigación y servicios en medicina tradicional y complementaria.

Finalmente se puede considerar que las difíciles condiciones geográficas y económicas y los desfavorables indicadores de salud para la región obligan a: a) pensar en un sistema alternativo de salud que satisfaga las necesidades y expectativas del municipio; b) tener en cuenta que

su organización social y administrativa, arraigo cultural, sabiduría ancestral, y receptividad al conocimiento occidental, lo hacen ideal para la construcción e implementación de un modelo de salud intercultural.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), a la Universidad Andina Simón Bolívar sede Bolivia, y al Instituto Colombiano Agropecuario seccional Amazonas, por el apoyo a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [Internet]. 13 sep 2007 [citado 3 abr 2014]. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
2. del Cid Lucero VM, compilador. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. Bluefields, Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense; 2008.
3. Tombé VR, Montero AC, Bustamante BC. Política en Salud Pública para pueblos indígenas colombianos. En: del Cid Lucero VM, compilador. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. Bluefields, Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense; 2008.
4. Torres C. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Pan American Journal of Public Health*. 2001;10(3):188-201.
5. Campos-Navarro R. Hacia un diálogo intercultural en salud. México DF: Yolpahtli; 2003.
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Washington DC: OPS; 1997.
7. Cardona-Arias JA. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2012;14(4):630-643.
8. Andrade SMG, Martínez LE, Morales P, Ortiz GR, Sandoval H, Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional Colombiana: Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*. 2005;3(1):98-106.
9. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas: salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos. San José: IIDH, ASDI, OPS; 2006.
10. Mena AJA. Tres ámbitos de expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en Mesoamérica. *Revista de Antropología Experimental*. 2006;(6):107-117.
11. Mena AJA. La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gazeta de Antropología*. 2005;(21):10.
12. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-Lopez S, Orozco-Nunez E. Practice of traditional medicine in Latin America and the Caribbean: the dilemma between regulation and tolerance. *Salud Pública de México*. 2001;43(1):41-51.
13. Correa CM. Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo. Geneva: South Centre; 2002.
14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
15. Segovia G, Quispe R, Segovia IA. El diálogo intercultural en salud, necesario para el abordaje de las inequidades sanitarias y los conflictos sociales en la selva peruana, 2011. *Revista Médica Panacea*. 2012;2(2):58-61.

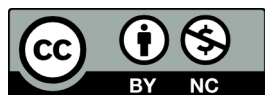
16. Gonzales GF, Aguilar J, Villar M. The world summit of harmonization on traditional, alternative and complementary medicine (TACM) in Lima, Peru. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2010;7(2):271-275.
17. Sánchez E, Enrique M, Benjumea S, Rodríguez I, Nieto B. Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos, políticas y desafíos. Bogotá: Unicef; 2003.
18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Quito: OPS-OMS; 2009.
19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Acciones y estrategias para alcanzar los ODMS en zonas con pueblos indígenas. Quito: OPS; 2008.
20. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*. 2000;(30):30-35.
21. Fraguell-Sansbelló RM, Muñoz-Flores JC. Ecoturismo itinerante en el Trapecio amazónico colombiano. *Estudios y Perspectivas en Turismo*. 2003;12(1-2):48-62.
22. Municipio de Puerto Nariño. Plan de Desarrollo 2008-2011 [Internet]. 2008 [citado 4 abr 2014]. Disponible en: http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/plan%20de%20desarrollo%20nechu%20-%20pto%20nari%C3%B1o_1.pdf.
23. Martín JR. Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. *Nure Investigación*. 2009;(42):1-4.
24. Gil Flores J. La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*. 1992;(10):199-214.
25. Álvarez CA. La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gaceta de Antropología*. 2008;24(1):10.
26. Álvarez-Gayou Jurgenson JL. Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. México: Paidós Educador; 2003.
27. Bolseguí M, Smith AF. Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*. 2006;7(1):207-229.
28. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):409-422.
29. Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación* [Internet]. 2006;(25) [citado 4 abr 2014]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf.
30. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):473-482.
31. Acosta LE, Mendoza D. El conocimiento tradicional: Clave en la construcción del desarrollo sostenible en la Amazonía Colombiana. *Colombia Amazónica*. 2006(Nº Esp):101-118.
32. Bodnar Y. Colombia: apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible en los pueblos indígenas. En: *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
33. Asociación de Autoridades Indígenas ATICOYA. Actualización del plan de vida de los pueblos Tikuna, Cocama, Yagua, 2007-2017. Puerto Nariño: TICOYA; 2007.
34. Yarzabal L, Espinal C, Aragón LE. La salud en la Región Amazónica propuesta de un programa de investigación y formación de recursos humanos. *Educación Superior y Sociedad*. 2010;3(1):53-62.
35. Knipper M. Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2010;27(1):94-101.
36. Alarcón AM, Astudillo DP, Barrios CS, Rivas RE. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*. 2004;132(9):1109-1114.
37. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2007;3:31.
38. Izquierdo Torres B. Políticas Públicas en salud para pueblos indígenas en Colombia con enfoque intercultural. [Tesis Maestría en Administración Pública]. Bogotá: ESAP; 2007.
39. Sánchez E, Arango R. Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2001.

40. Aizenberg L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural: Un estudio de caso de mujeres indígenas en el Amazonas boliviano. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011;5(9):49-69.
41. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*. 2003;131(9):1061-1065.
42. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de Situación de Salud según regiones. Bogotá: MNISALUD; 2013.
43. Aparicio Mena AJ. Idea de salud intercultural: Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gaceta de Antropología*. 2004;20:05.
44. Neira Rozas J. Salud y pueblos indígenas en Chile: una mirada desde la Medicina Social. *Nueva Época - Salud Problema*. 2004;9(17):57-62.
45. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. Pan American Health Organization [citado 4 abr 2014]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
46. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfoque intercultural: Prevención de la tuberculosis en pueblos indígenas. Bogotá: OPS; 2009.

FORMA DE CITAR

Patiño Suaza AE, Sandín Vásquez M. Dialogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*. 2014;10(3):379-396.

Recibido: 12 de mayo de 2014
 Versión final: 18 de agosto de 2014
 Aprobado: 1 de octubre de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.