

**LA INTERCULTURALIDAD Y LOS MODELOS BIOMEDICOS EN LA  
POBLACION INFANTIL INDIGENA COLOMBIANA**

LEIDY LORENA HURTADO CASTRO

CINDY LIZETTE OSORIO SANCHEZ

SANDRA LILIANA RINCON HOYOS

JUAN PABLO MUÑOZ MUÑOZ

UNIVERSIDAD EAN

AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

FABIAN GERARDO DIAZ GARZON

NOVIEMBRE 2020

## Tabla de Contenido

<b>1. Planeamiento del Problema</b> .....	3
1.1 Antecedentes del problema.....	3
<b>2. Descripción del Problema</b> .....	6
2.1 Formulación del problema.....	7
<b>3. Objetivos</b> .....	8
3.1 Objetivo general .....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
<b>4. Justificación</b> .....	9
<b>5. Marco Conceptual</b> .....	12
<b>6. Marco Teórico</b> .....	19
6.1 Estructura Poblacional.....	22
6.1 Modelos interculturales de atención en salud.....	24
6.1.1 El Modelo Biomédico: el Modelo Médico Hegemónico.....	25
6.1.2 El Modelo de Salud Indígena: el Modelo Subalterno.....	26
<b>7. Marco Metodológico</b> .....	29
7.1 Estudios de alcance Exploratorio .....	29
7.2 Enfoque.....	29
7.3 Tipo de Estudio.....	30

<b>7.5 Procedimiento</b> .....	30
7.6 Diseño .....	30
7.7 Población y muestra.....	31
<b>7.7.1 Población</b> .....	31
<b>7.7.2 Muestra</b> .....	32
7.9 Técnicas e instrumentos.....	32
7.9.1 Matriz de recolección de la información.....	33
<b>8. Resultados</b> .....	36
<b>9. Discusión</b> .....	41
<b>10. Conclusiones</b> .....	49
<b>11. Bibliografía</b> .....	51

## Lista de Gráficas

<b>Censos y estimaciones de la población de los pueblos indígenas de 17 países de América Latina.....</b>	<b>19</b>
<b>Población indígena según grupos quinquenales de edad y sexo.....</b>	<b>22</b>
<b>.....</b>	<b>22</b>
<b>Pirámide poblacional indígena Vs Población Total. ....</b>	<b>22</b>

## **Resumen**

Éste trabajo se basa en la interculturalidad en salud y los modelos biomédicos de la población infantil indígena colombiana, referenciado en una revisión de la literatura, se encontró que los pueblos indígenas tienen una cosmovisión diferente que los restringe a consultar a la medicina occidental para el manejo de las enfermedades, debido a que en su concepto no las curan desde su concepción cultural porque les demuestra la falta de garantía en el derecho a la salud y la vida. Esta revisión está fundamentada principalmente en el documento: la sala situacional de la población indígena expedido por el Ministerio de la Protección Social del año 2018, el cual evalúa los servicios de salud de ésta población.

La metodología de tipo exploratorio, cualitativo y descriptivo, y está fundamentada en la literatura colombiana y de América Latina. Los resultados alcanzados con ésta revisión permiten establecer que existe un modelo de salud globalizado que logra fusionar tanto el biomédico como el indígena. Todo lo anterior, se concluye que hay diferentes modelos biomédicos que incluyen algunas premisas de la medicina tradicional indígena que favorecen a éstas comunidades en su sistema de salud.

**Palabras claves:** Interculturalidad, Indígenas, Infantil, Salud, Modelos Biomédicos.

## Introducción

En cuanto al concepto de interculturalidad, se emplea una definición de la Organización Panamericana de la Salud, que se puede resumir en un discurso de armonía y consenso entre los sistemas de salud de las diferentes culturas, con el fin de resolver un problema de salud, especialmente de las comunidades indígenas (Berche AS et al). Es un concepto bastante simplista de interculturalidad, en que la diferencia cultural no se concibe como una producción histórica, además, no tiene en cuenta todo el proceso complejo de luchas de grupos indígenas por recuperar sus territorios y sus cosmologías, incluyendo sus prácticas y creencias en salud. Sumado a esto, no se hace un análisis del concepto de cultura a la luz de los problemas de poder entre el Estado colombiano y las comunidades indígenas.

La interculturalidad, se basa en una activa participación democrática, donde prevalece la aceptación, el respeto, el diálogo y la diferencia; es así, como la comunidad construye su conocimiento y las acciones educativas deben partir del saber de la comunidad y en una acción de diálogo, emerge un nuevo saber.

Los sistemas de salud de las comunidades indígenas, poseen una cosmovisión representada por mitos, creencias, prácticas, rituales y conceptos que, entre otros, intentan explicar el origen y curso de las enfermedades. Éstas son entendidas como desequilibrio, en un contexto de armonía con la naturaleza, produciéndose la enfermedad, tanto física, emocional y social.

En este orden de ideas, el trabajo permitirá un acercamiento a la identificación de los campos de consolidación y acción de la interculturalidad de la población indígena infantil de

Colombia y brindará no sólo un enriquecimiento académico, personal y profesional, del sentido de la vida y la salud, sino también el encuentro con otros saberes.

## **1. Planteamiento del Problema**

### **1.1 Antecedentes del problema**

En el mundo, hay alrededor de 370 millones de indígenas en más de 90 países. Si bien constituyen el 5 % de la población mundial, los pueblos indígenas representan alrededor del 15 % de las personas que viven en pobreza extrema. En América Latina el 8% de la población es indígena, constituyen aproximadamente el 14% de los pobres y el 17% de los extremadamente pobres de la región. En Colombia, los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones Amazónica, Andina, la Orinoquía y el Caribe; el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 3,36% (1.392.623 personas). La población afrocolombiana ocupa principalmente las regiones de la cuenca del Pacífico; Valle del Patía; Litoral del Caribe; Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; Magdalena medio y bajo; la Amazonía y la Orinoquía en sus sectores de explotación de oro; y en las ciudades de Cali, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Quibdó, Montería, Sincelejo y Medellín.

En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y bajas de los tributarios, en el litoral y en los centros urbanos. El patrón de asentamiento es disperso, caracterizado por un sistema de aldeas rurales distribuidas de manera paralela a los ríos. En la región Caribe la población afrocolombiana registra una marcada presencia en Cartagena, costas de Morrosquillo, depresión momposina y bajo Cauca. Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos, es del 10,3% (4.273.722 personas). La población mestiza es la que mayor

participación poblacional tiene con un 84,16% (34.898.171 personas), los asentamientos poblacionales se localizan principalmente en las cabeceras municipales, en cada uno de los pisos bioclimáticos de acuerdo con las oportunidades productivas que ofrece el territorio. Por su parte, el pueblo Rom participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas).

Para 2017 Chocó, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Vichada tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas del país, siendo significativamente más altas que la nacional. Los demás departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas.

La mortalidad en los primeros años de vida es un indicador fundamental de las condiciones de vida de una comunidad, nación o pueblo, y su reducción es una prioridad de salud en todos los países del mundo, también la probabilidad de morir de menores indígenas varía según zona de residencia, y pueblos e incluso al interior de éstos; el riesgo más bajo, se observa en menores que residen en las ciudades. No obstante, en algunos países la brecha entre indígena y no indígena se acentúa en los espacios urbanos.

En Colombia la reducción de la mortalidad por enfermedades prevenibles avanza a paso lento, la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta



7.3, fundamentalmente entre los sectores más desfavorecidos, entre los que se encuentra, los pueblos indígenas con tasas de mortalidad infantil de 39.5 por mil nacidos vivos, frente a una tasa 23.9 para resto población, evidenciándose un brecha relativa de 1.33, también la probabilidad de morir de menores indígenas varía según lugar de residencia, el riesgo más alto se observa en niños y niñas indígenas que habitan en el área rural con una tasa de mortalidad de 30 por mil nacidos vivos, frente a una tasa de mortalidad 23.5 por mil nacidos vivos en las ciudades, lo que significa una brecha relativa de 1.35 (Herrera López, 2018).

## 2. Descripción del Problema

La mortalidad infantil constituye una demostración de falta de garantía en el derecho a la salud y la vida, considerando que la gran mayoría de esas muertes son prevenibles con condiciones de vida favorables y un sistema de salud adecuado a las realidades locales de los pueblos y comunidades indígenas, y en efecto, entre las enfermedades que proporcionalmente más contribuyen a la mortalidad infantil, se encuentran las enfermedades diarreicas agudas, desnutrición y las infecciones respiratorias agudas (Infección Respiratoria Aguda) (Claeson. M and Waldman J. 2000).

La mayoría de muertes se presentan en países en vía de desarrollo y/o con población indígena característica de la mayoría de países de Latinoamérica, donde la mortalidad infantil de niños indígenas, causada por neumonía, diarrea entre otras enfermedades de la infancia, presenta una tasa de mortalidad de 48 por mil nacidos vivos, frente a una tasa de 30 por mil nacidos vivos en el resto de la población. Si se considera la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida, la brecha es aún mayor, la diferencia de mortalidad infantil son claras principalmente en Brasil, Costa Rica, Honduras y Colombia (Del Popolo et al 2005).

El enfoque intercultural es uno de los trazadores de las políticas en salud y educación, a través del cual se dinamizan procesos de reconocimiento, interacción, diálogo y complementariedad entre personas de diferentes sistemas culturales, respetando el quehacer de cada una de ellas, y generando condiciones para la interacción creativa y constructiva entre las diferentes culturas, teniendo como fin último que las comunidades puedan beneficiarse de diversas atenciones en salud que aporten a la calidad y pertinencia en salud.

## **2.1 Formulación del problema**

Con la revisión documental de los diferentes estudios de interculturalidad en salud se plantea la siguiente inquietud ¿Cuáles son las estrategias de interculturalidad en salud en la población infantil indígena en Colombia, implementadas por los modelos biomédicos e indígenas?.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Identificar las estrategias de interculturalidad en salud en la población infantil indígena en Colombia, implementadas por los modelos biomédicos e indígenas presentes.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar desde las perspectivas temporales, espaciales y académicas, los artículos y documentos encontrados.
- Identificar los conocimientos y tecnologías que se despliegan en la medicina moderna para administrar la interculturalidad en salud en el contexto de la salud infantil indígena de Colombia.
- Identificar las prácticas locales de bienestar (creencias o prácticas indígenas en salud) que intervinieron en las estrategias de interculturalidad en salud de población infantil indígena.
- Identificar los campos de acción de la interculturalidad en salud en el contexto de salud de la población indígena infantil de Colombia.

#### 4. Justificación

El diagnóstico de los determinantes de la salud de la población infantil es fundamental para los procesos de operatividad de políticas públicas en salud, así como los procesos de planificación sanitaria a nivel nacional y local, sin embargo, en poblaciones étnicas la forma en cómo se perciben los problemas o situaciones de salud diverge de la opinión de las personas, de los entes territoriales en salud y de las instituciones. De acuerdo a numerosos estudios esta divergencia se funda en la forma como el modelo biomédico occidental y los modelos locales de salud de las poblaciones étnicas perciben los procesos de salud enfermedad en el mundo o fundamenta sus prácticas en ciertas epistemes.

Esta situación no es ajena en la población indígena colombiana que actualmente pasa por un proceso de aculturación de sus prácticas en salud que junto a un perfil de riesgo de la población infantil (dado por la situación de vulnerabilidad a la que están expuestos los infantes) se constituyen en un problema colectivo que afecta las prácticas de cuidado infantil impactando directamente y negativamente la salud infantil.

Un modelo de cuidado en salud infantil basado en la comunidad indígena no tendrá efectividad sino se articula con el modelo de atención en salud de Colombia, ya que mejora la identificación de casos que deberán ser referenciados y disminuirán la pérdida de tiempo para ser la referencia siendo esto con frecuencia un salvavidas. La combinación de estos modelos podrá brindar atención de calidad con poca tecnología e igualmente el personal en salud podrá educar a las familias y comunidades sobre enfermedades prevalentes de la primera infancia (Haws R, Castillo C 2004), (Minuchin, S. familia y terapia familiar 1974).

Lo anterior concederá respeto y apoyo de los proveedores de atención de salud tradicional de la comunidad permitiendo al personal de salud comprender las costumbres y creencias indígenas locales en salud (Donato Pérez Antonio 1996), aspectos claves para ejercer abogacía colectiva y empoderamiento individual; también rescatará y conservará las tradiciones inocuas y benéficas del cuidado de niños y niñas.

Si la familia, en especial las madres indígenas reconocieran las enfermedades prevalentes de la infancia., buscarían rápidamente la atención del servicio de salud y accederían al tratamiento adecuado evitando complicaciones, entre ellas la muerte. La comunicación eficaz con los miembros de la unidad familiar acerca de cuándo buscar atención para los niños es un componente esencial para que las madres puedan tener en cuenta los mensajes referidos, por lo tanto, es importante no solo desde el punto de vista lingüístico sino cultural, por lo que hay que identificar, entender e interpretar las barreras de accesibilidad, tanto de los servicios de salud occidental e indígena, así como de la percepción de la atención de dichos servicios (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 1994).

El conocimiento de la diversidad cultural es clave para mejorar y negociar las prácticas sanitarias con las necesidades de la sociedad contemporánea y debe provocar modificaciones, reciprocidad y adopción de elementos y patrones culturales válidos dentro de un proceso de intercambio (Peña S, Romero Martha) y además debe orientar a la producción de cambios concretos en la oferta de servicios de salud de la población infantil indígena.

El nuevo orden Constitucional de Colombia admite al país como una nación multiétnica y pluricultural. El artículo 7 de la Constitución promulgada en 1991 asigna al Estado la obligación de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural, dando cumplimiento al

convenio 169 de la OIT. No es posible, que una nación como Colombia, se pueda desarrollar dentro de un ámbito democrático, mientras no se acepte el derecho que tienen sociedades diferentes a la nuestra, a vivir y gozar de acuerdo a sus propios valores, creencias, y cosmovisión.

En el sector de la salud, cada pueblo indígena tiene su forma particular de explicar el mundo que lo rodea y formas propias de representar y entender los procesos de salud - enfermedad. El concepto de salud, en estos pueblos es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente. Los problemas de salud actuales de los pueblos indígenas están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas etnias, el deterioro del medio-ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el Estado, y al olvido por parte de los organismos de salud, de las representaciones culturales del proceso de enfermar de estas comunidades.

## 5. Marco Conceptual

**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 dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ministerio de Salud, recuperado septiembre 05 de 2020).

**Interculturalidad:** Se expresa en las relaciones existentes entre las cosmovisiones de los pueblos étnicos indígenas, así como con otros grupos y pueblos étnicos, incluso aquellos que podemos considerar como occidentalizados (Salaverry, 2010).

**Pueblos indígenas:** poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica en la época de la conquista, la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales 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 colectiva (Ministerio de Salud, 2020).

**Medicina tradicional:** La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (Xiaorui Zhang, 2015).



**Medicina ortodoxa:** Está basada en el conocido — método científico que permite comparar objetivamente los resultados de los diversos tratamientos. El progreso en medicina está basado en desarrollos comprobados provenientes de diversas ciencias: química, botánica, física, electrónica, biología, etc. Estos avances médicos se basan en experimentos controlados con animales de laboratorio y en pacientes que autorizan su empleo bajo severas condiciones éticas y científicas (Peña & Paco, 2007).

Los verdaderos medicamentos utilizados en Medicina Convencional son controlados por las autoridades sanitarias nacionales y para poder ser expendidos en farmacias especializadas, deben cumplir con una serie de requisitos que aseguren la presencia de un principio activo, y que sean confiables y seguros.

**Cosmovisión:** La cosmovisión expresa la relación de los hombres con los dioses, establece el orden jerárquico del cosmos, la concepción del cuerpo humano, estructura la vida comunitaria y agrupa el conjunto de los mitos que explican el origen del mundo. La cosmovisión indígena tiene un claro origen agrícola; en ella el medio ambiente el territorio real y simbólico es un factor fundamental y tiene como uno de sus rasgos característicos el que no exista una separación como en el pensamiento occidental— entre naturaleza y cultura, orden natural y orden social, individuo y sociedad (Zolla, et al, 2004).

**Salud en Colombia:** el actual modelo de salud en Colombia experimenta una aguda crisis en el acceso, alcance y eficacia de los servicios para todas comunidades indígenas, debido a que la globalización de los mercados de la salud elimina la intervención del Estado en los procesos de producción y consumo de los bienes de salud, dejando de lado las responsabilidades jurídicas y políticas que el Estado tiene frente a sus comunidades indígenas. Crisis que cada vez es más

profunda y repercute fundamentalmente en los sectores sociales y como parte de ello la salud de los sectores más vulnerables, vulnerabilidad resultante de un determinismo económico. En respuesta, cada vez más son evidentes las manifestaciones de protesta de los pueblos indígenas, especialmente los más vulnerados en sus derechos, para exigir una reivindicación de sus cosmovisiones y prácticas ancestrales en salud, de modo que no solo se respeten como parte de su identidad, sino que sean reconocidas como patrimonio espiritual y legado ancestral de su territorio, es decir, dichas comunidades luchan hoy contra un modelo global de desarrollo que elimina sus creencias, su tradición oral y frente a un estado que desatiende sus esfuerzos por mantener la autonomía política y cultural, incluidas su episteme en salud. En ese sentido, la salud de los pueblos indígenas debe ser entendido más allá de la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución, que indica: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De esta manera, se debe integrar elementos al modelo de salud, además de los socioeconómicos, la cultura, la territorialidad, la política, la religión, entre otros, así como el aporte de otros modelos de salud de los grupos indígenas en el Cauca, en relación con su forma de entender y resolver la problemáticas individuales y colectivas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad (Hadad, et al. 2015)

**Concepciones de salud-enfermedad.** En conexidad con la conceptualización de medicina tradicional, el concepto de salud obedece a una visión holística de la realidad donde la salud subsume lo individual, lo familiar y lo comunitario, en este sentido, la salud obedece al equilibrio o “buen funcionamiento”. Cardona - Medicina tradicional 635 La salud es la armonía entre las dimensiones físico-biológica, histórico cultural, natural y espiritual, la primera incluye el bienestar corporal, la segunda define la interpretación-explicación sobre el origen, desarrollo y

resolución de la enfermedad en las condiciones específicas de la tradición Emberá-Chamí; la tercera incluye los elementos (agua, aire, fuego, tierra), las plantas, los animales, los fenómenos naturales (luz, relámpago, trueno) y sus espíritus; y la cuarta presenta dos ámbitos, el primero implica los espíritus y energías positivas que conducen a la enfermedad cuando el comunero se distancia de su cultura, y la segunda incluye los espíritus negativos que son utilizados por algunas personas para desencadenar la enfermedad en otras. Las dimensiones aludidas no son independientes, sino que constituyen una unidad dialéctica, en la medida que todas se contienen, en la dimensión natural coexisten elementos de la madre naturaleza y sus espíritus, lo espiritual es un elemento distintivo de la historia grupal y todas, la natural, la histórica y la espiritual, determinan la presencia de las afectaciones físicas-biológicas (Jaiberth, et all. 2012).

**Curación y sanación.** “Curar va más o menos enlazado en tratar una enfermedad pero que quede algún residuo, sanar es desaparecer definitivamente, curar puede relacionarse con calmar por un tiempo, pero puede más adelante la persona llegar a tener el mismo problema de acuerdo a la dieta o al desmande que tenga la persona, luego ya sanar sería como cerrar definitivamente y que ya no volviese a tener esta enfermedad. La sanación se utiliza mucho dentro de la parte espiritual, con la incorporación de espíritus. Sanar a una persona es hacerle una limpieza, montarle su protección para que así ella no vuelva a ser atacado” (Jaiberth, et all. 2012).

**Recursos terapéuticos en la medicina tradicional.** Las opciones terapéuticas son múltiples, incluyen aspectos propios de los pacientes como son su fe, espiritualidad y convicciones sobre la medicina tradicional, esta última es central en los indígenas jóvenes, ya que, debido a los procesos de mestizaje muchos comuneros son escépticos de la efectividad de su sistema médico. Otras opciones terapéuticas incluyen los espíritus de los sitios sagrados; los principios activos o espíritus de las plantas; los rituales y los rezos (Jaiberth, et all. 2012).

### **Principios curativos de medicina tradicional en salud y cultura médica tradicional.**

La medicina indígena tradicional hace alusión a las prácticas sanitarias que tienen origen en los escenarios, ámbitos y comunidades indígenas, surgidos antes de la colonia y basados en prácticas tradicionales de experiencia, cosmovisión e historia sociocultural indígena, sus métodos y procedimientos se han utilizado de generación en generación con plena seguridad y confianza en sus resultados (Tomás, et al. s,f).

La Organización Mundial de la Salud define medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar. Aluden las ideas, conceptos, mitos y prácticas relativos a los desequilibrios físicos, mentales o sociales de una comunidad, que explican la etiología, nosología y procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades, y promoción y recuperación de la salud (Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud, 1997).

**Convivencia entre medicina científica y medicina tradicional.** La Organización Panamericana de la Salud desde la década de los 90's trabaja conjuntamente con las comunidades indígenas de América latina para mejorar la prestación de los servicios de salud y su calidad de vida. Consciente de las practicas milenarias de los pueblos indígenas y sus arraigadas costumbres y creencias, en la reunión llevada a cabo en Winnipeg 1993 la Organización Panamericana de la Salud y los representantes de las comunidades indígenas, representantes del estado y otras organizaciones propusieron la armonización de las diferentes perspectivas de salud: la medicina tradicional y científica (OPS/HSP, Contribución del Programa HSP al Documento de Trabajo Salud de los Pueblos Indígenas de la Región de las Américas . Washington, D.C., abril de 1993.).

El propósito es el reconocimiento de la existencia de una multiculturalidad portadora de conocimientos y saberes que antes que eludir hay que respetar, considerar y aprender de ellos. También el valorar nuevas maneras de ver la vida y la enfermedad sin tratar de imponer una visión, pero, sobre todo, se enmarca en la disminución de la morbimortalidad de los recién nacidos, los menores de cinco años y las mujeres gestantes por enfermedades prevalentes (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2008).

Este marco componente comunitario de la estrategia AIEPI – Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, ha promulgado una serie de orientaciones que armonizan la medicina tradicional y científica, de esta manera, los entes sanitarios tienen el deber de impulsar entre sus acciones el empleo de procedimientos evidentemente beneficiosos para el cuidado de la salud; la incorporación paulatina de prácticas, saberes y conceptos en salud a las labores diarias tanto en la medicina convencional como tradicional; fomentando la participación de las comunidades indígenas, rurales y sanitarias en la solución de problemas que afecten la salud de la localidad; el empleo de la cosmovisión indígena en algunos aspectos de la salud familiar y comunitaria, principalmente en salud materna e infantil y finalmente, la coordinación de las labores medicas con las indígenas tradicionales respecto a la salud de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2004).

**Concepto de infante desde la medicina occidental:** Se define como una etapa del ciclo vital humano, que comprende desde la gestación y hasta los cinco años. Es la etapa en la cual las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades.

**Concepto de Infante desde medicina tradicional:** Se define tiempo y ciclo de vida Comprende desde la gestación, o al momento del nacimiento. Y termina cuando hay el comienzo de una transformación o cambios en los niños y niñas que les permiten asumir otras responsabilidades a las que usualmente desarrollan, de tal forma que la infancia termina cuando física o socialmente desde el pensamiento propio se está listo para asumir algunas responsabilidades del ser adulto (Pinzón Quevedo, et al. 2012).

## 6. Marco Teórico

Se estima en la región una población indígena cercana a los 45 millones de personas en 2010, con una alta heterogeneidad según países: en un extremo están México y el Perú, con casi 17 millones y 7 millones de población indígena, respectivamente; y en el otro, Costa Rica y el Paraguay, con poco más de 100.000 personas indígenas, y el Uruguay con casi 80.000 personas indígenas (véase el cuadro II.1).

### Censos y estimaciones de la población de los pueblos indígenas de 17 países de América Latina.

**América Latina (17 países): población de pueblos indígenas según censos y estimaciones, alrededor de 2010**  
(En números y porcentajes)

<b>País y año censal</b>	<b>Población total</b>	<b>Población indígena total</b>	<b>Porcentaje de población indígena</b>
<b>Resultados</b>			
Argentina, 2010	40 117 096	955 032	2,4
Brasil, 2010	190 755 799	896 917	0,5
Chile, 2012 <sup>a</sup>	16 341 929	1 805 243	11,0
Costa Rica, 2011	4 301 712	104 143	2,4
Ecuador, 2010	14 483 499	1 018 176	7,0
México, 2010 <sup>b</sup>	112 336 538	16 933 283	15,1
Panamá, 2010	3 405 813	417 559	12,3
Paraguay, 2012 <sup>c</sup>	6 232 511	112 848	1,8
Uruguay, 2011 <sup>d</sup>	3 251 654	76 452	2,4
Venezuela (República Bolivariana de), 2011	27 227 930	724 592	2,7
<b>Estimaciones a 2010<sup>e</sup></b>			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9 995 000	6 216 026	62,2
Colombia	46 448 000	1 559 852	3,4
El Salvador	6 218 000	14 408	0,2
Guatemala	14 334 000	5 881 009	41,0
Honduras	7 619 000	536 541	7,0
Nicaragua	5 813 000	518 104	8,9
Perú <sup>f</sup>	29 272 000	7 021 271	24,0
<b>Total</b>	<b>538 153 481</b>	<b>44 791 456</b>	<b>8,3</b>

**Fuente:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales, excepto en Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario: Resultados definitivos”, Serie B, N° 2, Buenos Aires, 2012; y Brasil: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2012), “Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas. Resultados do universo”, Río de Janeiro, 2012. a) Si bien estos son los resultados del Censo 2012 en Chile, debido a sus problemas de calidad, el gobierno actual no lo considera oficial. Cabe señalar que la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) arrojó un 8,1% de población indígena para 2011. b) Debido a que la pregunta sobre pertenencia étnica en México se aplicó a la población de tres años y más, se asignó la condición indígena de los menores de tres años cuando el jefe de hogar o su cónyuge se declararon indígena. c) Corresponde a los resultados preliminares del Censo Indígena en Paraguay. Falta sumar la población indígena captada en el Censo General, aún no disponible. d) En el Uruguay, la pregunta sobre reconocimiento de ascendencia con categorías de respuesta múltiples arroja un total indígena de 159.319 personas. e) Para estos países aún no se disponen de resultados censales de la década de 2010. Por tanto, se tomaron los porcentajes de población indígena derivados del último censo disponible y se aplicaron a la población total estimada de 2010, sobre la base de las estimaciones de población que elabora el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, 2013b). f) Como el Censo 2007 del Perú incluyó solo idioma materno, se estimó a la población indígena con el siguiente criterio: cuando el jefe de hogar o su cónyuge declararon un idioma indígena, todos los miembros del hogar se asignaron como indígenas.



Actualmente es posible contar 826 pueblos indígenas en los países de la región, con un panorama altamente heterogéneo: en un extremo se ubica el Brasil con 305 pueblos indígenas, seguido por Colombia (102), el Perú (85) y México (78); en el otro extremo están Costa Rica y Panamá, con 9 pueblos indígenas cada uno, El Salvador (3) y el Uruguay (2). Los censos de esta década contribuyeron a mejorar en parte esta información, considerando las denominaciones de los propios pueblos indígenas, y en varios países como resultado del trabajo conjunto de los institutos de estadística, los organismos del Estado a cargo de los asuntos de pueblos indígenas y las organizaciones de estos pueblos, a lo que se sumó la colaboración de centros académicos.

Asimismo, en cada país se observa una enorme diversidad demográfica en los pueblos indígenas. En los países de la región con mayor población indígena —Bolivia, Estado Plurinacional de Guatemala, México y Perú—, los pueblos indígenas más numerosos superan ampliamente 1,5 millones de personas. Por ejemplo, las cifras preliminares del censo 2012 indican que en Bolivia (Estado Plurinacional de) son 1,84 millones de quechuas y 1,6 millones de aymaras.

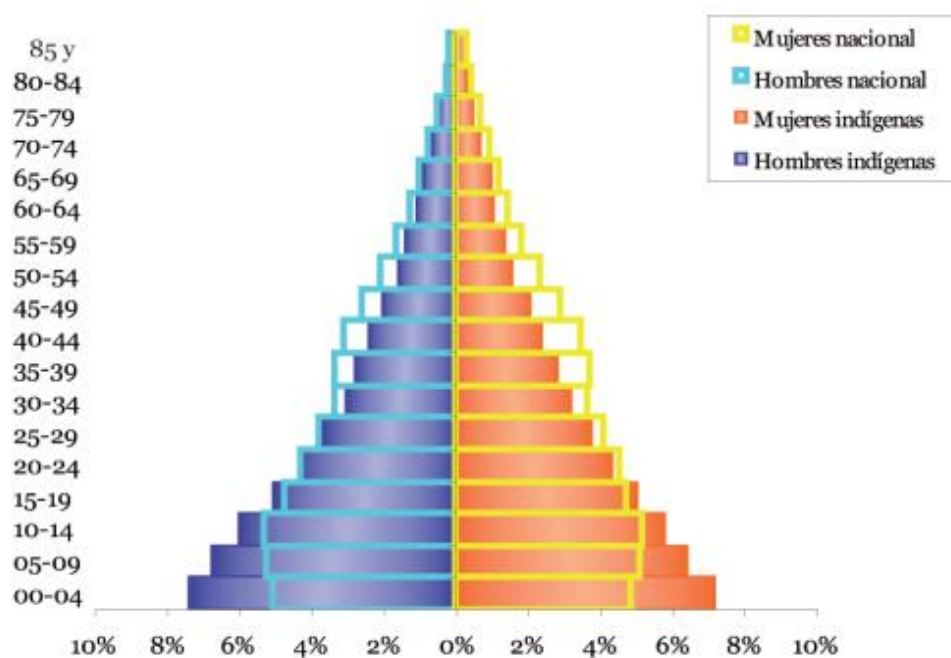
## 6.1 Estructura Poblacional

### Población indígena según grupos quinquenales de edad y sexo.

EDAD	Número de hombres	% de hombres	Número de mujeres	% de Mujeres
0 - 4	102707	14,6	100753	14,6
5 - 9	92582	13,2	90822	13,2
10 - 14	82707	11,8	81135	11,8
15 - 19	70821	10,1	69474	10,1
20 - 24	61075	8,7	59914	8,7
25 - 29	52480	7,5	51481	7,5
30 - 34	43885	6,2	43051	6,2
35 - 39	39601	5,6	38848	5,6
40 - 44	33925	4,8	33280	4,8
45 - 49	28927	4,1	28376	4,1
50 - 54	22591	3,2	22161	3,2
55 - 59	19709	2,8	19335	2,8
60 - 64	15242	2,2	14953	2,2
65 - 69	13444	1,9	13189	1,9
70 - 74	9653	1,4	9470	1,4
75 - 79	6916	1,0	6785	1,0
80 y más	6729	1,0	6602	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>702996</b>	<b>100,0</b>	<b>689627</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DANE - Censo General 2005

### Pirámide poblacional indígena Vs Población Total.



Fuente: DANE, Censo General 2005

De acuerdo con el Censo Nacional de 2005, de los 42.090.502 de colombianos, 1.392.623 son indígenas pertenecientes a 84 pueblos diferentes, lo que corresponde al 3,43%<sup>5</sup> de la población nacional. La Organización Nacional Indígena de Colombia reconoce, por su parte, un total de 102 pueblos indígenas<sup>6</sup>. Además de ser hablantes del castellano, se expresan en 65 lenguas agrupadas en doce familias lingüísticas y otras unidades independientes. Sus miembros están presentes en 27 departamentos y 458 municipios representando el 43,4% del territorio colombiano. Los departamentos que agrupan el mayor porcentaje de población indígena son Vaupés (66,65%), Guainía (64,90%), La Guajira (44,94%), Vichada (44,35%) y Amazonas (43,43%). En La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba y Sucre se concentra el 65,77% del total de la población indígena<sup>7</sup>. El Amazonas alberga 22 grupos étnicos, el Vaupés 19 y el Guaviare 128. Los wayúu son el pueblo con mayor número de personas, seguido por los Nasa. Hay 46 pueblos con menos de 1.000 personas, 32 con menos de 500 personas, 18 con menos de 200 y 10 con menos de 100 personas.

Actualmente los territorios indígenas son reconocidos por el Estado como resguardos, baldíos sin titulación y propiedades o posesiones individuales. En el año 2005 se reportaron 710 títulos de resguardos ubicados en 27 departamentos del país. Ocupaban cerca del 30% del territorio nacional en una extensión de aproximadamente 34 millones de hectáreas; sólo el 13% de la población indígena vivía en territorios sin titular como resguardo. Con base en información de 2001 concerniente a las áreas tituladas por el Estado, el 98,59% de estas corresponde a 583 resguardos nuevos cubriendo el 65,1% de la población indígena del país, y el 1,29% corresponde a 55 resguardos coloniales que cubren el 21,80% de la población indígena restante. Bajo la administración de INCODER – Instituto Colombiano de Desarrollo Rural entre 1966 y el 2001, el programa de saneamiento de resguardos ocupados por terceros, y la adquisición de tierras para la constitución de nuevos, se había adquirido 189.716 ha. para la reestructuración y ampliación de

resguardos coloniales pero, a partir de entonces, las cifras de inversión han venido disminuyendo (Departamento Administrativo de Estadística, 2006).

En este sentido, la salud de las poblaciones indígenas, siempre ha jugado un papel primordial en la cotidianidad de las comunidades, y a pesar de la promulgación del decreto 1811/90 y la ley 21, el trabajo que el Estado realiza es visto con mucha desconfianza por los indígenas. De hecho, en el mejor de los casos cuando había planes de salud, estos eran elaborados sin la previa concertación con las comunidades, y los programas terminaban en el fracaso puesto que eran concebidos desde un modelo "occidental de pensamiento". De otro lado, los programas de salud, eran hechos sin ninguna base epidemiológica clara, y sin ningún conocimiento real del estado de salud y enfermedad de las comunidades.

### **6.1 Modelos interculturales de atención en salud**

La Organización Mundial de la Salud (s.f.) define al sistema médico como una manera ideológica y doctrinaria de las causas de las afecciones de un grupo social, la manera de identificarlas y diagnosticarlas, así como los métodos de cura y prevención de las enfermedades. Es un lugar común pensar en la salud como un ámbito social del que no se puede hablar sin hacer referencia al Modelo Biomédico. Las personas que son usuarios del Sistema Biomédico de Salud tienden a considerar que este es el sistema natural, y que los demás son intentos por describir el ámbito de las afecciones humanas sin tener un resultado favorable: es común que los usuarios del Modelo Biomédico consideren el uso de sistemas distintos como un paso en el camino hacia el sistema que ellos practican, es decir, en el camino hacia el conocimiento y la práctica científica

### **6.1.1 El Modelo Biomédico: el Modelo Médico Hegemónico**

En la cultura occidental, como es el caso de las zonas urbanas de México, hay una tendencia a considerar que existe un sistema de salud único, como una forma de respuesta social organizada, homogénea ante diversas condiciones humanas relacionadas con la enfermedad, los accidentes, las alteraciones y la muerte. De esta manera, pareciera que cuando se habla del sistema de salud siempre se hace referencia al sistema de salud que tiene como base el Modelo Biomédico (Chaves, et al, 2018).

El Modelo Biomédico (MBM) es conocido como el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y se considera que tiene como base, principalmente, un biologicismo humano y una racionalidad científica (Menéndez, 2016). En ocasiones, desde este modelo se tiende a establecer una relación de hegemonía-subalternidad con los demás modelos médicos. Se ha instaurado de tal manera en las instituciones médicas de la sociedad que pareciera ser el único válido para explicar la salud, sin considerar que es una institución más que regula la vida de los humanos por medio del establecimiento de categorías nosológicas, semiológicas y etiológicas, las cuales son compartidos por las personas que pertenecen a un grupo social específico (Menéndez, 2016). Zolla (2007) denomina al MMH como la Medicina Académica porque es la que practican las personas que tienen un título universitario de médico, y es la que se enseña en las instituciones de educación formal.

Por lo tanto, se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles, y, derivado de esta postura, se ha hegemonizado como el centro de la organización de los servicios de salud, ubicándose como enfoque rector de las políticas de salud de casi todos los gobiernos, debido, entre otras variables, a sus éxitos científicos y económicos (Organización

Panamericana de la Salud, s.f.), ya que ha llevado a avances tecnológicos y al desarrollo de fármacos que han facilitado el bienestar social.

En general, las relaciones que se establecen en este sistema médico dan lugar a: 1. Condiciones específicas para la imposición de criterios médicos (diagnósticos). 2. Criterios médicos que se deben satisfacer ante condiciones específicas (tratamiento). 3. Curso estimado debido a la condición biológica desarrollada (pronósticos). 4. Técnicas y medidas de observación para identificar la correspondencia entre el comportamiento esperado y el comportamiento real del paciente respecto de las prescripciones establecidas (seguimiento). Estas situaciones son establecidas por las personas (equipo médico) que conforman las instituciones de salud (hospitales o clínicas) de un grupo social específico como parte de su modo de vida (cultura). Es importante considerar que las relaciones entre diagnóstico-tratamiento-pronóstico-seguimiento son consideradas verdaderas y únicas por el grupo social desarrollado en esa cultura; también, que los sistemas médicos que tienen una organización diferente son considerados erróneos porque carecen de rigor científico. Por lo tanto, todo sistema diferente es inválido.

### **6.1.2 El Modelo de Salud Indígena: el Modelo Subalterno**

El Modelo Biomédico no es el único para explicar y describir la salud en la humanidad. Los sistemas de salud, como otros sistemas que se establecen por convenciones sociales y que regulan el comportamiento de las personas en un ámbito específico, están relacionados con grupos sociales particulares. Por lo tanto, si existen diversos grupos sociales existen sistemas de salud diferentes.

La Organización Panamericana de la Salud (2007) menciona que no hay ningún grupo social que no haya desarrollado un sistema de medicina, ya que la medicina es parte de la cultura.

En el caso de Latinoamérica, por ejemplo, hay diversas poblaciones indígenas que tienen modelos distintos, con una manera específica de conceptualizar los problemas de salud-enfermedad. Este sistema indígena se refiere a aquellas prácticas médicas que surgieron en espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas antes de la colonia o en el desarrollo de esta (Organización Panamericana de la Salud, s.f.), lo cual no significa que no se hayan modificado ni que no hayan incorporado prácticas médicas de las diversas sociedades que los han dominado. Fagetti (2016) menciona que en el Modelo Médico Indígena (MMI) se unen dos tipos de pensamientos, a saber, el empírico-racional-lógico y el simbólico-mitológico-mágico, sin haber contradicción entre estos.

Todo el conocimiento acumulado a través de los años ha permitido una sistematización y una complejidad, incluyendo saberes en botánica, zoología, ecología y tecnología. La Organización Panamericana de la Salud (s.f.) menciona que el Modelo Médico Indígena es un sistema, en tanto tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias, los cuales se estructuran de manera organizada a través de sus agentes: terapeutas, parteras, promotores y sobadores; además, poseen sus propios métodos de diagnóstico (ceremonias en las que participan los especialistas con una serie de elementos).

Entonces, hay un grupo social con un modo de vida específico (cultura) que tiene instituciones (lugares en las que se practica la medicina) con personas que conforman el equipo de salud (curanderos, chamanes, médicos tradicionales, entre otros), las cuales establecen criterios específicos (tratamientos) ante condiciones particulares (diagnósticos), con cursos estimados (pronósticos) y técnicas de evaluación para observar la distancia entre el comportamiento esperado y el comportamiento real de los pacientes respecto de las prescripciones establecidas (seguimiento). Estas relaciones establecidas entre diagnóstico-

tratamiento-pronóstico-seguimiento se derivan de clasificaciones nosológicas, etiológicas y semiológicas particulares, y son considerados verdaderas y válidas por las personas que viven en las sociedades en las que se practican estos sistemas.



## **7. Marco Metodológico**

### **7.1 Estudios de alcance Exploratorio de revisión documental**

Cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

Tal sería el caso de investigadores que pretendieran analizar fenómenos desconocidos o novedosos como: una enfermedad de recién aparición, una catástrofe, etc., estos estudios son como realizar un viaje a un sitio desconocido, del cual no hemos visto ningún documental ni leído algún libro. Valor: Ayuda a familiarizarse con fenómenos desconocidos, obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o surgir afirmaciones y postulados (Hernández Sampieri, 2014).

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.

### **7.2 Enfoque**

Cualitativo, debido a que esta investigación se fundamenta en la revisión documental de literatura, donde se registrara el número de documentos sobre la interculturalidad en salud en la población infantil indígena en Colombia.

### **7.3 Tipo de Estudio**

Descriptivo una revisión de la literatura, ya que no se intervino en el estudio, solo se limitó a observar y describir las características fundamentales de las variables que se eligieron en el diseño del estudio, en este caso, se identificaron las estrategias de los modelos biomédicos e indígenas presentes en las intervenciones de interculturalidad en salud en población infantil indígena en Colombia.

### **7.4 Método**

Deductivo, el cual ofreció recursos para unir la teoría y la observación, además de que permitió a los investigadores deducir a partir de la teoría los fenómenos que se observaron. Las deducciones hechas a partir de la teoría pueden proporcionar hipótesis que fueron parte esencial de la investigación científica.

### **7.5 Procedimiento**

Se realizó una búsqueda en las bases de datos propuestas, se consignó la información encontrada en una matriz realizada en Excel, la cual se clasificó por categoría, nombre del artículo, autor, tipo de estudio, año de publicación, país de publicación, resumen.

Posteriormente se analizó la información teniendo en cuenta las categorías seleccionadas para el estudio y se recopiló la información con el fin de mostrar la evidencia de los estudios que se realizaron.

### **7.6 Diseño**

Documental, considerando que la fuente principal de información fueron los documentos que representaron la población de estudio, además porque el interés de los investigadores fue analizarlos con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados.

## **7.7 Población y muestra**

### **7.7.1 Población.**

Por el tema a tratar, se tuvo una preferencia por estudios etnográficos y de investigación acción participación, debido a que son los estudios que vincula a la comunidades y por tanto los modelos de salud diferentes a de sistema de salud colombiano, esto no excluyo otros tipo de investigaciones, como las investigaciones realizadas en las Universidades como trabajo de grado que presentan estrategias de interculturalidad en salud de población infantil indígena desde el modelo tradicional.

Los artículos se rastrearon con la siguiente palabra clave: de interculturalidad en salud, población indígena, y Colombia, actividad que se realizó en los idiomas inglés, portugués y español que se obtuvieron de las bases de datos scielo, medline, hinari, science direct, relacionados con interculturalidad en salud en población infantil indígena encontrando un total de 53 articulos que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **7.7.1.1. Criterios de Inclusión.**

- Artículos con temas relacionados a la Población Infantil Indígena y su Interculturalidad en Colombia del año 2010 a la fecha.
- Artículos de revistas indexadas o de soporte documental acerca de la Interculturalidad de la Población Indígena Infantil en Colombia.

#### **7.7.1.2. Criterios de Exclusión.**

- Artículos con fechas superiores a diez años, mayores al 2010.
- Las experiencias anecdóticas sobre el tema de la Interculturalidad.
- Información de artículos de periódicos.

### **7.7.2 Muestra.**

Muestreo a conveniencia donde se seleccionaron 23 artículos indexadas a partir de 1991 consultado de las bases de datos como scielo, medline, hinari, science direct, con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión de la literatura.

También tesis de grado y documentos que mostraron desde el modelo indígena los planes de vida y en especial, las estrategias de interculturalidad en salud en población infantil indígena en Colombia.

### **7.8 Fuentes de información**

- Artículos de revistas científicas y académicos completos.
- Artículos publicados a partir de 1991.
- Tesis de grado a partir del año 1991.
- Documentos generados por organizaciones o Instituciones reconocidos por la sociedad.

### **7.9 Técnicas e instrumentos**

Para cada estudio se realizarán una lectura independiente y se diligenciará los siguientes datos en una ficha de elaboración propia: título, autor/es, lugar de búsqueda, tipo de documento, año de publicación, objetivo, palabras clave, fuente, metodología, descripción/resumen, contenidos, conclusiones.

Posteriormente se diseñará una base de datos en Open Office versión libre donde se ubicó la información contenida en la ficha.

**MATRIZ DE LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

<b>TITULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>REVISTA</b>	<b>VOLUMEN</b>	<b>NUMERO</b>	<b>AÑO</b>
Cosmovisión del pueblo indígena Nasa en Colombia: Reducción integral de los riesgos, la unificación y desarrollo sostenible	Secretaría General de la Comunidad Andina	Secretaría General de la Comunidad Andina.			1994 – 2009
Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes	Camilo Noreña-Herrera, René Leyva-Flores, Lina Sofía Palacio-Mejía, María Beatriz Duarte-Gómez.	Cad. Saúde Pública	31	12	2015
La salud en la cosmovisión de una comunidad indígena Retos educativos con perspectiva intercultural.	María Clara Quintero Laverde, Oswaldo Ospina Mejía, Olga Patricia Torrado Cote, María del Carmen Urrea González, Sonia Carolina Díaz Carrero.	Revista De la Universidad de la Sabana			2010
Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia	Jaiberth A. Cardona-Arias	Revista de Salud Pública	14	4	2012
Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública	Carlos Hernández-Girón, Emanuel Orozco-Núñez, y Armando Arredondo-López	Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México			2012

Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos	Ana María Oyarce	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)			2010
Problemática de salud indígena en puerto Carreño-Vichada	Andrés Alejandro Mireles Acevedo	Politécnico Grancolombiano			2011
Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas en Brasil	Wilson Alecrim	Instituto de Medicina Tropical del Amazonas Brasil	3	1	2001
Diálogo Intercultural y Políticas de Salud en la Comunidad Indígena de Cartagena Departamento del Amazonas	Diana Marcela Prieto Romero	Universidad Nacional de Colombia			2014
Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana	MSc. Jaiberth Antonio Cardona Arias	Revista Cubana de Salud Pública		39	2013
Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas	Stella Maris Orzuza	Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura		5	2013
Los pueblos indígenas en Colombia derechos, políticas y desafíos	Unicef, Oficina de Área para Colombia y Venezuela Bogotá, D.C., Colombia	ACNUR			2003
Prácticas modelo en salud intercultural	Javier Mignone, Judith Bartlett, John O'Neil	Revista Ciencias Salud	1	1	2006
Perspectivas y retos de la salud indígena en Colombia	Guillermo Alfonso Maldonado Sierra	Revista Nova et Vetera	2		2016
La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento	Susana Carolina Guzmán-Rosas	Revista SCIELO			2016

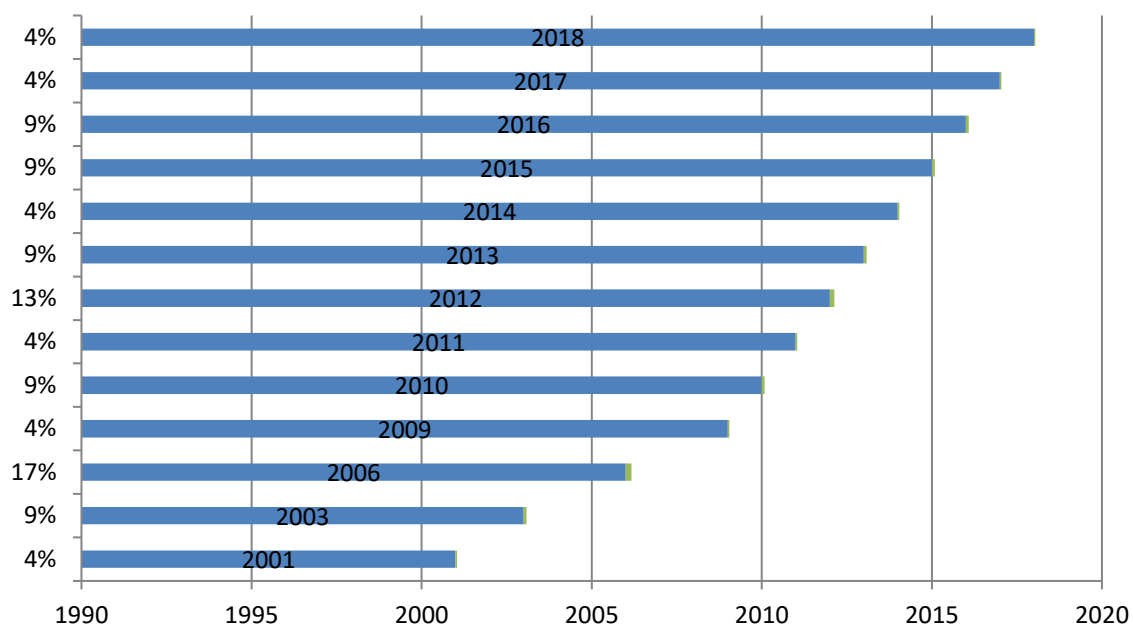
Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena	Felipe Nayip Hasen Narváez	Ciencia Y Enfermería	18	3	2012
Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales	Ana M Alarcón M, Aldo Vidal H, Jaime Neira Rozas	Revista Médica Chile	131	9	2003
Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas, Gerardo Fernández Juárez. Ediciones Abya-Yala, 2004, pp. 350, Quito, Ecuador	Carlos Madariaga, Vivian Gavilán, Patricia Viguera y Vesna Madariaga	Chungará (Arica)	38	1	2006
Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia	Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Dr. Yennifer Rivera-Palomino, MSc. Jaime Carmona-Fonseca	Revista Cubana de Salud Pública	41	1	2015
El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México	Omar Chávez Victorino, Claudio Antonio Carpio Ramírez.	Revista Latinoamericana de Bioética	18	2	2018
Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta	Sergio Lerín Piñón	Revista SCIELO - Desacatos	16-15		2004
Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos	Paula Tatiana Castillo-Santana, Elkin Daniel Vallejo-Rodríguez, Karol Patricia Cotes-Cantillo Carlos Andrés Castañeda-Orjuela	Saúde e Sociedade	26	1	2017
La división entre el conocimiento medicinal local y la medicina occidental. Caso de estudio entre los Tsimane' en la Amazonía Boliviana	Laura Calvet Mir	Revista de antropología	7		2007





## Resultados

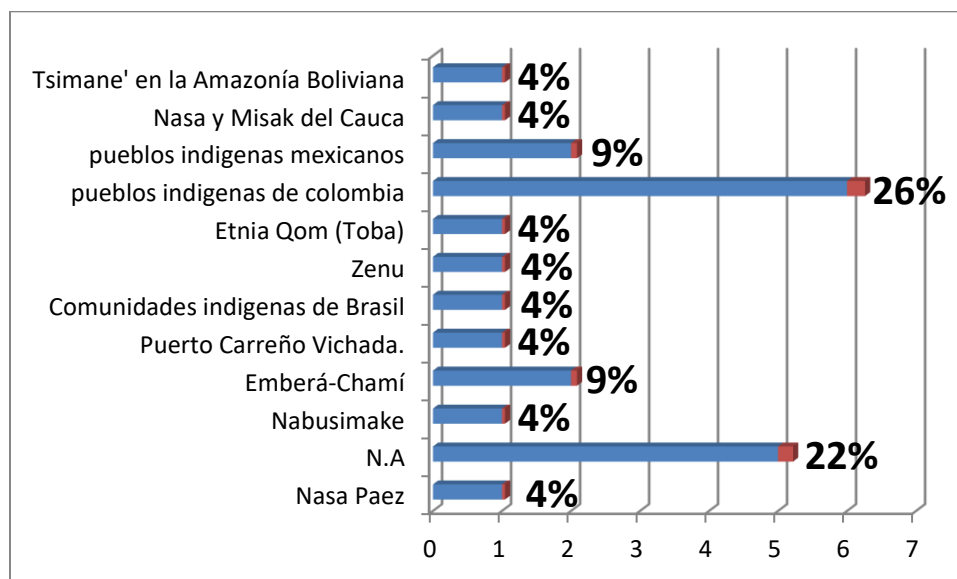
### ANÁLISIS DE RESULTADOS



**Grafica 1. Año de Publicación**

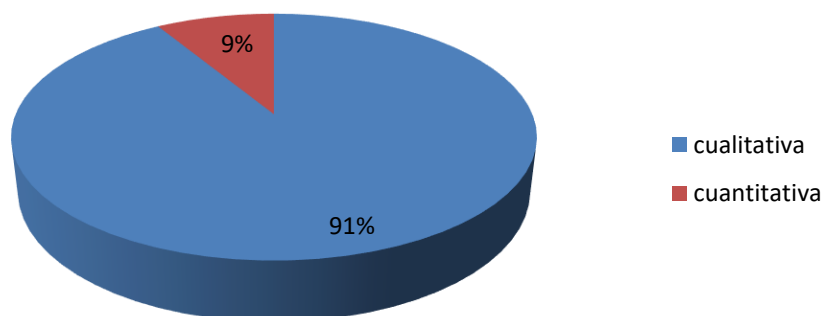
En la gráfica 1, se puede concluir que las diferentes comunidades indígenas predominantes que trabajaron los diferentes estudios que se revisaron, corresponde en un 57% a comunidades indígenas colombianas, seguidas de un 22% que no especificaron, y un 17% a comunidades de América Latina.

**Gráfica 2. Comunidades Indígenas Predominantes**



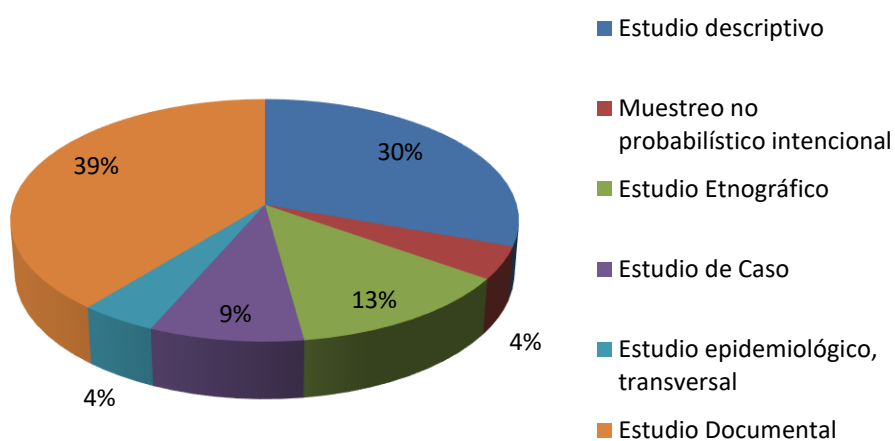
En la gráfica número 2, referente al año de publicación, se revisaron 4 artículos que corresponden al 17% publicados en el año 2006. Para el año 2012, 3 artículos que representan el 13%, y 10 artículos equivalentes al 9% correspondientes a los años 2003, 2010, 2013, 2015, y 2016. Y finalmente se revisaron 6 artículos que representan el 4% para los años 2001, 2009, 2011, 2014, 2017 y 2018.

**Grafico 3. Metodología Utilizada**



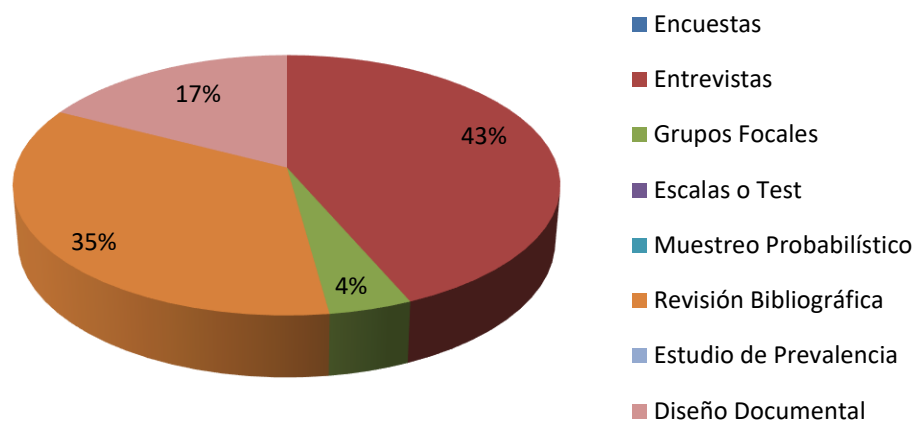
En la gráfica, la N° 3, referente a la metodología utilizada, el 91% es representado por 21 documentos, que corresponde a la de tipo cualitativo, mientras que un 9% que son 2 artículos aplica al tipo cuantitativo.

**Gráfico 4: Tipo de Estudio**



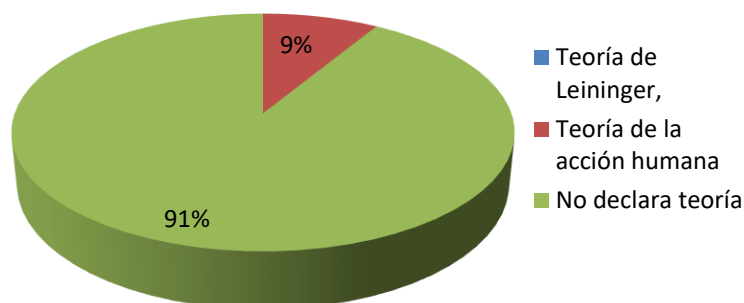
En cuanto al tipo de estudio, en la gráfica N° 4, se encontraron 9 de tipo Documental que corresponden al 39%, seguidos de 7 documentos de tipo descriptivo, que representan el 30%, seguido de estudio etnográfico con un 13% que equivale a 3 estudios, seguido de un 9% para estudios de caso que son 2 estudios y por último con un 4% para muestreo probabilístico intencional y estudios epidemiológicos transversales que corresponden a 1 respectivamente.

**Grafico 5: Técnicas para la recolección de datos**



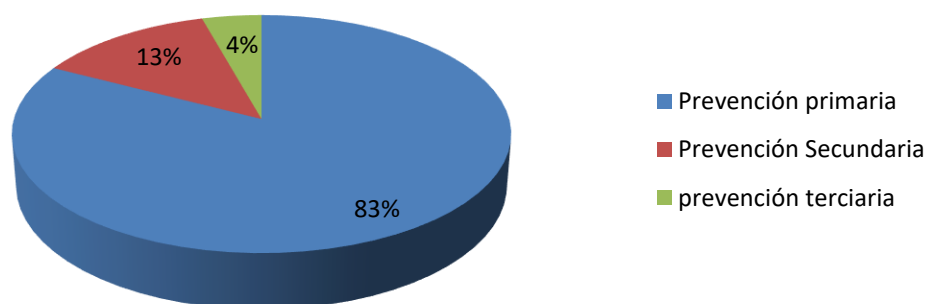
Como se puede observar en la última gráfica, la número 5, de Técnicas para la recolección de datos, que las entrevistas representadas en un 43%, es la técnica más utilizada aplicada en 10 estudios, seguida de la revisión bibliográfica, con un 35% que equivale a 8 estudios, mientras que el diseño documental corresponde al 17% con 4 estudios y finalmente con 1 estudio están los grupos focales que representan el 4%.

**Grafica 6: Teoría De Interculturalidad**



De la gráfica anterior se puede concluir que del total de los documentos revisados, las teorías de interculturalidad predominantes son: teoría de la acción humana con un 9% equivalente a (2) artículos, no declaran teoría con un 15%, equivalente a (21) artículos; esto permite evidenciar que la mayoría de la literatura revisada sobre salud intercultural, no declara específicamente una teoría.

**Grafica 7: Promoción y prevención en salud**



En la gráfica N° 7 se muestra la Prevención en salud un 83% corresponde a la prevención primaria, esta se define en términos de salud pública como una prevención etiológica, es decir, actuaciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos. Comprende las actividades dirigidas a evitar la aparición del factor de riesgo, mientras un 13% es una prevención secundaria, esta busca reducir el impacto del factor de riesgo una vez desarrollado, por medio de la detección precoz y su tratamiento, y en un 4% corresponde a prevención terciaria para reducir las complicaciones o efectos de una determinada enfermedad; con el fin último de mejorar la calidad de vida de las personas.

## DISCUSIÓN

### **CREENCIAS O PRÁCTICAS INDÍGENAS EN SALUD:**

El concepto de salud, en estos pueblos es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente, para los indígenas el diálogo es la interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos (animales, espíritus, plantas), para los no indígenas es solo una interacción entre humanos con respeto, transparencia y sinceridad. La medicina tradicional no presenta barreras de tiempo, espacio y se reconocen los saberes de los individuos, así mismo reconocen que el diálogo se desarrolla en diferentes espacios como la chagra, maloca y balsas.

La interculturalidad en salud fomenta el desarrollo y evolución de las culturas, es fundamental para poblaciones indígenas por la complejidad o desconocimiento de sus determinantes histórico-culturales, fortalece la diversidad cultural, reduce la desigualdad social, genera enriquecimiento mutuo, rescata el saber ancestral y los valores indígenas, mejora los programas de atención primaria en salud y promueve el equilibrio físico, mental y espiritual del individuo, la comunidad, la cultura y la naturaleza, es decir, la armonía entre hombre-espíritu, hombre-familia, hombre-grupo social y hombre-naturaleza.

Según la OMS, al menos un 80 % de la población de los países en desarrollo utilizan los sistemas curativos tradicionales indígenas como principal fuente de atención sanitaria, dado que la medicina ofrecida en los centros de salud, presenta un desconocimiento de las tradiciones de la comunidad indígena y no es suficiente para el cubrimiento en salud de toda la población indígena.

Algunas de las comunidades indígenas mezclan tratamientos farmacéuticos y plantas medicinales, pero aún muestran más confianza en las plantas medicinales. Los practicantes de salud locales y los doctores muestran voluntad de cooperación entre ellos.

En algunas comunidades indígenas existe cierta tensión respecto a si la medicina tradicional debe o no practicarse dentro de los ámbitos de salud occidental, Emberá-Chamí: presenta elementos comunes con otros, como:

1. Actores organizados jerárquicamente; 2. Conceptos mágico-religiosos que sustentan la causalidad de las enfermedades;

3. Las parteras en la mayoría de comunidades utilizan medicinas y reglas alimentarias para prevenir problemas en el trabajo de parto, preservar la salud del feto y la madre, y evitar que el cuerpo sufra transformaciones indeseadas (manchas en piel y grietas pies y abdomen);

4. Los rezanderos fundamentan sus curaciones en rezos a Madre naturaleza, los cuales son aprendidos de los parientes;

5. El chamán es el máximo nivel de evolución espiritual quien conoce todas las técnicas curativas (plantas medicinales, rezos, ritos) y protege y orienta la vida espiritual del resguardo;

6. La función de la naturaleza como ente que brinda las energías que en el acto curativo se trasladan al paciente;

7. Reciprocidad de las relaciones médico-paciente-naturaleza;

8. Atribución de la enfermedad a aspectos que trascienden lo físico.

## 9. Humildad ante las plantas, reconociendo que son ellas las que curan.

comunidad Arhuaca: El Mamo, figura ancestral, representa la sabiduría y la tradición, promueve la armonía y la preservación de tradiciones, valores y costumbres y representa la persona de la comunidad que sabe más de salud. Este valor es superior al dado por los médicos que vienen a prestar servicio social obligatorio.

Para nosotros la madre tierra es como la primera casa, es la primera madre, por la cual nosotros tenemos el deber espiritual de proteger, cuidar y preservar. Si la madre tierra se enferma, todo lo que esté a su alrededor, también se enferma. De ahí que nosotros la miramos como la armonía en el equilibrio, la miramos como algo integrado a nosotros; si algo le ocurre a la montaña, si algo le ocurre al agua, también nos va a afectar a nosotros.

Los arhuacos nos enfermamos cuando se pierde la armonía, que es la paz con la naturaleza, también cuando uno se porta mal. Cuando hay enfermedad es porque hay una deuda pendiente, hay que limpiarse, es una deuda, como ser infiel, ahí la persona se confiesa con el Mamo en una ceremonia, entonces queda limpio”.

“Antes de bautizar al bebé hay que realizar el zurro, que consiste en poner al niño en contacto con toda clase de alimentos que va a consumir durante toda la vida”.

“Para la diarrea de los niños uso manzanilla o matricaria, se lleva al médico, si no mejora, se hace un pagamento, también lo ve el Mamo. Cuando hay enfermedad, es porque hay una deuda pendiente, hay que limpiarse. Es una deuda, la persona se confiesa con el Mamo en una ceremonia, entonces queda limpia...”.



La placenta, que ha sido durante nueve meses la que da la vida a un nuevo ser, debe volver a la madre tierra, no de cualquier manera, debe ser guardada dentro de una calabaza y enterrada. En la ciudad no hacen todos los preparativos para cuando nace el niño”

#### Modelo de atención indígena y creencias o prácticas indígenas en salud comunidad NASA

Los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Recuperación de la medicina tradicional a través del fortalecimiento del thë wala (médico tradicional) hombre sabio, consejero político, alquimista espiritual de lo natural y de prácticas rituales anuales como la çxha puç (época de ofrenda), el saakhelu (ritual de la semilla), la kúcxwala a´te (época del negro grande), y la kwet wuwu (armonización del bastón).

#### **MODELO DE ATENCIÓN INDÍGENA**

Un modelo de salud construido en conjunto con las comunidades y los nuevos actores del sistema de salud del país en un Inter juego con los demás sectores del área social teniendo en cuenta las peculiaridades sociales y culturales y que contribuya a mejorar efectivamente las condiciones de bienestar de las comunidades indígenas; tal modelo debe basarse en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad y participación comunitaria enmarcados dentro del Sistema general de seguridad social en salud. Este se busca implementar acordes con las especificidades de las comunidades indígenas, visibilizar los beneficios de la etnomedicina, preparar a los servicios de salud para tolerar las diferencias culturales, fomentar la investigación en medicina tradicional, aumentar su uso, comprender cómo los dos sistemas

médicos pueden comunicarse y organizar servicios de salud interculturales. Todo ello, en coherencia con el reconocimiento de que los pueblos indígenas tienen un valioso cúmulo de prácticas y conocimientos para lograr la interculturalidad en salud, relacionados con el cuerpo humano, las interacciones sociales, la convivencia con la naturaleza y la relación con seres espirituales.

Lo que se denomina Kùme Mongen (o Buena Vida) es el resultado del equilibrio entre la persona, el medio ambiente y lo sobrenatural, integrando este enfoque en el modelo armonía-desarmonía, en donde la salud se mantiene como una interdependencia entre los elementos antes mencionados. Ese equilibrio se permite a través de la estructuración de tres elementos: la salud, el desarrollo y la equidad, en este contexto, la salud se pierde cuando existe una transgresión o desequilibrio entre alguno de los tres elementos. Los principales problemas en el sector salud en las comunidades indígenas se concentran en la desnutrición, los altos índices de morbimortalidad, el desconocimiento de su cultura médica y la dificultad para que se cubra a toda la población indígena con los servicios de salud que les son necesarios

En muchos de los territorios se conservan tradiciones como es el manejo de plantas medicinales para curar muchas desarmonías, asimismo se acude a ellos(as) cuando se tienen problemas de salud, antes de ser remitido a los médicos occidentales. ambos ejes conceptuales, no debieran parecer ajenos o extraños a la práctica médica, ni tampoco implicar una carga para el profesional de salud dado que se fundamentan en los actuales principios de bioética médica expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la cultura propia

## **MEDICINA MODERNA**

La cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolla la enfermedad, para que la salud intercultural sea un hecho es necesaria la participación real y no tutelada de los verdaderos actores sociales de las comunidades, este modelo aún no satisface las necesidades de los enfermos por tanto, doctores, hospitales, fármacos proliferan nuevas nosologías y taxonomías.

En 1978, la Declaración de Alma Ata definió la atención primaria como, la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universal, accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener

La integración del sistema indígena y occidental, aún con las distintas modalidades, resulta en una mayor confianza de los usuarios indígenas hacia el sistema de salud al ver que sus valores, creencias y cultura son respetados. Los sistemas educativos de médicos y otros profesionales de la salud con importantes poblaciones indígenas carecen de contenidos relacionados con la sensibilidad cultural y con el entendimiento de la cosmovisión indígena de salud que trasciende el marco utilizado en la occidental, puesto que de lo que se trata es poder integrar tanto los elementos físicos y biológicos con el ámbito psicológico. Se trata, entonces, de que la práctica médica reconozca que los actores sociales perciben y conciben su falta de salud/enfermedad, que puede ser radicalmente opuesta a las explicaciones científicas. Un

principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas

## **ESTRATEGIAS EN SALUD**

Es necesario reconocer que las acciones de la atención primaria de salud se dan en contextos culturales diferenciados en constante interacción, por ello se requiere un reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de sistemas de salud tanto occidental como indígena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos. En la formulación de los Planes de Salud Pública regionales, la Autoridad Sanitaria Regional debe velar por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena.

Las estrategias con enfoque intercultural en salud tienen al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad en donde las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo,

promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que el modelo surge.

El pobre reconocimiento del saber médico tradicional por parte del sistema occidental debido a la existencia de expresiones y acciones que cuestionan la validez, adecuación y eficacia de las prácticas tradicionales, respecto al cuidado de la salud de la madre y el niño. Por ello, la importancia de capacitar a médicos y parteras tradicionales con el fin de disminuir los riesgos durante la atención materno infantil o lograr el acatamiento de las madres indígenas a las prácticas y estrategias de cuidado occidentales con capacitaciones dirigidas por especialistas en enfoque intercultural en los servicios de salud, formando un grupo sólido y numeroso de facilitadores dentro de los servicios , capaz de incidir en la modificación de las rutinas negativas, de las malas prácticas y de los prejuicios que el personal de salud tiene hacia la población indígena y viceversa.

## CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica realizada nos permite evidenciar, que el tema de la Salud se ha convertido en un flagelo de inconformismo para las comunidades indígenas, donde han sido vulneradas en comparación con otros grupos, lo que implica la necesidad de nivelar sus actuales estándares en salud, medidos en términos de la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud y se refleja la necesidad que tiene las poblaciones indígenas de tener una integración de los modelos de salud, en donde resalte el arraigo cultural, como recurso de mayor eficacia ante situaciones de salud y complemento a la medicina occidental.

Los artículos muestran un gran esfuerzo por comprender las prácticas en el ámbito de la salud e interculturalidad en varios países, con amplia visión desde lo tradicional y occidental, con la finalidad de prevenir problemas de salud, a través de la capacitación y sensibilización tanto de las comunidades como de los agentes de salud oficial en temas de salud intercultural, puesto que no basta sólo con la sensibilización de los profesionales, también se hace necesario una real capacitación en un contexto interdisciplinario para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo indispensable en las zonas indígenas para mejorar la relación médico-paciente.

Este trabajo permite concluir que los sistemas no funcionan en oposición, por el contrario, se debe integrar los diferentes modelos, adaptarlos a cada comunidad indígena, respecto a su cosmovisión e incluir las tradiciones a la medicina occidental y así llegar a intervenir la situación de salud en los distintos niveles de prevención y promoción para prácticas seguras que garanticen una calidad de vida.

Es posible construir nuevas prácticas en salud, entre las cuales la interculturalidad constituye una de las más importantes, en la medida en que nos llama al desafío de ampliar nuestra propia cultura, evidenciar nuestra posición en las relaciones de poder e intentar construir nuevas relaciones humanas que incorporen una mirada integral sobre cada uno de los tres componentes de la ecuación salud-enfermedad-cuidado, esta perspectiva ha ido ganando poco a poco espacio, tanto en el ámbito del marco legal, como en la materialización de proyectos educativos, culturales y de salud que incorporan políticas públicas en los servicios de salud.

## 8. Bibliografía

- Berche AS, García am, Mantilla A. Los derechos en nuestra propia voz. Pueblos indígenas y DESC: una lectura intercultural. Bogotá: ILSA; 2000.
- Chaves Victorino Omar, Carpio Ramírez Claudio Antonio. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *rev.latinoam.bioet.* vol.18 no.2 Bogotá July/Dec. 2018.
- Claeson. M and Waldman J. La evolución de los programas de salud infantil en los países en desarrollo: el punto de mira se desplaza de las enfermedades a las personas. *Bull World Health Organ* [online]. 2000, v. 78, n. 10, pp. 1234-1245. ISSN 0042-9686.
- Departamento Nacional de Estadística, 2006. 6 entre los que se mencionan a los andaki, jupdu, yujup, kichwa, macusa, mokana, pacabuy, quillacinga, tama, tinigua, wipipi, yamalero, yari y yaruro. Ver informe en IPEC (Programa Internacional para la Erradicación del trabajo infantil). Colombia OIT (Organización Internacional del Trabajo), 2009a. 8 Arango y Sánchez, 2006: 36 (65). 9 ONIC (Organización Nacional Indígena de Colombia), 2008c: 16. 10 *Ibíd.*: 44 (50). 11 DANE, 2006: 37. 12 Arango y Sánchez, 2006: 38 (67). 13 ONIC, 2007a: 16.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce, “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las Metas del Milenio”. *Notas de Población*, 79. CEPAL/CELADE, Santiago, Chile. 2005
- Haws R, Castillo C. Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en región Latinoamérica y el Caribe. Marzo 2004:16. [www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf](http://www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf).



División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud, Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1997.

Donato Pérez Antonio. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2014 Oct 6]; 22(2): 1-2. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434661996000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000200001&lng=es)

Herrera López Astrid Berena, 2018 Análisis de Situación de Salud (ASIS), recuperado el 12 de Agosto 2020 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

Hadad Hadad JL, Valdés Llanes E. La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2015 Mar 20]; 36(3): 235-248.

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar (2014), Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill.

HSP/HSO. Seminario Taller '93, Winnipeg, Canadá.-Los pueblos indígenas y la salud. Documento base, 1993.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662010000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000300008&lng=es)

Jaiberth, A. Cardona-Arias. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. Recuperado 05 de Septiembre de 2020. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08.pdf>

Minsalud, recuperado Septiembre 05 de 2020

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>

Minsalud, 2020 <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>

Minuchin, S. familia y terapia familiar. Barcelona: Gedisa. 1974.

Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Manual de procedimientos Estudio Etnográfico Focalizado de las infecciones respiratorias agudas, 1994.

Organización Mundial de la Salud. -Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.3.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004. Peña S, Romero Martha. Percepción de salud-enfermedad en los cuidadores intrafamiliares de los menores de cinco años en una localidad de Bogotá-Colombia. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. <http://www.index-f.com/para/n2/099.php>.

Organización Panamericana de la Salud- Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. 2008: 35-40.

Peña & Paco, 2007.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832007000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832007000100012&script=sci_arttext)

Pinzón Quevedo Emily Johana Relato De La Experiencia Título De Magister En Educación, Universidad Pedagógica Nacional Facultad De Educación, 2012. Tomado De

<http://repositorio.pedagogica.edu.co/xmlui/bitstream/handle/123456789/96/TO-15329.pdf?sequence=1>

Salaverry, Oswaldo. Inreculturalidad en salud, 2010. Recuperado Septiembre 05 de 2020

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>).

Page, Jaime Tomás. “Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México”. [http:// www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf)

Xiaorui Zhang- Medicina tradicional, Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica EDM. OMS/Ginebra 2015. [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)

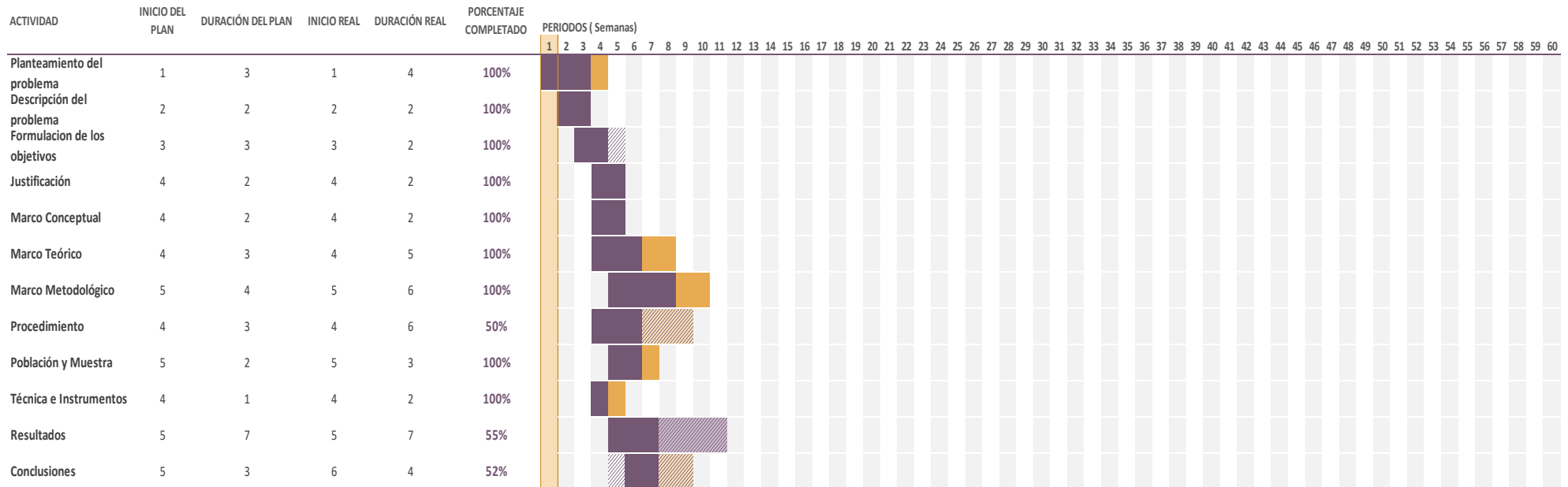
Zolla, Carlos y Zolla Márquez, Emiliano, Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas. México, UNAM, 2004. Recuperado 05 Septiembre de 2020.

[http://www.nacionmulticultural.unam.mx/100preguntas/pregunta.php?num\\_pre=25](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/100preguntas/pregunta.php?num_pre=25)

# CRONOGRAMA

Periodo resaltado: 1

- Duración del plan
- Inicio real
- % Completado
- Real (fuera del plan)
- % Completado (fuera del plan)



## PRESUPUESTO

<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>LA INTERCULTURALIDAD Y LOS MODELOS BIOMEDICOS EN LA POBLACION INFANTIL INDIGENA COLOMBIANA</b>
----------------------------	---

Costos Directos	\$ 22.315.500,00			<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>		<b>\$ 23.215.500,00</b>
Costos Indirectos	\$ 900.000,00					
<b>RECURSO</b>	<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>NUMERO DE UNIDADES</b>	<b>PRECIO UNIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	
<b>EQUIPOS</b>	COMPUTADOR	DIA HABLES	4	\$ 2.000.000,00	\$ 8.000.000,00	
<b>PERSONAL</b>	SALARIO PROFESIONAL	DIA HABIL	4	\$ 3.000.000,00	\$ 12.000.000,00	
<b>IMPRESORA</b>	MULTIFUNCIONAL	DIA HABIL	1	\$ 450.000,00	\$ 450.000,00	
<b>SOFTWARE ANALISIS</b>	SPSS	DIA HABIL	1	\$ 1.600.000,00	\$ 1.600.000,00	
<b>PAPELERIA</b>	GENERAL	RESMA	1	\$ 12.000,00	\$ 12.000,00	
<b>DEPRECIACION EQUIPOS</b>	IMPRESORA Y COMPUTADOR	DEPRECIACION	3%		\$ 253.500,00	
				<b>TOTAL</b>	<b>\$ 22.315.500,00</b>	
<b>SERVICIOS PUBLICOS</b>	AGUA ENERGIA E INTERNET	DIA HABIL	3	\$ 50.000,00	\$ 900.000,00	
				<b>TOTAL</b>	<b>\$ 23.215.500,00</b>	