

UN MODELO DE SALUD INTERCULTURAL

BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD,

CONSTRUIDO

CON EL PUEBLO INDÍGENA
AWÁ DE NARIÑO,
COLOMBIA

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ



Editorial
Universidad de Nariño



Editorial
Universidad de **Nariño**

**UN MODELO DE SALUD
INTERCULTURAL**
BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD,
CONSTRUIDO
CON EL PUEBLO INDÍGENA
AWÁ DE NARIÑO,
COLOMBIA

**UN MODELO DE SALUD
INTERCULTURAL**
BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD,
CONSTRUIDO
CON EL PUEBLO INDÍGENA
AWÁ DE NARIÑO,
COLOMBIA

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ



Editorial
Universidad de Nariño

Casas Cruz, Harold Mauricio

Un modelo de salud intercultural basado en atención primaria en salud, construido con el pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia / Harold Mauricio Casas Cruz. -- 1ª. ed. -- San Juan de Pasto :

Editorial Universidad de Nariño, 2022

162 p. : il. col., tablas

Incluye bibliografía p. 155-158 y datos del autor p. 159

ISBN: 978-628-7509-62-7 Digital

1. Atención integral en salud--Pueblo Awá--Ricaurte (Nariño) 2. Medicina tradicional 3. Atención primaria en salud--Indígenas--Ricaurte (Nariño) 4. Atención intercultural en salud--Pueblo Awá--Ricaurte (Nariño) 5. Mortalidad

W84.5 C335 - National Library of Medicine Classification



Sección de Biblioteca
"Alberto Quijano Guerrero"

Un modelo de salud intercultural basado en atención primaria en salud, construido con el pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia

© Harold Mauricio Casas Cruz

ISBN: 978-628-7509-62-7 *Digital*

Primera edición

© Editorial Universidad de Nariño

Corrección de estilo: Ana Cristina Chávez López

Diseño de portada: Heidi Vanessa Casas Hernández

Diagramación: Jhoyman Steven Erazo

Fecha de publicación: Febrero de 2022

San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin la autorización escrita de su Autor o de la Editorial Universidad de Nariño.

Dedicatoria - Agradecimientos

Al Pueblo Indígena Awá de Nariño, Colombia, especialmente a esa mujer indígena Awá del resguardo Nulpe Medio – Ricaurte, a quien prácticamente vi fallecer en mis manos sin poder hacer mas acciones para salvar su vida, a los niños, niñas y demás indígenas Awá que han muerto por falta o inoportunidad en la atención integral en salud.

A mi esposa e hijos, a quienes amo profundamente – la esencia de mi vida, de mis sueños, de mis aspiraciones y logros, a mis padres, hermanos, demás familiares y amigos que hicieron posible llegar a este punto de mi vida profesional.

Al Instituto Nacional de Salud Pública de México, docentes, directora y asesores de tesis, que me dieron la oportunidad de estudiar y guiaron mi formación Doctoral. Mi eterno agradecimiento a todos Ustedes; será con mi trabajo como médico y salubrista para evitar que los Awá y otros Colombianos sigan muriendo por las inequidades y exclusión de nuestro sistema de salud, que pagaré a todos Ustedes su enorme contribución.

Mil Gracias



Contenido

Introducción	13
El problema	18
Algunos precedentes del problema	21
El principal eje del problema: el modelo de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS de Colombia	22
Las barreras para la prestación de servicios de salud en el municipio de Ricaurte, Nariño, parte del problema	24
Contexto general de la situación del pueblo Awá	26
<i>Ubicación geográfica</i>	26
<i>Aspectos demográficos del municipio de Ricaurte, Nariño</i>	27
<i>Análisis de la situación del sector educativo en el territorio Awá</i>	28
<i>Análisis de la situación de salud del pueblo Awá</i>	29
<i>Mortalidad materna en el municipio de Ricaurte Nariño</i>	30
<i>Mortalidad neonatal</i>	34
<i>Mortalidad infantil</i>	37
<i>Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda</i>	41
<i>Situación nutricional del municipio de Ricaurte Nariño</i>	43
Qué se pretende alcanzar con el estudio.	48
Los objetivos, piezas fundamentales	49
Metodología	49
<i>Diseño</i>	51
<i>Participantes en la investigación</i>	52
<i>Técnicas de recolección de información</i>	53
<i>Observación participante</i>	53
<i>Entrevista a informantes clave</i>	54
<i>Grupos focales</i>	55

<i>Grupo de discusión</i>	57
<i>Proceso de la investigación</i>	58
<i>Análisis de la información</i>	61
<i>Elementos éticos y bioéticos</i>	63
Fundamentos teóricos de interés para la construcción del modelo	64
Atención primaria en salud.....	65
Funciones esenciales de la atención primaria en salud.....	66
Funciones secundarias de la atención primaria en salud.....	67
Funciones de salud pública de los equipos de salud.....	69
<i>Interculturalidad en salud</i>	69
<i>Cosmovisión y medicina tradicional de los pueblos indígenas</i>	70
Los determinantes sociales de la salud.....	72
Lineamientos recientes del ministerio de salud y protección social relacionados.....	73
<i>El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021</i>	74
<i>Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud en Colombia</i>	77
<i>Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Resolución 429 de 2016</i>	79
Resultados	86
Primer apartado.	
Concepción de territorio, organización sociocultural, situación de la educación y la salud en el territorio.....	88
Segundo apartado.	
Capítulo de resultados: cosmovisión de la vida y la salud para los indígenas Awá.....	92
<i>Cultura de la salud Awá: enfermedades espirituales o enfermedades propias, medicina tradicional y agentes propios de salud</i>	94
<i>La medicina tradicional del pueblo Awá</i>	94
<i>Usos, costumbres, creencias y prácticas culturales durante la gestación, el parto y el puerperio Awá</i>	97
<i>El parto Awá</i>	99
<i>Percepción de los indígenas Awá sobre las principales causas de enfermar y morir en su pueblo</i>	102
<i>La vivienda Awá y el saneamiento básico</i>	104
<i>Aspectos nutricionales del pueblo Awá</i>	106
<i>Modelo actual de atención en salud en Ricaurte Nariño</i>	107
<i>Percepción de los indígenas Awá sobre la atención institucional de salud</i>	110

<i>Aproximación a una versión de los determinantes sociales de la salud para los indígenas Awá, desde su propia cosmovisión de la vida y la salud</i>	113
<i>Problemática de los DSS del pueblo Awá de Nariño</i>	116
<i>Propuestas de los indígenas Awá de Nariño, Colombia:</i>	119
<i>Modelo de atención intercultural en salud, basado en APS y DSS</i>	119
<i>Propuesta para la atención intrahospitalaria y atención extra mural permanente en los resguardos</i>	120
<i>Audio entrevista a una mujer comunera de un resguardo</i>	122
<i>Definición y filosofía del modelo de atención intercultural en salud con base en APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia</i>	123
<i>Estrategias de operación del modelo</i>	125
<i>Líneas de intervención prioritarias del modelo</i>	129
<i>Costos de funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios de Salud</i>	132
<i>Fuentes de los recursos</i>	133
Discusión	145
Recomendaciones	149
Referencias	155
Sobre el autor	159



Lista de tablas

Tabla 1. Proyecciones de población de Ricaurte, Nariño, grupos quinquenales 2015.....	27
Tabla 2. Comparativo Mortalidad Materna en Pasto, Ricaurte y Nariño, 2008-2014.....	31
Tabla 3. Comparativo: comportamiento del embarazo por grupos de edad en el departamento de Nariño, municipios de Ricaurte y Pasto 2014.....	32
Tabla 4. Comparativo: partos en niñas entre los 10 y14 años, Ricaurte, Pasto y Nariño 2005 – 2013.....	32
Tabla 5. Nacimientos por número de nacidos vivos: Ricaurte, Pasto y departamento de Nariño 2013.....	33
Tabla 6. Comparativo: mortalidad neonatal Nariño, Pasto, Ricaurte, Colombia 2008-2014.....	34
Tabla 7. Peso al nacer según área de residencia de la madre - Ricaurte 2013.....	35
Tabla 8. Nacimientos por edad de gestación según área de residencia de la madre en el departamento de Nariño y municipio de Ricaurte 2013.....	36
Tabla 9. Comparativo: cobertura Control Prenatal, municipios de Pasto, Ricaurte y departamento de Nariño 2005 – 2013.....	36
Tabla 10. Comparativo: tasa de mortalidad Infantil, municipios de Ricaurte, Pasto y departamento de Nariño, 2005 -2013.....	38
Tabla 11. Diez primeras causas de mortalidad infantil,menores de 1 año - Nariño 2013.....	39
Tabla 12. Diez primeras causas de mortalidad, menores de 5 años, Nariño 2013.....	40
Tabla 13. Diez primeras causas de mortalidad Ricaurte, grupos de edad 2013.....	41
Tabla 14. Comparativo: mortalidad por IRA en niños menores de 5 años.....	42
Tabla 15. Casos de morbilidad por EDA en menores de 5 años. Comparativo: tasa departamento de Nariño y municipio de Ricaurte 2011-2014.....	43
Tabla 16. Comparativo: casos de parálisis flácida 2008 - 2014. Ricaurte, Pasto y Nariño.....	44

Tabla 17. Comparativo: casos de tosferina 2008 - 2014. Ricaurte, Pasto y Nariño.....	45
Tabla 18. Comparativo: meningitis tuberculosa Pasto, Nariño y Ricaurte 2008-2013.....	45
Tabla 19. Comparativo: tuberculosis extrapulmonar. Nariño, Pasto y Ricaurte 2008 - 2013.....	46
Tabla 20. Comparativo: tuberculosis pulmonar Nariño, Pasto y Ricaurte. 2008-2013.....	46
Tabla 21. Comparativo: cobertura de agua población urbana y rural. Pasto, Ricaurte y Nariño 2014.....	47
Tabla 22. Relación de informantes clave entrevistados.....	54
Tabla 23. Categorías de análisis.....	62
Tabla 24. Resguardos Awá en el municipio de Ricaurte Nariño, áreas tituladas - fecha de titulación, población a 2011 y distancia en Km y horas a cabecera.....	91
Tabla 25. Líneas de intervención prioritarias.....	130
Tabla 26. Costos de un equipo médico de salud – EMS/mes y año.....	132
Tabla 27. Proyecciones UPC 2016 y valores según población de las áreas asignadas a cada uno de los EMS.....	133
Tabla 28. Planteamientos del modelo intercultural de atención en salud frente a las funciones esenciales y elementos de la atención primaria en salud renovada.....	135
Tabla 29. Elementos de la APS Renovada (OPS/OMS), comparación frente los hallazgos del trabajo de campo y las propuestas recibidas durante los encuentros para la definición del modelo de atención en salud Awá.....	138



Lista de figuras

Figura 1. Ubicación geográfica del Pueblo Awá en Colombia, en Nariño y Ricaurte.....	26
Figura 2. Pirámide poblacional municipio de Ricaurte, Nariño, 2005, 2013 y 2020 y tasa de crecimiento poblacional 2005 – 2011.....	27
Figura 3. Escuela Awá en las montañas del Resguardo de Nulpe Medio.....	28
Figura 4. Comparativo RMM Ricaurte Nariño 2005 - 2011 y Colombia 1998 – 2012.....	30
Figura 5. RMM Colombia, 2005 - 2012.....	31
Figura 6. Tasa de mortalidad neonatal municipio de Ricaurte Nariño 2005-2011 y Colombia 2005 - 2012.....	34
Figura 7. Mortalidad infantil Colombia 2005 – 2012.....	37
Figura 8. Tasa de mortalidad infantil municipio de Ricaurte y Nariño 2005 - 2011.....	38
Figura 9. Mortalidad de la niñez municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011.....	40
Figura 10. Tasas de mortalidad por EDA e IRA municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011.....	42
Figura 11. Estado nutricional de niños y niñas del Centro Nutricional Camawari 2012.....	43
Figura 12. Mortalidad por desnutrición, municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011.....	44
Figura 13. Espacios de socialización del proyecto – Segundo semestre de 2014.....	49
Figura 14. Resguardo Vegas durante la socialización del proyecto. Enero 2015.....	50
Figura 15. Socialización y discusión técnica del proyecto.....	50
Figura 16. Proceso etnográfico crítico de la presente investigación.....	52
Figura 17. Aspectos de la vida cotidiana de los Awá. Agosto y septiembre de 2015.....	53
Figura 18. El autor, durante entrevistas a un médico tradicional y un partero Awá.....	54
Figura 19. Grupos focales Resguardos de Gualcalá, Nulpe Medio.....	55

Figura 20. Grupos focales de parteros, Resguardo Pueblo Viejo y autoridades tradicionales de Nulpe Medio. Agosto y noviembre de 2015.	56
Figura 21. Grupos de discusión resguardos de Pueblo Viejo y Nulpe Medio.	57
Figura 22. Procedimiento de la presente investigación.....	58
Figura 23. Elementos constitutivos del Marco Conceptual.....	65
Figura 24. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud - OMS.....	72
Figura 25. Marco Conceptual del PDSP.....	74
Figura 26. Los Determinantes Sociales de la Salud en el Plan Decenal de Salud Pública.....	75
Figura 27. Marco estratégico de la PAIS.....	81
Figura 28. Los ‘cuatro mundos’ Awá - Una vivienda típica Awá.....	88
Figura 29. Vivienda típica Awá, resguardo de Pueblo Viejo Ricaurte Nariño.....	104
Figura 30. Aspectos estructurales de una vivienda típica Awá - Resguardo Nulpe Medio Ricaurte Nariño.....	105
Figura 31. Principales componentes de la dieta Awá: canasto con “chiros” - plátanos y un animal silvestre en cautiverio, listo para la alimentación familiar. Resguardo Vegas septiembre 2015.....	106
Figura 32. Ubicación satelital del municipio y Resguardos del municipio de Ricaurte.....	107
Figura 33. Esquematización del actual modelo de atención en salud para el pueblo Awá de Ricaurte Nariño.....	109
Figura 34. “Chacana”: sistema ancestral de transporte de pacientes en el territorio Awá.	111
Figura 35. Propuesta de Determinantes Sociales Intermedios de la Salud del pueblo indígena Awá de Ricaurte Nariño, construida durante el trabajo de campo de la presente investigación 2015 - 2016.....	114
Figura 36. Mapa conceptual: investigación cualitativa - construcción de las propuestas y modelo de atención intercultural en salud, con enfoque de APS y DSS.....	120
Figura 37. Marco operativo del Modelo de Atención Intercultural en Salud, con base en APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia.	126
Figura 38. Papel de los Equipos Médicos en Salud en terreno.....	127

1

Introducción



Los pueblos indígenas de Colombia afrontan una crítica situación de salud, reflejada en indicadores que evidencian una mayor mortalidad materna¹, perinatal², infantil³, de la niñez⁴, por diarrea⁵ e infección respiratoria en menores de 5 años⁶, mayor morbilidad y mortalidad por desnutrición infantil⁷, por enfermedades tropicales - de transmisión vectorial como malaria, dengue, leishmaniasis, y otras como tuberculosis⁸, significativamente superiores respecto del resto de colombianos (Minsalud, 2014). Entre tanto, las coberturas en programas de salud como la del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la atención de parto institucional, el control prenatal, las coberturas en saneamiento básico, entre otros, son marcadamente inferiores respecto del resto de nacionales (Minsalud, 2014).

Para estas comunidades, las barreras geográficas, sociales, culturales, administrativas, incluso las humanitarias, se constituyen en verdaderas causas de aislamiento y exclusión de los servicios de salud, de sectores y servicios como educación, seguridad alimentaria, vivienda, comunicaciones, proyectos productivos, entre otros, que impiden el acceso efectivo a los servicios de salud, debido a la alta dispersión geográfica en zonas rurales de difícil acceso de regiones como el Litoral Pacífico, la Amazonía, la Orinoquía y las montañas de la región Andina colombiana, además de la confluencia en los territorios indígenas de áreas de conflicto armado y presencia de cultivos de uso ilícito, por lo que, según reconoció la Corte Constitucional de Colombia (2004), se presenta una compleja situación social y humanitaria originada y agravada por el conflicto armado en sus territorios, que tiene en riesgo de extinción física y cultural al menos a 35 de los 102 pueblos indígenas del país, entre ellos, especialmente, el pueblo indígena Awá de Nariño.

¹ Según el Análisis de Situación de Salud – ASIS de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS de Colombia, entre 2008 - 2012 los pueblos indígenas del país registraban una Razón de Mortalidad Materna – RMM que oscilaba entre 132,10 y 330,72 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos - NV, en el mismo periodo Colombia registró una RMM que osciló entre 60,66 y 71,64 muertes maternas x 100.000 NV. Determinantes sociales de la salud: pobreza, etnicidad y ruralidad – alta dispersión geográfica, entre otros, incrementaron hasta en un 32% 4,35 la RMM entre los pueblos que se asientan en esos territorios con esas condiciones de vida. Cuando se analiza la diferencia relativa entre las RMM entre mujeres indígenas y no indígenas 2009 - 2013, hay una tendencia creciente entre las indígenas a lo largo del periodo. Para 2009 las muertes maternas en la población indígena eran 3.8 veces más respecto de las no indígenas, para 2013 fue de 7.3 veces más.

² El ASIS 2014 evidencia que la mortalidad neonatal entre grupos étnicos y entre ellos los pueblos indígenas del país durante 2008 – 2012 es mayor y en ascenso respecto del resto de nacionales. Entre 2009 y 2013 se registraron 863 muertes neonatales entre los pueblos indígenas, para un promedio de 173 muertes anuales.

³ Según el Perfil de Salud de los pueblos indígenas y medición de desigualdades en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2016, entre 2009 y 2013 se registraron 2.159 muertes infantiles entre los pueblos indígenas, para un promedio anual de 432 muertes. Según el ASIS, en 2012 se observan diferencias en la mortalidad infantil según pertenencia étnica, se estimaron 32,45 muertes x 1.000 nacidos vivos entre los pueblos indígenas, entre tanto Colombia registraba 12,14 muertes x 1.000 NV en el mismo año.

⁴ Según el ASIS Colombia 2014, para el 2012, la mortalidad en la niñez (en > 5 años), en los grupos étnicos se presentaron tasas de mortalidad en la niñez por debajo de 30,9 muertes x 1.000 NV, comparados con la tasa de 14,51 muertes x 1.000 NV en el resto de colombianos. Durante 2013 en Colombia murieron 2,11 veces más niños indígenas menores de cinco años que niños no indígenas; en 2009 la misma relación era de 1,79 veces más.

⁵ Para 2012, el 70% de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA se concentró en el 50% de la población que tiene mayor proporción de NBI y en los hogares con mayor proporción de barreras de acceso a los servicios de salud de la primera infancia. Departamentos que asientan buena parte de los grupos étnicos del país: Caquetá, Cesar, Guajira, Risaralda, Amazonas y Vaupés superaron la tasa nacional.

⁶ Según el Perfil de salud en pueblos indígenas, la pirámide de la mortalidad evidencia que el 18,63% de la población indígena muere entre los 0 y los 4 años de edad, mientras que en la población no indígena muere el 4,92%, es decir la mortalidad de niños entre indígenas es 2,79 veces más alta que en población no indígena.

⁷ Según la Encuesta Nacional de Salud Nutricional ENSIN 2010, la desnutrición crónica infantil es mayor en los grupos indígenas, donde 1/3 niños la padece con prevalencia de 29,50 % y 1,23 veces mayor que la prevalencia nacional. La desnutrición global tiene una prevalencia de 7,50 y es 1,21 veces mayor que la nacional

⁸ Según el Perfil de salud en pueblos indígenas y medición de desigualdades 2016 del MSPS, la tuberculosis es la 3ª causa de muerte por enfermedades transmisibles, después de las infecciones respiratorias agudas y de las infecciones intestinales.

Ahora bien desde el punto de vista cultural, los pueblos indígenas del país tienen un pensamiento diverso de la vida y una particular cosmovisión de la salud, evidenciada en sus profundas relaciones con la naturaleza, el territorio, sus agentes propios de salud, las plantas y la medicina tradicional, basada en la creencia en seres materiales y ‘sobrenaturales’ que relacionan con el equilibrio y armonía con el entorno, que asocian al proceso salud – enfermedad (Portela, 2002), concepciones que explican los usos, tradiciones, costumbres, prácticas y comportamientos de su cultura de la salud; el modelo de salud de Colombia adolece de adecuaciones interculturales de salud.

En contraste, el modelo de atención en salud de Colombia, basado en el aseguramiento en salud, en el asistencialismo, en la prestación hospitalaria de servicios en las cabeceras urbanas y áreas pobladas, centrado especialmente en la atención de la enfermedad, carente de adecuaciones culturales en salud, con incipientes avances en materia de Atención Primaria en Salud (APS) y Determinantes Sociales de Salud (DSS), no es compatible ni responde a las particulares condiciones socioculturales de vida y necesidades en salud de los pueblos indígenas (Portela, 2002), lo que genera innumerables inequidades y francas barreras de acceso efectivo⁹ a los servicios de salud¹⁰, con un alto impacto en su estado de salud y en su vida.

Según la Corte Constitucional (2004) el pueblo indígena Awá de Nariño, es actualmente uno de los pueblos ancestrales más amenazados en Latinoamérica, cuyos integrantes en cumplimiento de los derechos constitucionales, acuerdos internacionales y las determinaciones de la Corte Constitucional de Colombia (2004) son “sujetos de especial protección” por parte del Estado colombiano, no es ajeno a esta situación y, tal como se evidenciará en páginas siguientes, sus indicadores de salud confirman que sus comunidades presentan una mayor tasa de mortalidad materna, neonatal, infantil, de la niñez, morbimortalidad por desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias que afectan por excelencia a niños y niñas, a las gestantes y adultos mayores Awá (Municipio de Ricaurte, Nariño, 2013). La “especial protección” a que se obliga por todos lados al Estado colombiano, no se está cumpliendo plenamente.

Adicionalmente, la crítica situación humanitaria que aún se vive en los territorios Awá por

⁹ Según el Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República de Colombia en sus documentos de trabajo de Económica Regional de 2014 y en particular en su capítulo sobre la salud en Colombia: “...*más cobertura pero menos acceso*”, asegura que la Ley 100 de 1993 impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo para resolver el problema del acceso a la salud en Colombia... y efectivamente se logró aumentar la cobertura... Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV de 1997 y 2012, se presentó una reducción en el acceso de la población colombiana a los servicios médicos. La disponibilidad de prestadores, las zonas dispersas, la cobertura de aseguramiento, e individuales como las características socioeconómicas y el conocimiento acerca del Sistema de Salud por parte de los colombianos son los determinantes sociales del acceso efectivo a los servicios de salud.

¹⁰ Según el Perfil de salud de los pueblos indígenas de Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social 2016, y con base en la medición de tres indicadores de acceso efectivo a los servicios de salud, fundamentales para garantizar la salud y la vida del binomio madre hijo durante la gestación y el parto: 1. Atención institucional del parto. 2. Porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro controles prenatales. 3. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, la situación de acceso efectivo a los servicios de salud para los pueblos indígenas en Colombia es el siguiente: En la población indígena estos indicadores están por debajo de los registrados en los no indígenas, lo que evidencia la existencia de barreras de acceso físico y sociocultural a centros de salud, por la alta dispersión geográfica y la limitada pertinencia y adecuación de los programas de salud materna e infantil para grupos étnicos. El indicador de parto institucional y la atención por personal calificado en población no indígena pasó de 98,6% en 2009 a 99,1% en 2013, en contraste en la población indígena este indicador pasó de 84,32% a 78,08% en el mismo periodo. En 2013 para la población indígena el porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro controles prenatales fue de 54,17%; en contraste para la población no indígena en el mismo año fue de 87,19%. La diferencia relativa en 2009 era de 48% a favor de la población no indígena y para 2013 la diferencia fue de 61%.

efectos del conflicto armado, por la presencia de campos minados, la afectación ambiental a causa de la minería ilegal y la voraz deforestación de sus bosques para este propósito y para la siembra de cultivos ilícitos, las constantes violaciones de los Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario (masacres, asesinato selectivo de sus líderes y lideresas, desplazamiento forzado, confinamientos, campos minados) (Corte Constitucional, 2004), de que son objeto los indígenas Awá, junto a las restricciones a su libre movilidad en un territorio selvático y montañoso que otrora les pertenecía y proveía mediante actividades ancestrales de recolección, caza y pesca, su seguridad y soberanía alimentaria, configuran un oscuro panorama a corto y mediano plazo para este pueblo ancestral, que debe intervenir urgentemente, con el propósito de salvaguardar su pervivencia física y cultural, tal como lo determinó la Corte Constitucional (2004).

Por lo anterior, este trabajo, que se enmarca en las acciones del Plan de Salvaguarda ordenado por la Corte Constitucional (2011) para el pueblo Awá, partió de la necesidad y solicitud que autoridades civiles del municipio de Ricaurte, autoridades tradicionales y la Organización Camawari (Cabildo Mayor Awá de Ricaurte) del pueblo Awá, presentaron al autor, para el acompañamiento y facilitación técnica en la definición propia y concertada, de un modelo de atención en salud, que incorporara la interculturalidad en salud como eje central y la fundamentación teórica de la APS y el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud - DSS, en la definición de un modelo integral de atención en salud que contribuyera de manera efectiva en la disminución de las actuales inequidades en salud, en la disminución de las barreras de acceso a los servicios, al diálogo y coordinación intercultural de las medicinas facultativa y tradicional Awá, para una verdadera atención intercultural, oportuna y de calidad en terreno y, en consecuencia, al mejoramiento de las condiciones de salud, vida y a la pervivencia física y cultural de los Awá.

La iniciativa del modelo fue aprobada por las autoridades tradicionales y elevada por la Organización Camawari ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y el Ministerio de Salud y Protección Social, entidades que financiaron las fases de construcción participativa del modelo. El trabajo de campo se realizó mediante una amplia revisión documental, la internación del autor y del grupo de salud de la organización Camawari, por meses, en el territorio Awá, en su convivencia con las comunidades más apartadas y el desarrollo de metodologías cualitativas como observación participante, grupos focales y entrevistas a informantes claves, que tenían la finalidad de determinar los elementos fundamentales de su cosmovisión en salud, su percepción de los servicios institucionales de salud y de consolidar sus propias propuestas para una atención efectiva, elementos todos que debían ser incorporados al modelo de atención.

El análisis de los fundamentos teóricos de la APS propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los DSS por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fueron realizados en cada una de las jornadas de trabajo en terreno, para luego proceder a la construcción de sus propias versiones de los DSS y del desarrollo, uno a uno de todos los elementos técnicos de la APS, desde su propia visión y la realidad de su contexto social, cultural y geográfico. Las versiones del modelo en construcción fueron socializadas en diferentes espacios, ante las autoridades tradicionales, las instituciones de salud del municipio de Ricaurte, del departamento de Nariño y ante el Ministerio de Salud.

El producto final: un Modelo Intercultural de Atención en Salud para el Pueblo Indígena Awá de Ricaurte, Nariño, con fundamentación teórica en APS y DSS, construido participativamente, que debe contribuir al mejoramiento de los indicadores de salud¹¹ y en consecuencia las condiciones de salud y de vida del pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, y a la detención de la carrera hacia el exterminio que hoy afrontan. La incorporación del Modelo en los Planes de Desarrollo 2016 – 2019 del municipio de Ricaurte y del departamento de Nariño y en los respectivos Planes Territoriales de Salud –fase actualmente en proceso-, serán los escenarios políticos y administrativos que garantizarán su sostenibilidad social y económica.

La coordinación intersectorial y transectorial de alto nivel, que debe incluir a las entidades estatales del orden local, territorial y nacional, al pueblo Awá y a la cooperación internacional, serán la columna vertebral del abordaje y progresiva atención y solución de los complejos DSS del pueblo Awá, aquí planteados.

¹¹ Indicadores de acceso efectivo de los indígenas Awá a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, infantil, inmunizaciones, morbilidad, mortalidad, rutas entre otros definidos por el Sistema de Salud.

2

El problema



La existencia de profundas barreras sociales¹², culturales y geográficas que limitan el acceso del pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia que se asienta en el piedemonte costero, en un territorio agreste, selvático, sin vías de comunicación, sin acceso a los servicios institucionales de salud, las críticas condiciones sanitarias¹³, de inseguridad alimentaria y, en general, de vida¹⁴ en que se desarrollan, determinan un alto y negativo impacto en su situación de salud¹⁵, que es de tal gravedad, que en 2004 la Corte Constitucional de Colombia (2004) estableció que estas circunstancias y la actual situación humanitaria por el conflicto armado que se vive en sus territorios, constituyen un “estado de cosas inconstitucional” que tienen en franco “riesgo de exterminio” a este pueblo ancestral de Colombia, por lo que ordenó al Estado colombiano y a sus diferentes dependencias de todo orden, acciones urgentes, de mediano y largo plazo, mediante la formulación y ejecución de un Plan de Salvaguarda (Corte Constitucional, 2011), que respondiera con medidas efectivas a la actual situación, sin que hasta la fecha del presente trabajo y según las Organizaciones indígenas del Pueblo Awá UNIPA¹⁶ y CAMAWARI, se haya cumplido plenamente.

Según el Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN, como autoridad sanitaria del departamento de Nariño, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio de Ricaurte 2013, el ASIS (Minsalud, 2014) del departamento de Nariño 2014 y el ASIS de Colombia 2014 (Municipio de Ricaurte, 2013), los indicadores de salud del pueblo indígena Awá evidencian de manera contundente una mayor morbilidad¹⁷ y mortalidad materna¹⁸, neonatal¹⁹, infantil, de niños y niñas menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA), desnutrición, mayor morbilidad por tuberculosis²⁰ en todas sus formas

¹² Según el ASIS 2014 de Nariño, aunque no se dispone de información sobre indicadores socioeconómicos específicos del pueblo Awá, para el 2012 el departamento de Nariño registraba los siguientes indicadores: un Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI de 43.79, frente al NBI del país en 27.78, el 50.59% de población se encontraba bajo la línea de pobreza, frente al 34.07% del país, el 16,34 % estaba bajo la línea de pobreza extrema frente al 10,60% del país. En el mismo año el Gini de Nariño era 0.50 y Colombia registraba 0.55. El Índice de Desarrollo Humano – IDH de Nariño era de 0.77 frente al de Colombia 0.84.

¹³ En 2012, según el ASIS 2014 de Nariño solo el 2% de la población rural tenía acceso a agua potable, frente a un 56% de la población urbana. Respecto de la calidad del agua, medida con el Índice de Riesgo de Calidad de Agua – IRCA, solo el 28% de la población contaba con suministro de agua sin riesgo frente al 72% que consumía agua con riesgo. Para el mismo año, la cobertura de alcantarillarlo era del 39% en todo el departamento, y en el área rural cercana a 0. La población indígena Awá se asienta en las áreas rurales dispersas de Nariño.

¹⁴ Según el *Informe sobre la crítica situación de los indígenas Awá de Nariño*, de la Defensoría del Pueblo (octubre de 2014), las causas que ocasionan las graves vulneraciones de los derechos humanos e infracciones del DIH que dicho pueblo ha venido afrontando en los últimos siete años, afecta entre otros derechos fundamentales, la vida e integridad personal, la identidad cultural y territorial, la autonomía, la consulta previa, la jurisdicción especial, la etnoeducación y la etnosalud.

¹⁵ Según el ASIS 2014 del departamento de Nariño la mortalidad materna y neonatal en la población indígena es marcadamente elevada respecto del resto de grupos étnicos y población no indígena.

¹⁶ UNIPA es la sigla de la Unidad Indígena del Pueblo Awá, una de las Organizaciones del pueblo Awá, que agrupa y representa a los indígenas Awá que se asientan en otros municipios del departamento de Nariño, diferentes de Ricaurte. CAMAWARI hace referencia al Cabildo Mayor Awá del municipio de Ricaurte Nariño

¹⁷ Según el ASIS 2014 de Nariño, en el análisis de la mortalidad evitable por etnia, se encuentra que la población indígena es la más afectada por estos indicadores, dentro de los grupos étnicos analizados y el resto de habitantes del departamento.

¹⁸ Según el ASIS 2014 de Nariño en 2010, la RMM entre la población indígena fue de 97.56 muertes materna x 100.000 NV y con un dramático ascenso en 2011 cuando alcanzó una RMM de 268.82 muertes maternas x 100.000 NV, mientras que para el mismo año Colombia registró 68,82 y Nariño 120,3 muertes maternas x 100.000 NV.

¹⁹ Según el ASIS Nariño 2014, en materia de mortalidad neonatal, para el 2011 la tasa nacional era de 7,8; en Nariño de 9,9 y en los grupos indígenas de Nariño de 12,1 muertes x 1.000 NV. De la misma manera las diferencias, desigualdades e inequidades en salud son marcadas y mayores si las personas viven en áreas rurales dispersas, justo donde se asientan los indígenas Awá de Nariño.

²⁰ Entre 2010 y 2013 se registraron 729 casos de tuberculosis TB (incluso casos de TB multidrogaresistente) en el departamento de Nariño corresponden a una tasa anual de 10 casos x 100.000 habitantes; buena parte de estos casos se presentan entre los pueblos indígenas de Nariño. La desnutrición y el hacinamiento son los principales determinantes sociales asociados a la enfermedad.

y enfermedades de transmisión vectorial, como la malaria²¹, dengue, entre otros eventos de interés en salud pública, por lo que en atención a esta situación y en cumplimiento de las determinaciones de la Corte Constitucional de Colombia y de los derechos en salud de los pueblos indígenas de Colombia, se requiere con urgencia el abordaje de la actual problemática y de las profundas inequidades en salud²² que afronta con alto costo en términos del impacto en salud y la vida el pueblo Awá, mediante la concertación e implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que respete, reconozca e incorpore elementos de la interculturalidad y la cosmovisión en salud de este pueblo ancestral de Colombia.

Bajo ese entendimiento, surge el interrogante: ¿Cuáles son las bases socioculturales para un modelo intercultural de salud, concertado, con fundamentación en Atención Primaria en Salud, con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud para el pueblo indígena Awá de Nariño Colombia?

²¹ La malaria es endémica en Nariño (el departamento aporta el 10% de los casos del país), con picos epidémicos periódicos que afectan especialmente a los habitantes de los municipios de riesgo ubicados en el pacífico y piedemonte costero de Nariño donde se asientan los indígenas Awá; en 2010 se registraron 4.041 casos, el 97 % de estos ocurrieron en los municipios de riesgo y el 80% de los casos fueron ocasionados por el *Plasmodium falciparum*, el tipo de malaria con mayores complicaciones médicas, incluso con casos de mortalidad.

²² Los indicadores de salud del pueblo Awá, que son similares a los del resto de pueblos ancestrales en Colombia, fueron mencionados al inicio del presente trabajo con fuente en Perfil de Salud de los pueblos indígenas de Colombia 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3

Algunos precedentes del problema



La situación de salud de los pueblos indígenas en Colombia es crítica; en general, indicadores como la esperanza de vida es de poco más de 57.8 años en mujeres y 55.4 en hombres (DANE, 2005), (PROFAMILIA, 2011), (OPS, 2004), para esta población y de 73 para el resto de colombianos, la mortalidad materna, perinatal, infantil, de menores de cinco años por EDA e IRA, la desnutrición, la tuberculosis²³, entre otros eventos de interés en salud pública, son significativamente mayores en los pueblos ancestrales del país (DANE, 2005), cuya pirámide poblacional es de base muy ancha y de fuerte y rápida reducción, por el importante número de niños que nacen y mueren precozmente; al menos, el 45 % de su población es menor de 15 años (PROFAMILIA, 2011).

La alta dispersión geográfica de los pueblos indígenas que se asientan en áreas rurales, de alta montaña de la zona Andina, en regiones selváticas de la Amazonía, Costa Pacífica y Orinoquía entre otras agrestes regiones de Colombia, se constituye en una de las principales barreras de acceso geográfico, social y administrativo al sistema y servicios de salud de Colombia cuyo modelo hospitalario de la salud, morbicéntrico, asistencialista, curativo, carente de enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y APS no es operante - ni productivo para las aseguradoras o intermediarias de la salud en esos lugares, donde los indígenas están excluidos además de servicios públicos, saneamiento básico, educación, producción, vivienda, comunicaciones, vías (OPS, 2004), que agravan la ya de por sí crítica situación humanitaria que afecta sus territorios por el conflicto armado, la minería ilegal, los cultivos ilícitos y el desplazamiento forzado que amenazan su soberanía y seguridad alimentaria (Núñez, 2010) y contribuyen de manera importante a la actual situación de salud.

El principal eje del problema: el modelo de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS de Colombia

Según el Congreso de la República (1993) en Colombia, el sistema de salud hace parte del Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales), creado mediante la Ley 100 de 1993; se basa en principios como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación, en la afiliación de la población al sistema, en la oferta de planes integrales de protección en salud, con atención preventiva, médico – quirúrgica, de medicamentos y procedimientos esenciales, que son resumidos en planes de beneficios, especialmente en el Plan Obligatorio de Salud (POS)²⁴ que solo hasta principios de 2012 fue unificado para que todos los colombianos, independientemente de su condición de trabajadores, con capacidad de pago o sin ella, tuvieran los mismos derechos respecto del acceso a los servicios de salud y planes de beneficios.

El Sistema de Salud colombiano tiene la posibilidad de la vinculación de la población

²³ Según la OPS y la OMS, los indicadores de salud de los pueblos indígenas en Colombia son más críticos que en otros grupos poblacionales del país. El ASIS de Colombia y del Departamento de Nariño en 2014 y el Perfil de salud de los pueblos indígenas de Colombia 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia así lo evidencian en cifras presentadas anteriormente.

²⁴ En la actualidad - 2021, el antiguo Plan Obligatorio de Salud POS se denomina Plan de Beneficios en Salud – PBS.

mediante la afiliación de grupos vulnerables sin capacidad de pago al Régimen Subsidiado, de la población trabajadora o con capacidad de pago al Régimen Contributivo y una franja de población pobre y vulnerable no asegurada aun, para la cual se avanza en la cobertura universal de toda la población, lo que garantizaría la sostenibilidad financiera del sistema.

El sistema funciona mediante cotizaciones que aportan patronos y trabajadores, personas con capacidad de pago y recursos del Estado para subsidiar a la población pobre y vulnerable al SGSSS; los recursos son administrados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), en dos regímenes: el contributivo (trabajadores) y el subsidiado (población sin capacidad de pago). La prestación del servicio está a cargo de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas o privadas. Por cada persona afiliada o beneficiaria del SGSSS, las EPS reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC); estas, a su vez, contratan la prestación del servicio con instituciones de salud, públicas o privadas.

El Sistema de Salud colombiano ha sido fuertemente cuestionado por ser asistencialista, por su enfoque esencial en lo curativo y mínimamente en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; también de mercantilista, por basarse en la intermediación financiera del sistema por parte de aseguradoras privadas de salud y por la fuerte estructuración económica del modelo, de ser excluyente al ser concebido y operado para áreas urbanas, e inoperante para áreas rurales dispersas, justo donde se asientan los grupos étnicos del país y, para completar, recientemente ha sido asociado a graves escándalos de corrupción.

Entretanto, tal y como se evidencia en las cifras presentadas, en ciertas áreas del país y en especial entre los pueblos indígenas no se ha logrado una mejora significativa en los indicadores de salud, en la reducción de las tasas de mortalidad materna, perinatal, infantil, mientras se asiste a la reemergencia de eventos de interés en salud pública, otrora controlados en otros países de la región. Curiosamente, en estas regiones de Colombia la cobertura en aseguramiento en salud es casi universal.

El aseguramiento en salud implica la vinculación de una persona al Régimen Subsidiado en Salud, pero no la atención efectiva de estos, tal como sucede en varias regiones de Colombia, donde los intermediarios de la salud refieren coberturas hasta del 100 % de la población, movilizan los recursos económicos de la UPC, pero no garantizan la red de prestación de servicios; es decir, no se brinda la atención a las personas, a pesar de que todos los habitantes de una comunidad figuren como afiliados al Sistema.

A pesar de los tratados internacionales que obligan a Colombia y de lo estipulado en las múltiples normas y políticas nacionales que reconocen los derechos en salud de los pueblos ancestrales e incorporan aspectos de la interculturalidad en salud, el Sistema de Salud en Colombia no ha desarrollado suficientemente los componentes de enfoque diferencial en salud y APS que se requieren para la provisión adecuada de servicios en comunidades indígenas que tienen un pensamiento diverso de la vida; no incorpora aún aspectos de la cosmovisión de la salud, de la medicina tradicional, de los usos y costumbres de los pueblos ancestrales, de lo que el antropólogo colombiano Hugo Portela Guarín²⁵ ha denominado “la Cultura de la Salud de

²⁵ Hugo Portela Guarín es Antropólogo, PhD en Antropología Médica, docente de la Universidad del Cauca y prestigioso investigador del tema de la salud en los pueblos indígenas de Colombia.

los Pueblos Indígenas en Colombia” (Portela, 2002), lo que se constituye en otra barrera para el acceso efectivo de esta población a los servicios institucionales de salud.

En la actualidad se construye de manera conjunta con las organizaciones indígenas del país y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural – SISPI, que contiene las políticas en salud de los pueblos indígenas de Colombia, sistema que debe articularse con el Sistema de Salud que rige para el resto de los colombianos.

Las barreras para la prestación de servicios de salud en el municipio de Ricaurte, Nariño, parte del problema

Los servicios de salud en el municipio de Ricaurte, Nariño, son brindados a través del hospital local o IPS de primer nivel de atención, de baja complejidad en salud, ubicada en el casco urbano del municipio y siete centros de salud instalados en el área rural. La IPS cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, sala de partos, laboratorio clínico, farmacia, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y un sistema de referencia y contrarreferencia que se opera desde y hacia el segundo nivel en el hospital del municipio de Túquerres y el tercer nivel a los hospitales y clínicas en la ciudad de Pasto. La capacidad instalada del hospital local es limitada, de baja capacidad resolutive, cuenta con seis camas para observación de urgencias, camas para hospitalización de baja complejidad, diez médicos, enfermeras profesionales y cincuenta funcionarios entre auxiliares de enfermería y otros técnicos de la salud (Municipio de Ricaurte, Nariño, 2013).

Los principales problemas de salud del municipio de Ricaurte (2013) “están relacionados con la desatención de los indígenas asentados en los resguardos más apartados, debido especialmente a barreras de acceso geográfico”, donde sus habitantes tienen que recorrer caminando hasta 48 horas por agrestes caminos, en medio de montañas y una zona selvática tropical húmeda, cruzando ríos y quebradas con puentes en mal estado, incluso sin ellos, sorteando barreras humanitarias por la presencia de campos minados, restricciones y francas áreas de confinamiento impuestas por los actores armados, para acceder al hospital local, cuya modalidad de contratación de servicios mediante *Capitación*²⁶ estimula la oferta pasiva de servicios y desestimula la demanda inducida y la búsqueda activa de los usuarios.

La situación humanitaria en el municipio de Ricaurte es determinante en la prestación de servicios de salud; hay antecedentes de infracciones a la misión médica en 2011²⁷, que

²⁶ La *Capitación* es una forma de contratación de las Aseguradoras que consiste en el pago a los Prestadores de una cantidad fija de dinero por cada afiliado, utilicen o no los servicios, lo que es atractivo para los prestadores, siempre que los usuarios del sistema no demanden los servicios; esta forma de contratación desestimula la búsqueda activa de los pacientes, pues sin mayor esfuerzo, los recursos llegarán a los prestadores.

²⁷ Según el Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR (comunicado de 13 de octubre de 2011), el Organismo Internacional manifiesta su gran preocupación por el elevado número de infracciones a la misión médica registradas en zonas de conflicto armado durante 2011. Las infracciones afectan no sólo al personal de salud, también a la población residente, puesto que disminuye o cesa la atención médica que

suman al desestimulo institucional para la descentralización en la prestación de servicios de salud. Otras barreras para el acceso de los Awá a los servicios de salud en Ricaurte, Nariño, son las de carácter sociocultural, por la ausencia de adecuaciones culturales en los programas institucionales de salud y la negativa de los indígenas al desarraigo de su hogar y territorio que les implica acceder a los servicios de salud. Barreras administrativas en la IPS tales como el otorgamiento de un limitado número de citas diarias a los usuarios²⁸, la demora injustificada en la atención, el egreso hospitalario temprano de pacientes indígenas, cierran el círculo de barreras que impiden o limitan el acceso efectivo de los indígenas Awá a la IPS local.

El perfil epidemiológico del municipio de Ricaurte (2013) “lo determinan las enfermedades respiratorias, las diarreicas, las tropicales, la desnutrición, las coberturas no útiles²⁹ en vacunación, en biológicos como Polio, DPT y tripe viral”. Las tasas de mortalidad materna³⁰, perinatal³¹ e infantil han superado de lejos las tasas registradas en el departamento de Nariño y en la nación; incluso, han superado las tasas de países de la región con menor desarrollo socioeconómico que Colombia, afectando especialmente a la población indígena Awá, como se evidenciará más adelante en los resultados del presente trabajo. La razón de mortalidad materna en Ricaurte, Nariño, ha tenido cifras escandalosas en los años 2007, 2008 y 2010 (IDSN, 2010), (IDSN, 2014).

recibe. Entre enero y septiembre de 2011, el CICR registró 39 casos de infracciones contra las normas del derecho internacional humanitario que protegen a la misión médica en conexión con el conflicto armado, más del doble con respecto al mismo período del año pasado. Los departamentos más afectados por la situación son Cauca, Norte de Santander, Arauca, Nariño (un odontólogo y enfermera fueron desaparecidos por los grupos armados ilegales en Ricaurte Nariño) y Antioquia.

²⁸ En la IPS de Ricaurte Nariño a primeras horas del día se distribuye un número limitado de citas para atención de pacientes en consulta externa - CE; cada médico atiende 3 pacientes por hora, en una jornada de 8 horas, atiende 24 pacientes y diariamente hay 2 o 3 médicos para CE. El número de citas es insuficiente para la atención oportuna de pacientes que se desplazan desde varias horas de recorrido y no llegan oportunamente para obtener las citas. Como lo manifestaron los indígenas Awá en las entrevistas, son devueltos sin atención a sus lugares de origen o pospuestos para los días siguientes.

²⁹ En Colombia se denomina “coberturas no útiles en vacunación”, cuando las coberturas en la aplicación de biológicos del *Programa Ampliado de Inmunizaciones* no superan el 95 % de la población blanco.

³⁰ Según el ASIS 2014 de Nariño, en 2010, el municipio de Ricaurte presentó una RMM de 809.72 muertes/100.000 NV; el departamento de Nariño 69.37 y Colombia 71.64; en los últimos años, la tendencia de la RMM en Colombia, en Nariño y en la ciudad de Pasto, ha tenido un comportamiento hacia el descenso, en tanto en el municipio de Ricaurte, los picos de mortalidad determinan una tendencia al ascenso.

³¹ Según el ASIS de Ricaurte 2013 y ASIS Colombia 2014, durante el 2011 la mortalidad neonatal en el municipio de Ricaurte Nariño (23,53 muertes neonatales x 1.000 NV) era casi el triple de la registrada en el departamento de Nariño (9,9 muertes x 1.000 NV) y cuatro veces la tasa nacional (7,8 muertes x 1.000 NV).

Contexto general de la situación del pueblo Awá

Ubicación geográfica

El pueblo indígena Awá de Colombia se asienta en un territorio ancestral, montañoso y de selva tropical húmeda de los departamentos de Putumayo y Nariño, al sur de Colombia, en la frontera con la República del Ecuador. En el departamento de Nariño los Awá están ubicados en el piedemonte costero, en los municipios de Ricaurte, Mallama, Barbacoas, Roberto Payán, Samaniego, Santacruz, Guachavéz y Tumaco. El presente trabajo se desarrolló con los indígenas Awá del municipio de Ricaurte, Nariño (2013). (IDSN, 2010), (IDSN, 2014).

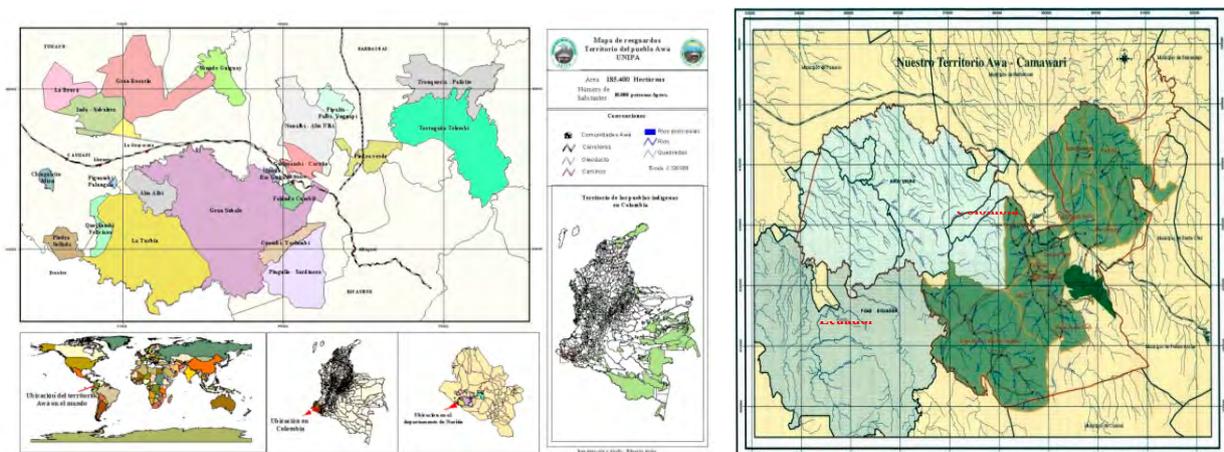


Figura 1. Ubicación geográfica del Pueblo Awá en Colombia, en Nariño y Ricaurte
Fuente: tomado de Organizaciones del pueblo Awá. UNIPA, CAMAWARI y ACIPAP ^[41]

Según el Plan de Desarrollo de Ricaurte, Nariño (2013), el municipio está localizado al suroccidente del departamento de Nariño, a 146 kilómetros de la ciudad de Pasto, capital de Nariño; limita por el norte con los municipios de Barbacoas y Samaniego; al sur con el municipio de Cumbal; al oriente con los municipios de Mallama y Santacruz y, al occidente, con la República del Ecuador. La temperatura promedio del municipio es de 22 °C, con sectores que alcanzan los 30 °C. La principal actividad es el sector agrícola de pequeña escala.

Según las proyecciones del DANE (2005), entidad oficial encargada de los censos poblacionales y de los aspectos demográficos del país, el último censo nacional fue en 2005, a partir del cual se hizo las proyecciones poblacionales, evidenciando una gran diferencia de las cifras según las diferentes fuentes, debido a la dificultad para realizar los censos por lo agreste e inseguro del territorio y por el fenómeno del desplazamiento forzado. La población total del municipio de Ricaurte para el año 2013 era de 17.862 habitantes, (el censo de 2005 reportó 14.904 habitantes), que ocupan un área de 2.422 Km². El 13,5 % de la población vive en la cabecera municipal – área urbana y el restante 86,5 % en el área rural. El 48,5 % de la población son mujeres (Municipio de Ricaurte, Nariño, 2013).

La principal vía de comunicación del municipio es la carretera que va desde la ciudad de Pasto al puerto de Tumaco en el pacífico colombiano; las demás vías son carreteras de la red secundaria y terciaria, con pocos kilómetros aptos para el tránsito vehicular, caminos de herradura y peatonales, que implican recorridos de hasta 18 y 24 horas de camino a pie desde los resguardos más apartados.

Aspectos demográficos del municipio de Ricaurte, Nariño

Según el Municipio de Ricaurte de Nariño (2013), cerca del 90 % de la población del municipio de Ricaurte pertenece a la etnia Awá; el restante corresponde a mestizos, colonos y muy pocos afrodescendientes. No existen estadísticas particulares sobre el pueblo Awá, por lo que en atención al importante porcentaje que representan en el municipio, las cifras oficiales de Ricaurte se asimilan a las del pueblo Awá.

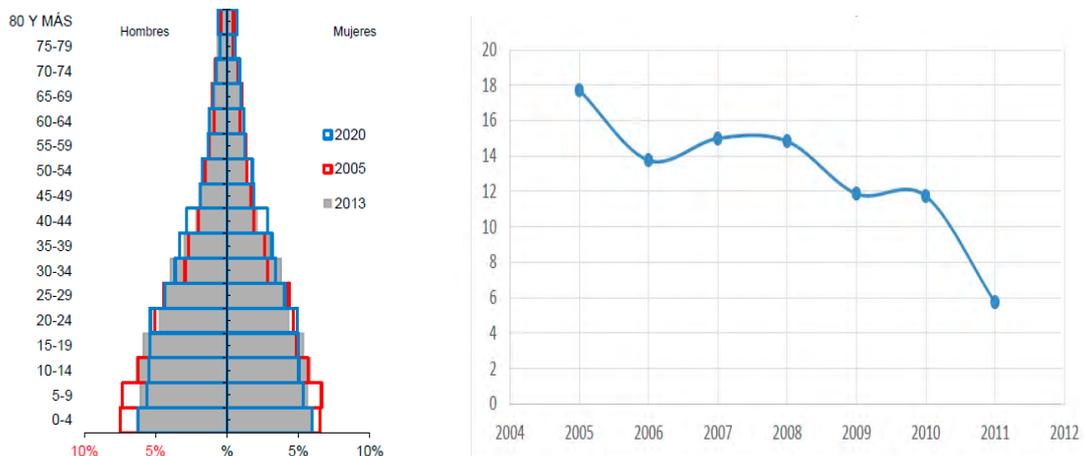


Figura 2. Pirámide poblacional municipio de Ricaurte, Nariño, 2005, 2013 y 2020 y tasa de crecimiento poblacional 2005 – 2011
Fuente: DANE [6]

El comportamiento demográfico en Ricaurte, Nariño evidencia una reducción importante en los grupos de edad de 0-4 y 5-9 años, relacionado probablemente con el importante número de casos de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, que se describe más adelante.

Tabla 1.

Proyecciones de población de Ricaurte, Nariño, grupos quinquenales 2015

Grupo	0 -4	5- 9	10- 14	15-19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 y +	Total
# Habitantes	2292	2141	2136	2138	1747	1497	1411	1221	793	749	545	503	423	366	704	18666
%	12.3	11.47	11.4	11.44	9.4	8	7.56	6.5	4.3	4	2.9	2.7	2.3	1.9	3.83	100

Fuente: DANE [6]

Según el DANE (2005), la tasa de crecimiento de la población del municipio ha presentado una tendencia decreciente muy importante: en 2005 era de 17,72 % mientras que en 2011 era de 5,74 %. De igual manera, la tasa de natalidad ha presentado una tendencia al descenso, en 2005 era de 19.33 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que en 2011 de 9.95/1000 habitantes

Análisis de la situación del sector educativo en el territorio Awá



Figura 3. Escuela Awá en las montañas del Resguardo de Nulpe Medio
Fuente: Autor, noviembre de 2015

La problemática del sector educativo en el territorio Awá es diversa y compleja; los niños Awá ingresan a la ‘Pih Kammu Yat’ escuela, hacia los ocho años de edad; al finalizar la educación básica secundaria, algunos indígenas superan ya la mayoría de edad. Entre otras razones, los niños Awá ingresan tardíamente a la escuela “porque a esa edad pueden caminar largo rato y cruzar ríos donde no hay puentes ni tarabitas³²” para llegar desde sus viviendas a la escuela y ser ‘aptos ya’ para afrontar otros riesgos, como ser atacados por animales silvestres, caer en campos minados o entrar en contacto con grupos armados, por lo que el sistema educativo evidencia una baja cobertura escolar. Ricaurte registraba en 2012 un total de 5.868 niños en edad escolar, de los cuales, solo un 38,2 % asistía a clases (Pérez, 2011), a pesar de los 117 centros educativos existentes en el territorio.

Sumado a lo anterior, la repitencia de años (hasta el 41 % de niños matriculados en Ricaurte repiten el primer grado de educación básica primaria), el rezago y la alta deserción escolar (hasta el 7 % de los niños de todas las edades, matriculados en Ricaurte desertan de la escuela) por razones como las largas distancias que deben recorrer niños y niñas Awá por caminos en

³² El Plan de Salvaguarda reporta algunos niños y niñas que han muerto ahogados tratando de cruzar ríos sin puentes ni tarabitas para llegar hasta la escuela. Una tarabita es un cable que sobre una corriente de agua pende de sus extremos que están sujetos a árboles a ambos lados de las orillas del cauce.

mal estado y los riesgos a los que se exponen desde sus viviendas hasta las escuelas, la falta de recursos familiares para la adquisición de útiles escolares, calzado, ropa, la frecuente decisión de los padres de retirar a los niños de las escuelas por necesidades familiares de su apoyo en labores de siembra y recolección de alimentos, el cuidado de hermanos menores, la preparación de alimentos, incluso por la maternidad precoz de las niñas y la inconstancia y deficiente calidad de los alimentos del restaurante escolar, este último, uno de los pocos estímulos que los niños Awá tienen para ir a la escuela, contribuyen a este crítico panorama del sector educativo en Ricaurte (Pérez, 2011), lo que sin duda influye también en el resultado final de las condiciones de salud y de vida del pueblo Awá.

Otros problemas del sector son la ausencia de un modelo de educación propia, la falta de formación académica de los docentes indígenas Awá, el analfabetismo que, en general, en Ricaurte es del 45 % en adultos mayores, y cercano al 100 % en los resguardos más distantes (Pérez, 2011). Las precarias condiciones de infraestructura física de los centros educativos, en los que el hacinamiento, la pobre o nula dotación mobiliaria, la ausencia de restaurantes escolares, de campos deportivos, de servicios públicos e instalaciones sanitarias adecuadas para la disposición de excretas y residuos sólidos, son un verdadero desestímulo a la permanencia escolar. Solo el 6 % de las instituciones educativas de Ricaurte cumplen con los requerimientos más elementales de infraestructura para el funcionamiento (United Nations, 2015).

El conflicto armado también ha impactado directamente al sector educativo en el territorio Awá de Ricaurte, Nariño. En el periodo 2002 - 2011, cuatro docentes fueron asesinados, siete fueron desplazados forzosamente y dos, desaparecidos. Instituciones educativas de los resguardos de Guadual, Magüí, La Esperanza, Integrado La Milagrosa, Paldubi, Cuascabí, El Placer y Nulpe Alto, con estudiantes y docentes en su interior, fueron utilizadas por los actores armados como trincheras en medio de los enfrentamientos (United Nations, 2015), en una franca violación del Derecho Internacional Humanitario, que dejaron como consecuencia varios niños Awá heridos durante los combates.

Análisis de la situación de salud del pueblo Awá

Según las evidencias documentales consultadas, en especial las fuentes del IDSN (2014), documentos de la Organización Camawari y los testimonios recogidos durante la presente investigación, las principales problemáticas en salud del pueblo Awá están relacionadas con elevadas tasas de morbilidad materna, perinatal, infantil (especialmente por enfermedades respiratorias y diarreicas que afectan principalmente a niños y niñas Awá menores de cinco años), desnutrición, enfermedades de transmisión vectorial, parasitismo, bajas coberturas en programas institucionales de salud como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Minsalud, 2014), programa nacional de vacunación que es obligatorio en Colombia, control prenatal, parto institucional, problemas de salud mental que originan un número considerable de suicidios de jóvenes Awá (no existen estadísticas al respecto, pero los casos fueron referidos en los grupos focales), caracterizan entre otros graves problemas, la situación de salud del pueblo Awá de Ricaurte Nariño.

Adicionalmente, las críticas condiciones sanitarias de las viviendas Awá, que son en general construcciones de deficiente calidad y salubridad, la ausencia total de sistemas de suministro

de agua potable, de sistemas sanitarios para la disposición de excretas, residuos sólidos y líquidos, complican la situación de salud, con una importante contribución a la ocurrencia de casos de morbilidad por enfermedades de origen hídrico, zoonosis y otros eventos de interés en salud pública relacionados. A continuación se presenta y analiza algunos de los indicadores más impactantes que reflejan las profundas inequidades existentes en materia de salud en el pueblo indígena Awá de Ricaurte Nariño.

Mortalidad materna en el municipio de Ricaurte Nariño

En los últimos años, la tendencia de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en el municipio de Ricaurte Nariño, ha presentado un comportamiento escandaloso (ver Figura 4). Las cifras superan de lejos la RMM del departamento de Nariño, de Colombia (ver Figura 5) e, incluso la RMM de países de la región con significativo menor desarrollo que el nuestro. En 2007 el municipio de Ricaurte registró una RMM de 682.59 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV); el departamento de Nariño 89.96 y Colombia 72.04; en 2008 el municipio de Ricaurte presentó una RMM de 350.88; el departamento de Nariño 81.46 y Colombia 60.66 (IDSN, 2014).

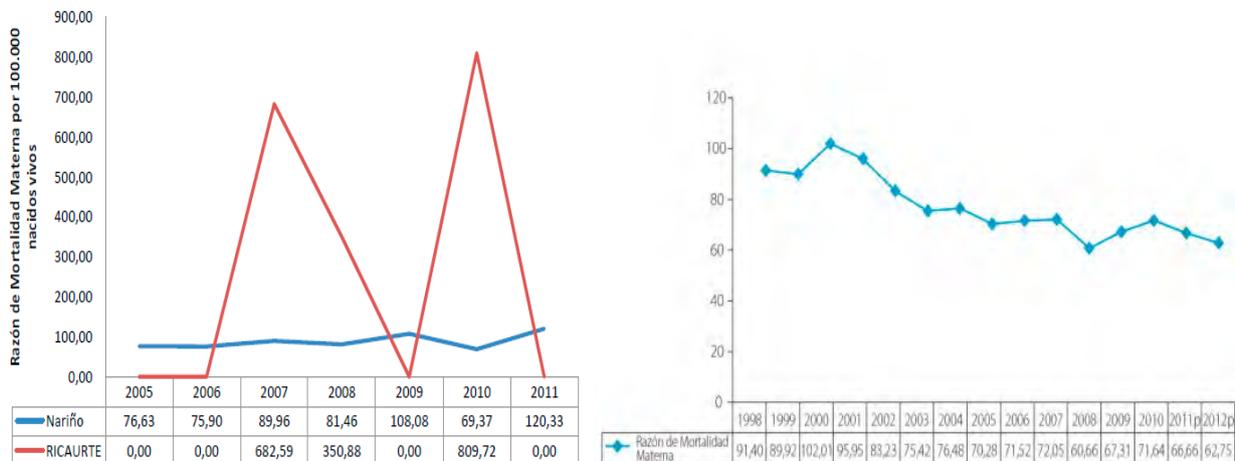


Figura 4. Comparativo RMM Ricaurte Nariño 2005 - 2011 y Colombia 1998 - 2012
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [1] y ASIS Colombia 2014 [4]

En 2010, el municipio de Ricaurte presentó una RMM de 809.72 muertes/100.000 NV; el departamento de Nariño 69.37 y Colombia 71.64; en los últimos años, la tendencia de la RMM en Colombia (ver Figuras 4 y 5), en Nariño y en la ciudad de Pasto, ha tenido un comportamiento hacia el descenso, en tanto en el municipio de Ricaurte, los picos de mortalidad determinan una tendencia al ascenso (IDSN, 2014). Aunque no hay registro oficial de muertes maternas, entre 2011 y 2014, para los grupos focales, los indígenas entrevistados y Camawari, en los últimos años, se ha tenido información de al menos una muerte materna anual en sus territorios relacionada con el embarazo. En lo corrido de 2016, según Camawari, han sido registradas al menos dos muertes maternas en el Resguardo de Nulpe Medio. Todas las muertes maternas reportadas en Ricaurte sucedieron en mujeres Awá residentes en el área rural del municipio.

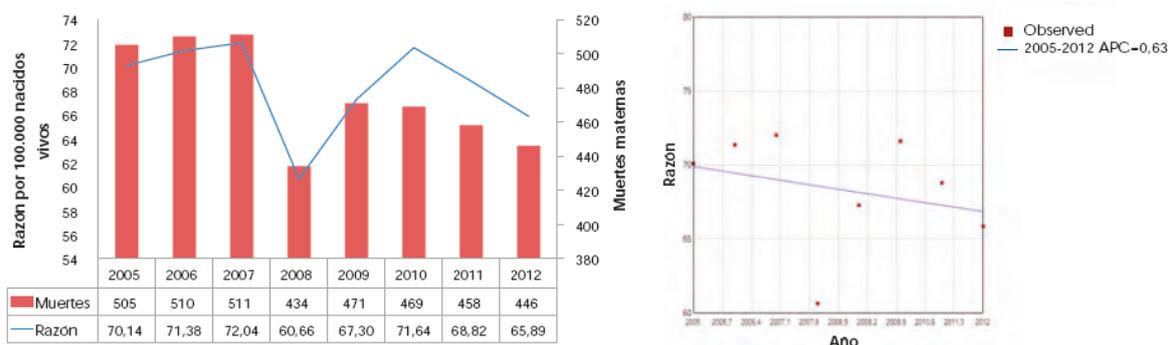


Figura 5. RMM Colombia, 2005 - 2012

Fuente: tomado del ASIS Colombia 2014 [4];
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [1]

La Tabla 2 evidencia y compara el comportamiento de la mortalidad materna del municipio de Ricaurte con Pasto, la ciudad capital, con el departamento de Nariño en el periodo 2008-2014. Durante 2010 los casos de muertes maternas del municipio de Ricaurte representaron el 15 % de todas las muertes maternas del departamento (IDSN, 2014).

Tabla 2.

Comparativo Mortalidad Materna en Pasto, Ricaurte y Nariño, 2008-2014

Municipio	Nacidos Vivos, Casos, Tasa	Mortalidad materna cifras - años.						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Nacidos Vivos	5.487	5.071	5.032	4.872	4.865	4.828	4.739
	Casos de MM	4	3	0	5	5	1	0
	Tasa/100.000 NV	72.9	59.2	00	102.6	102.8	20.7	00
Ricaurte	Nacidos Vivos	285	242	247	170	190	232	193
	Casos de MM	1	0	2	0	0	0	0
	Tasa/100.000 NV	350.9	00	809.7	00	00	00	00
Departamento de Nariño	Nacidos Vivos	20.869	20.355	18.734	18.283	17.630	17.598	17.753
	Casos de MM	23	25	13	22	13	17	13
	Tasa/100.000 NV	110.2	122.8	69.4	120.3	73.7	96.6	73.2

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Nariño - IDSN 2014 [11]

El impacto de las muertes maternas en el pueblo Awá es severo. La muerte materna es considerada por este pueblo ancestral como una 'verdadera tragedia', no solo por las implicaciones sociales y culturales para ellos, en términos de las posibilidades de su pervivencia física y cultural, sino también porque, en términos familiares, quedan por lo menos cinco, seis y más niños y niñas menores de diez años, huérfanos, generalmente a cargo de los abuelos. El futuro de estos niños es incierto en un territorio actualmente muy hostil, no solo por la inseguridad alimentaria que se vive en los resguardos Awá, sino también por la presencia y accionar de actores armados, la violencia y el conflicto que se libra en los resguardos, que generan un alto

riesgo de reclutamiento forzado para estos menores, que se encuentran en grave estado y condición de vulnerabilidad y desprotección.

En la ocurrencia de las muertes maternas están implicados múltiples factores sociales, culturales, barreras de acceso, retrasos en la atención; uno de los principales factores asociados es la incidencia de embarazos tempranos. Las Tablas 3, 4 y 5 evidencian la situación en Ricaurte.

Tabla 3.

Comparativo: comportamiento del embarazo por grupos de edad en el departamento de Nariño, municipios de Ricaurte y Pasto 2014

Entidad territorial	Total	Grupo de edad de la madre								
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40	40-44	45-50	50 -54
Pasto (capital)	4828	38	1.072	1.338	1.040	798	406	127	9	0
Ricaurte	232	7	64	57	42	30	24	8	0	0
Departamento	17598	210	4395	4934	3602	2665	1348	393	47	1

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Nariño - IDSN 2014 [4]

La Tabla 3, evidencia que el embarazo a temprana edad es muy frecuente en el municipio de Ricaurte; se da incluso, desde los diez años de edad; comparativamente en el municipio de Pasto, de 4.828 embarazos, solo 38, equivalente al 0,89 %, ocurrieron en niñas entre los diez y los catorce años de edad, mientras que, en Ricaurte, de 232 embarazos, 7 ocurrieron en ese grupo (3 %). En Pasto, el 22 % de los embarazos sucedieron en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que en Ricaurte la cifra fue del 27 % en ese mismo grupo de (ASIS, 2013) (IDSN, 2014).

El embarazo precoz es un factor de riesgo importante para la morbilidad materna extrema (MME) y para la mortalidad materna. La Tabla 4 compara la ocurrencia de partos en niñas entre los 10 y los 14 años, en Ricaurte, la ciudad de Pasto y el departamento de Nariño. El municipio de Ricaurte evidencia un mayor riesgo de ocurrencia de embarazos precoces (ASIS, 2013) (IDSN, 2014).

Tabla 4.

Comparativo: partos en niñas entre los 10 y 14 años, Ricaurte, Pasto y Nariño 2005 – 2013

Entidad territorial	Partos en niñas entre 10 - 14 años, %									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Pasto #	43	25	45	25	36	30	35	31	38	
% ocurrencia	0.7	0.4	0.8	0.5	0.7	0.6	0.7	0.6	0.8	
Ricaurte #	2	8	5	5	1	4	4	5	7	
% ocurrencia	0.7	3.1	1.7	1.8	0.4	1.6	2.4	2.6	3	
Departamento Nariño #	230	223	235	200	214	207	200	180	210	
% ocurrencia	1	1	1.1	1	1.1	1.1	1.1	1	1.2	

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Nariño - IDSN 2014 [4]

Tabla 5.

Nacimientos por número de nacidos vivos: Ricaurte, Pasto y departamento de Nariño 2013

Entidad Territorial	Total	Número de hijos nacidos vivos							
		1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos	6 hijos	7 hijos	8 + hijos
Pasto	4.828	2.822	1.524	335	98	26	11	5	7
		(57.4%)	(31.6%)	(7%)	(2%)	(0.54%)	(0.22%)	(0.10%)	(1.14%)
Ricaurte	232	117	58	24	9	6	5	3	10
		(50.45%)	(25%)	(10.3%)	(3.9%)	(2.6%)	(2.15%)	(1.3%)	(4.3%)
Departamento	17.598	9.160	5.255	1.856	672	287	150	99	119
		(52.08%)	(30%)	(10.5%)	(3.81%)	(1.6%)	(0.85%)	(0.56%)	(0.6%)

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud de Nariño, IDSN 2014 [4]

La sumatoria de los casos de hijos NV a partir de la 3a gestación entre los Awá representa el 14,25 % de los nacimientos.

Otro factor asociado a casos de MME y, especialmente, a casos de mortalidad materna, es la multiparidad. Como se evidencia en la Tabla 5, hasta el 14,25 % de los nacimientos en Ricaurte se producen en grandes múltiparas; esto es, mujeres que quedan en embarazo después de la tercera gestación, factor que se constituye en alto riesgo para MME y mortalidad materna. En este caso, el 14,25 % hace referencia a la sumatoria de los partos que suceden entre los Awá después del tercer parto, en contraste con la ciudad de Pasto, donde solo se da el 4 % y en el departamento de Nariño, el 7,41 % (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). La multiparidad se asocia a un significativo aumento del riesgo de ocurrencia de emergencias obstétricas por complicaciones como la atonía uterina, que puede desencadenar una hemorragia postparto y a un choque hipovolémico, cuyo desenlace casi siempre es fatal cuando sucede en áreas rurales dispersas, donde no hay atención del parto por personal entrenado, con capacidad técnica y resolutiva para su manejo.

Según el ASIS de Colombia (2013), la mortalidad materna es más alta en la población más pobre: el 60 % se concentra en el 50 % de la población más pobre multidimensionalmente y en la población con mayor índice de analfabetismo; es 1.7 veces más alta en los departamentos y regiones con mayor proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que representa un conjunto de indicadores de acceso a servicios públicos, salud, educación, comunicaciones, saneamiento básico, ingresos, calidad de la vivienda, estrato social.

De igual manera, la dispersión geográfica es un determinante fundamental de la mortalidad materna; ocurren 42.83 muertes maternas más/100.000 NV en áreas rurales dispersas que, en las cabeceras municipales; incluso, la muerte materna es hasta un 70 % más alta en zonas rurales (Minsalud, 2014). La interacción de DSS como pobreza, un alto índice NBI, la etnicidad, ruralidad dispersa, el analfabetismo y una pobre capacidad de respuesta institucional o de oferta de servicios de salud, son el 'caldo de cultivo perfecto' para una sostenida y sistemática mayor mortalidad materna en regiones como el territorio Awá en Colombia.

Mortalidad neonatal

Según la OPS/OMS (2004), el lugar de nacimiento está relacionado con la probabilidad de alcanzar cierta ‘esperanza de vida’ y también, de morir precozmente. Para 2014, la tasa mundial de muerte neonatal antes del día 28 de vida, estaba en 21 muertes/1.000 NV, y era significativamente menor: 10/1.000 NV en países de mayores ingresos (Minsalud, 2014). Las muertes neonatales representan el 41 % de muertes en niños menores de cinco años (OPS, 2004).

Según el ASIS del municipio de Ricaurte (2013) y con la probabilidad de un alto subregistro en los datos de los años 2005 a 2009, las cifras de Ricaurte reportaban tasas de mortalidad neonatal inferiores a las del departamento de Nariño, pero en 2010 el incremento de la tasa fue dramático (Figura 6) (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), en Colombia la tendencia al descenso fue evidente (Figura 6); factores relacionados con el mejoramiento de la notificación de casos están implicados en el pico de casos.

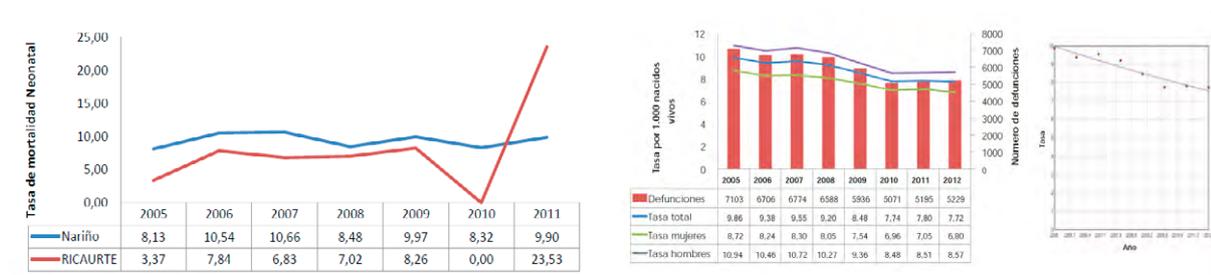


Figura 6. Tasa de mortalidad neonatal municipio de Ricaurte Nariño 2005-2011 y Colombia 2005 - 2012

Fuente: Tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4] y ASIS Colombia 2014 [1]

Tabla 6.

Comparativo: mortalidad neonatal Nariño, Pasto, Ricaurte, Colombia 2008-2014

Entidad territorial	Nacidos Vivos, Casos, Tasa	Mortalidad perinatal cifras - años.						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Nacidos Vivos	5.487	5.071	5.032	4.872	4.865	4.828	4.739
	Casos de mortalidad	89	72	79	98	72	67	84
	Tasa/1.000 NV	16.2	14.2	15.7	20.1	14.8	13.9	17.7
Ricaurte	Nacidos Vivos	285	242	247	170	190	232	193
	Casos de mortalidad	2	3	4	6	3	6	6
	Tasa/1.000 NV	7	12.4	16.2	35.3	15.8	25.9	31
Departamento de Nariño	Nacidos Vivos	20.869	20.355	18.734	18.283	17.630	17.598	17.753
	Casos de MM	372	321	319	367	312	284	337
	Tasa/1.000 NV	17.8	15.8	17	20.1	17.7	16.1	19
Colombia	Tasa/1.000 NV	9.55	8.48	7.54	7.80	7.72	SI	SI

Fuente: elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud de Nariño-IDSN 2014 [1]

Nótense las significativas diferencias de las tasas de mortalidad neonatal del municipio de Ricaurte, comparadas con las registradas en la ciudad de Pasto, en el departamento de Nariño y el país. En ese periodo, en Colombia, la mortalidad neonatal fue hasta tres veces más frecuente/1.000 NV en neonatos nacidos en áreas rurales dispersas, y hasta un 22 % más alta respecto de las áreas urbanas (Minsalud, 2014). Contrario a lo que sucede en el resto del país, en Ricaurte la tasa de mortalidad neonatal se ha mantenido con tendencia al ascenso (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), Hasta 2011 el sistema de reporte de eventos de interés en salud pública del municipio de Ricaurte era débil, por lo que las cifras, aparentemente inferiores, pueden ser producto del subregistro histórico en la región.

La mortalidad neonatal se relaciona, entre otros factores, con el bajo peso al nacer, secundario a un parto prematuro, generalmente asociado a escasos o nulos controles prenatales de la gestante, en cuya ausencia no se detectan factores de riesgo como desnutrición materna, infecciones del tracto urinario, vaginosis, exposiciones a trauma, riesgos químicos, que desencadenan el parto pretérmino y el nacimiento precoz del neonato, con muy bajo peso - inmadurez pulmonar y las consecuentes complicaciones que implican su internación y manejo en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), no disponible en el municipio de Ricaurte. Las UCIN más cercanas están en la ciudad de Pasto, a por lo menos cuatro horas de transporte terrestre y, es preciso mencionar en este punto que el transporte de un neonato en estas condiciones requiere, además de su estabilización en el hospital local de Ricaurte, su referencia en transporte medicalizado, el cual tampoco está disponible en la zona, por lo que muchos de estos niños mueren en el postparto inmediato, en el domicilio o en el hospital local, que tampoco dispone del talento humano especializado para su manejo.

Tabla 7.

Peso al nacer según área de residencia de la madre - Ricaurte 2013

Municipio de Ricaurte	Total	Peso en gramos							
		<1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 +
Total	232	1	1	6	15	70	99	36	4
Cabecera	63	0	0	2	5	21	25	9	1
Centro Poblado	44	0	0	2	3	12	17	9	1
Rural Disperso	125	1	1	2	7	37	57	18	2

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

Como se evidencia en la Tabla 7, durante 2013 nacieron en Ricaurte 232 niños, de los cuales 93 presentaron pesos por debajo de los 3.000 g (peso aceptable al nacimiento); es decir, el 40 % de los neonatos en Ricaurte presentaron bajo peso al nacer (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), situación muy crítica, especialmente en aquellos neonatos por debajo de los 1.500 g, quienes tienen altísimo riesgo de morbilidad y mortalidad secundarias a complicaciones respiratorias, neurológicas y metabólicas por su inmadurez fisiológica y la pobre capacidad resolutoria del hospital local.

Tabla 8.

Nacimientos por edad de gestación según área de residencia de la madre en el departamento de Nariño y municipio de Ricaurte 2013

Área de Residencia de la madre	Total	Tiempo de gestación en semanas							
		<22	22 -27	28-37	38 -41	42 +	Ignorado	Sin información	
Departamento de Nariño	Total	17.598	0	45	3031	14366	88	17	51
	Cabecera	9.432	0	26	1634	7728	37	2	5
	Centro Poblado	3.041	0	11	534	2460	17	7	12
	Rural Disperso	5.125	0	8	863	4178	34	8	34
	Sin información	0	0	0	0	0	0	0	0
Municipio de Ricaurte	Total	232	0	1	50	175	3	0	3
	Cabecera	63	0	0	14	47	2	0	0
	Centro Poblado	44	0	0	10	33	0	0	1
	Rural Disperso	125	0	1	26	95	1	0	2
	Sin información	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

La Tabla 8 permite apreciar que, mientras en el departamento de Nariño solo el 17 % de los neonatos nacen antes de la semana 37, en el municipio de Ricaurte, hasta el 22 % de los nacimientos ocurren antes de la semana 37 (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). En este punto es conveniente mencionar que entre las semanas 28 y 32 del embarazo humano, aparecen y se desarrollan en el pulmón del feto, los neumocitos tipo II, que son las células encargadas de la producción del Surfactante Pulmonar (SFP), sustancia que permite a los bronquios que han estado cerrados durante la vida fetal permanecer abiertos después del nacimiento, al igual que el intercambio gaseoso y la oxigenación de la sangre. Aunque los avances médicos permiten forzar la maduración pulmonar con medicamentos, incluso suministrar el SFP con lo que la calidad y sobrevivencia aumentan y mejoran, esto solo es posible en las más modernas UCI de las instituciones de salud de alta complejidad, que justo en la zona de Ricaurte, no existen. Por tanto, se entenderá que la probabilidad de muerte de un neonato en estas condiciones es muy alta.

El número y la calidad de los controles prenatales (CPN) influyen y determinan el desenlace final del parto y el estado del producto de la gestación al nacer. En la Tabla 9 se observa las inequidades en la cobertura del CPN en Ricaurte, comparado con el municipio de Pasto y el departamento de Nariño (ASIS, 2013) (IDSN, 2014).

Tabla 9.

Comparativo: cobertura Control Prenatal, municipios de Pasto, Ricaurte y departamento de Nariño 2005 – 2013

Entidad territorial	Nacimientos con más de 4 CPN									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Pasto	5.173	4.831	4.777	4.880	4.466	4.361	4.156	4.120	4.290	
% Cobertura CPN	83.9	84	86.2	88.9	88.1	86.7	85.3	84.7	88.9	
Ricaurte	93	112	135	165	139	143	95	144	164	

% Cobertura CPN	31,3	43.9	46.1	57.9	57.4	57.9	55.9	75.8	70.7
Departamento de Nariño	16.044	16.089	16.477	16.404	15.820	14.911	14.896	14.451	15.141
% Cobertura CPN	68.3	71.8	74.1	78.6	77.7	79.6	81.5	82	86

Fuente: Elaboración propia con base en
Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

La cobertura del CPN es significativamente menor en el municipio de Ricaurte, lo que explica, entre otras razones, la pobre o nula detección e intervención precoz de factores de riesgo de la gestante y, en consecuencia, la ocurrencia de casos de MME, mortalidad materna, partos pre-término, bajo peso al nacer, en un importante número de neonatos en el territorio Awá y casos de mortalidad perinatal (ASIS, 2013) (IDSN, 2014).

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es la muerte de los niños menores de un año, cuyos casos son expresión de las profundas inequidades que existen en salud entre las regiones. Según el informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas (2018) en 2014, “la mayoría de estas muertes fueron evitables, injustas e innecesarias”. En 2012, el mundo registraba una tasa de 35 muertes infantiles/1.000 NV. En contraste, en los países de ingresos altos, la tasa fue de 16 muertes infantiles/1.000 NV y en países como Estados Unidos, Canadá y Rusia, la tasa fue de diez muertes/1.000 NV (United Nations, 2015). En los últimos veinte años, la tendencia mundial de la mortalidad infantil se ha mantenido hacia el descenso.

Según el ASIS (2014), en Colombia la tendencia de la mortalidad infantil en los últimos años también ha mostrado un comportamiento hacia el descenso, como se evidencia en la Figura 7, a continuación:

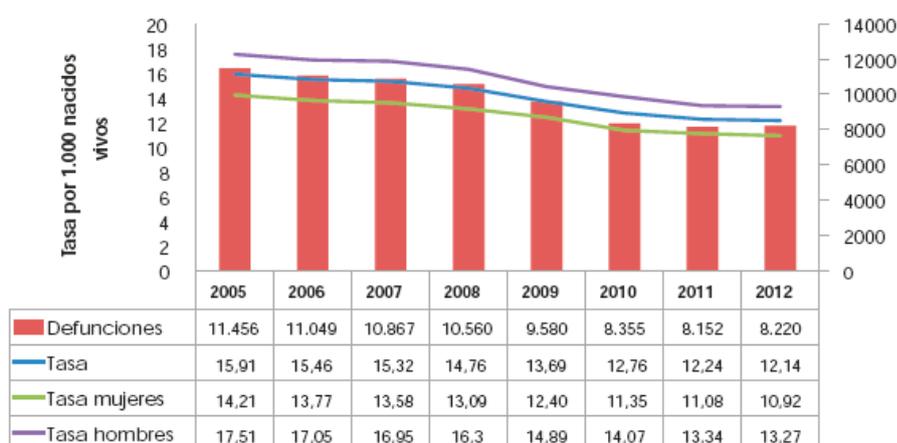


Figura 7. Mortalidad infantil
Colombia 2005 – 2012
Fuente: ASIS Colombia 2014 [1]

En contraste, la situación de mortalidad infantil del municipio de Ricaurte, comparada con la registrada en el municipio de Pasto y el departamento de Nariño, es evidentemente más desfavorable para los niños y niñas Awá. El comportamiento es el siguiente:

Tabla 10.

Comparativo: tasa de mortalidad Infantil, municipios de Ricaurte, Pasto y departamento de Nariño, 2005 -2013

Entidad territorial	Año y tasa									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Pasto	16.22	15.86	15.50	15.14	14.78	14.42	14.18	12.77	11.57	
Ricaurte	46.34	46.34	46.34	46.34	46.34	46.34	46.34	41.71	41.71	
Departamento	25.48	25.14	24.79	24.45	24.10	23.75	23.40	23.15	22.82	

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [1]

En la Tabla 10 se puede observar una significativa mayor tasa de mortalidad infantil en el municipio de Ricaurte (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), respecto del municipio de Pasto y el departamento de Nariño; en ambos referentes, la tendencia en los últimos años viene de manera sostenida hacia la disminución.

Las críticas condiciones sanitarias de los resguardos, la inseguridad alimentaria y, en consecuencia, la desnutrición y las barreras de acceso, coadyuvan en su ocurrencia.

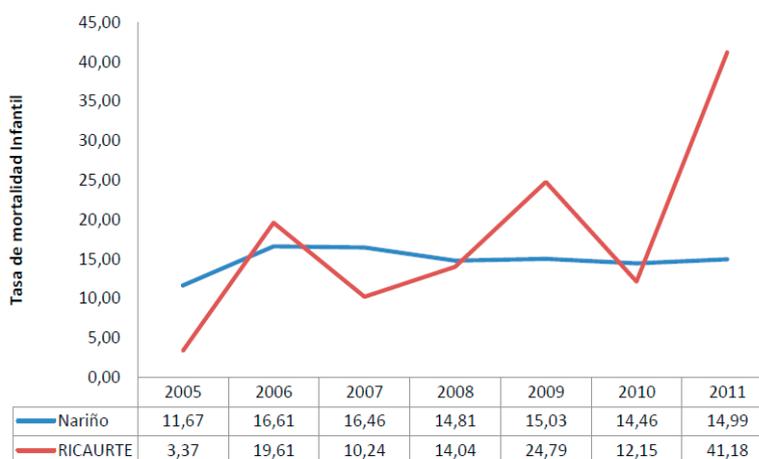


Figura 8. Tasa de mortalidad infantil municipio de Ricaurte y Nariño 2005 - 2011
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

Según el ASIS del municipio (2013) (Figura 8), la mortalidad infantil en Ricaurte evidencia desde 2005, una tendencia ascendente y que progresivamente supera la tasa registrada por el departamento; llama la atención el ascenso en el año 2011, que se ha mantenido hasta la fecha (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). En lo corrido de 2016, según la Organización Camawari se han registrado, al menos, dos muertes infantiles entre los indígenas Awá del resguardo de Nulpe Medio en el municipio de Ricaurte.

Los indígenas Awá, participantes de grupos focales y de las entrevistas a profundidad del presente Modelo, manifestaron que los programas institucionales de salud ofertados por el hospital local de Ricaurte y, en general por las instituciones de salud de Nariño, son carentes de las necesarias y obligatorias adecuaciones interculturales, en temas tan críticos como salud sexual, reproductiva y salud infantil para la prestación de servicios en el territorio Awa.

Estrategias como AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en su componente comunitario, programas de Salud Sexual y Reproductiva adecuados culturalmente, permitirían llegar a concertar acuerdos sobre regulación de la fecundidad, el adecuado espaciamiento de los embarazos y nacimientos, la atención intercultural de la gestación, parto, puerperio y probablemente unas mejores condiciones de vida para las mujeres gestantes, los niños y niñas Awá.

Tabla 11.

Diez primeras causas de mortalidad infantil, menores de 1 año - Nariño 2013

No.	Causas	Casos	%	Tasa por cada 1,000 < 1 año
1	P220 - SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	19	9,0	1,1
2	Q249 - MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	17	8,0	1,0
3	P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	13	6,1	0,7
4	P77X - ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	11	5,2	0,6
5	Q250 - CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	8	3,8	0,5
6	J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	2,8	0,3
7	E46X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA	5	2,4	0,3
8	1 - NO DEFINIDO	4	1,9	0,2
9	P070 - PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	4	1,9	0,2
10	P523 - HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (NO TRAUMATICA) DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4	1,9	0,2
Subtotal		91	42,9	5,2
Resto de causas		121	57,1	6,9
Total general		212	100,0	12,0

Fuente: tomado del Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

En la Tabla 11 se puede apreciar que la mortalidad infantil en Nariño se debe especialmente a cuadros respiratorios: dificultad respiratoria de origen infeccioso. En términos de casos de muertes infantiles, las comunidades indígenas Awá hacen un aporte importante a las estadísticas de mortalidad. En modelos probados de APS, se hace uso de las salas de manejo comunitario de las enfermedades respiratorias o salas ERA, que son unos espacios acondicionados en las comunidades rurales, para la atención de pacientes con cuadros respiratorios agudos, especialmente, pediátricos, que reciben cuidados básicos por parte de agentes comunitarios voluntarios, que han sido previamente entrenados en la identificación e intervención oportuna de pacientes que presentan signos y síntomas respiratorios, sus complicaciones y los signos de alarma o agravamiento, al igual que en la realización de limpieza nasal, administración de medicamentos básicos y en la referencia de los cuadros complicados.

Estas salas han demostrado un impacto contundente en la disminución de la mortalidad infantil por estas causas (OMS, 2008).

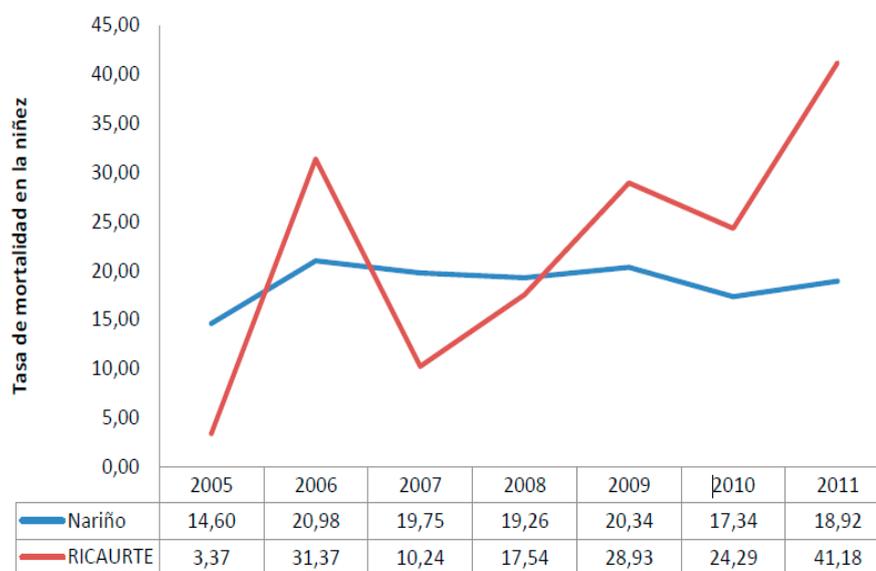


Figura 9. Mortalidad de la niñez municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

El comportamiento de la mortalidad en la niñez (muerte de niños y niñas menores de cinco años) en el municipio de Ricaurte Nariño ha presentado también un comportamiento ascendente que supera la tasa departamental (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), las causas que se menciona están relacionadas con la desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias. La tendencia en el departamento es ligeramente descendente

Tabla 12.

Diez primeras causas de mortalidad, menores de 5 años, Nariño 2013.

No.	Causas	Casos	%	Tasa por cada 1,000 nacidos vivos
1	Q249 - MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	21	7,7	1,2
2	P220 - SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	19	7,0	1,1
3	P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	13	4,8	0,7
4	P77X - ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	11	4,0	0,6
5	J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	9	3,3	0,5
6	Q250 - CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	8	2,9	0,5
7	E46X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	7	2,6	0,4
8	W840 - OBSTRUCCIONES NO ESPECIFICADA DE LA RESPIRACION: VIVIENDA	6	2,2	0,3
9	I - NO DEFINIDO	5	1,8	0,3
10	P070 - PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	4	1,5	0,2
Subtotal		103	37,7	5,9
Resto de causas		170	62,3	9,7
Total general		273	100,0	15,5

Fuente: tomado del Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

La Tabla 12 evidencia que, entre las principales causas de mortalidad en niños menores de cinco años en Nariño, después de las malformaciones congénitas del corazón, están los cuadros respiratorios, especialmente aquéllos de origen infeccioso (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), todos susceptibles de manejo en el primer nivel de atención e, incluso, de manejo comunitario con salas ERA en los resguardos.

Tabla 13.

Diez primeras causas de mortalidad Ricaurte, grupos de edad 2013

No.	Municipio - Causa	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 59 años	60 y más años	No definido	Total	Tasa por cada 10,000 hbs
	52612 - Ricaurte	9	2	2	17	5	31	0	66	36,9
1	I678 - OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	4	0	4	2,2
2	I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	0	0	0	0	0	3	0	3	1,7
3	J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	3	0	3	1,7
4	R98X - MUERTE SIN ASISTENCIA	1	0	0	0	0	2	0	3	1,7
5	C539 - TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	2	0	2	1,1
6	I219 - INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	2	0	2	1,1
7	I609 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	2	0	2	1,1
8	J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	1	0	0	0	0	0	2	1,1
9	P77X - ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	2	0	0	0	0	0	0	2	1,1
10	X954 - AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS: CALLES Y CARRETERAS	0	0	0	2	0	0	0	2	1,1
	Subtotal	4	1	0	2	0	18	0	25	14,0
	Resto de causas	5	1	2	15	5	13	0	41	23,0

Fuente: tomado del Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

De las 66 muertes ocurridas en todos los grupos de edad en Ricaurte, Nariño, durante 2013, al menos el 13,6 % sucedieron en niños menores de un año; el 16,7 % en niños menores de cuatro años y el 19,7 % en niños y niñas menores de 14 años (Tabla 13) (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). Las causas fueron especialmente enfermedades relacionadas con cuadros infecciosos respiratorios y gastrointestinales evitables.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda

Tal como lo evidencian las Figuras 27 y 28, la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños y niñas menores de cinco años en Ricaurte, Nariño, es marcadamente superior respecto del resto del departamento de Nariño; las cifras superan de lejos las tasas regionales y nacionales ^[4], ^[11]. Tal como se refirió anteriormente, si poco más del 90 % de la población de Ricaurte es indígena Awá y hasta el 86 % vive en áreas rurales, buena parte de los niños y niñas Awá, aportarían los casos de mortalidad por EDA e IRA.

Factores como la desnutrición, las críticas condiciones sanitarias de las viviendas debido a la nula cobertura de sistemas de suministro de agua segura, de disposición sanitaria de excretas, residuos sólidos y el parasitismo intestinal, coadyuvan la ocurrencia de los casos, su agravamiento y desenlace fatal.

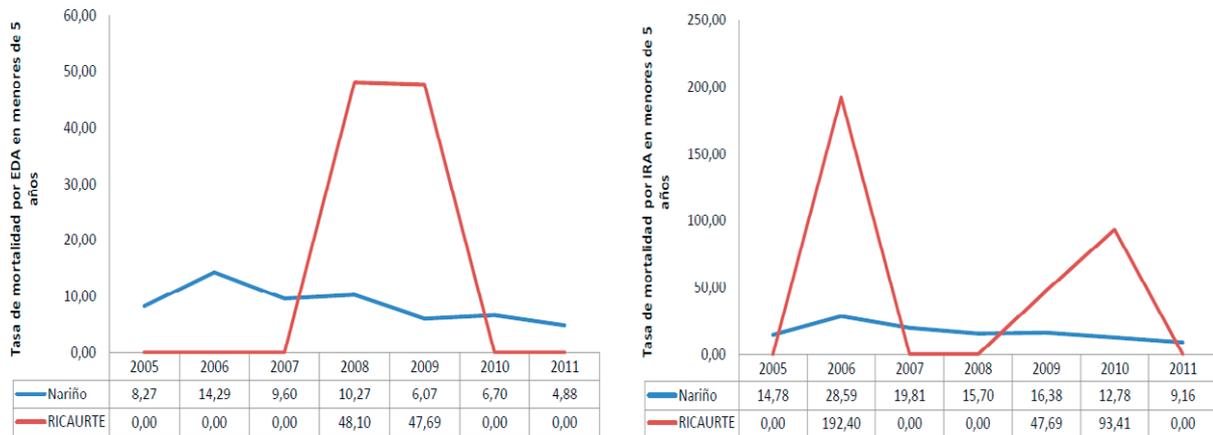


Figura 10. Tasas de mortalidad por EDA e IRA municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

La ausencia de registro de casos de mortalidad por EDA e IRA en algunos años del periodo 2005 – 2011, no se explica necesariamente por la no ocurrencia de casos, sino más bien, por el subregistro de información en salud que ha caracterizado a la región. Como se anotó previamente, buena parte de la población infantil Awá menor de cinco años de edad, asentada en los resguardos más lejanos, no tiene ningún tipo de documentación que los identifique como ciudadanos colombianos; por tanto, sus nacimientos y decesos no son reportados, ni contabilizados oficialmente.

La Tabla 14 da cuenta de las inequidades en materia de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años en Ricaurte, Nariño, cuando se compara con la mortalidad de los niños y niñas de la ciudad de Pasto y el departamento de Nariño.

Tabla 14.

Comparativo: mortalidad por IRA en niños menores de 5 años.

Entidad Territorial	Población, Casos, Tasa	Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años.						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Población < 5 años	32.643	32.452	32.325	32.086	31.844	31.593	31.374
	Casos de mortalidad	5	1	2	0	3	1	2
	Tasa/100.000	15.3	3.1	6.2	0.0	9.4	3.2	6.4
Ricaurte	Población < 5 años	2.079	2.097	2.141	2.158	2.180	2.209	2.248
	Casos de mortalidad	1	1	2	2	1	4	0
	Tasa/100.000	48.1	47.7	93.4	92.7	45.9	181.1	0.0
D. de Nariño	Población < 5 años	166.559	164.785	164.285	163.808	163.527	163.552	163.870
	Casos de mortalidad	23	17	19	22	20	23	11
	Tasa/100.000	13.9	10.3	11.6	13.4	12.2	14.1	6.7

Departamento de Nariño, Pasto y Ricaurte 2008-2014
Fuente: ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

Tabla 15.

Casos de morbilidad por EDA en menores de 5 años. Comparativo: tasa departamento de Nariño y municipio de Ricaurte 2011-2014

Municipio y Nariño	Población, Casos, Tasa	Años			
		2011	2012	2013	2014
Ricaurte	Población < 5 años	2.158	2.180	2.209	2.248
	Casos	1.137	1.240	1.107	1.237
	Tasa/100	52.7	56.9	50.1	55.0
Departamento de Nariño	Población < 5 años	163.808	163.527	163.552	163.870
	Casos	33.027	31.547	30.346	31.713
	Tasa/100	20.2	19.3	18.6	19.4

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [1]

La Tabla 15 permite apreciar una significativa mayor prevalencia de casos de morbilidad por EDA en niños y niñas menores de cinco años en Ricaurte Nariño, respecto del departamento de Nariño. Varios casos de morbilidad por EDA terminaron en casos de muertes de la niñez (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), todos evitables.

Situación nutricional del municipio de Ricaurte Nariño

En 2012, el Centro de Recuperación Nutricional del municipio de Ricaurte reportó la valoración del estado nutricional de 656 niños Awá de siete años de edad, atendidos durante ese año; el 100 % tenía algún grado de desnutrición; el 51 % presentaba desnutrición crónica (baja talla para la edad); el 36 % tenía desnutrición global (deficiencia de peso con relación a la edad, resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes), y el 13 % restante desnutrición aguda (bajo peso para la edad) (Figura 11) (ASIS, 2013) (IDSN, 2014), que es una forma de desnutrición relacionada directamente con la ocurrencia de casos de mortalidad por esta causa.

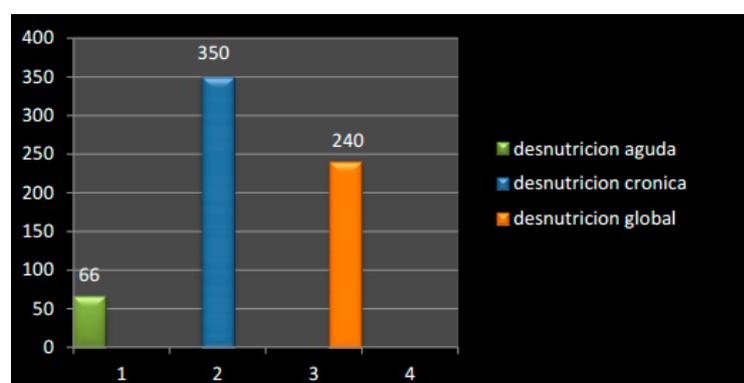


Figura 11. Estado nutricional de niños y niñas del Centro Nutricional Camawari 2012
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

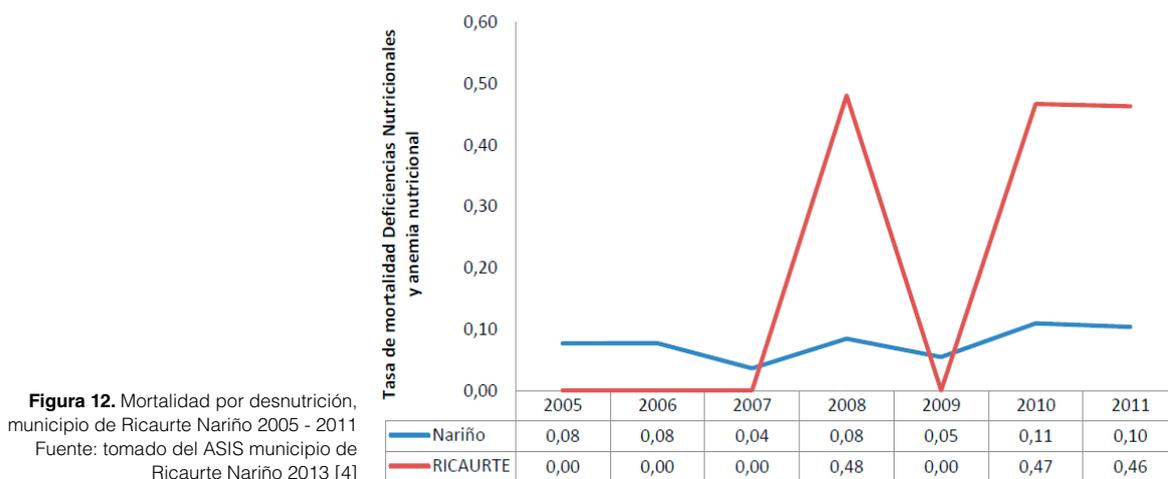


Figura 12. Mortalidad por desnutrición, municipio de Ricaurte Nariño 2005 - 2011
Fuente: tomado del ASIS municipio de Ricaurte Nariño 2013 [4]

La tasa de mortalidad por desnutrición en el periodo 2005 - 2011 evidencia un comportamiento alarmante por la importante afectación de la población infantil menor de cinco años en Ricaurte Nariño, que supera de lejos la tasa departamental (ASIS, 2013) (IDSN, 2014).

Otros indicadores de inequidades en la atención en salud del pueblo Awá

Tabla 16.

Comparativo: casos de parálisis flácida 2008 - 2014. Ricaurte, Pasto y Nariño

Entidad territorial		Parálisis Flácida - Población < 15 años						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Población	105.958	105.373	104.668	103.833	102.894	101.892	100.886
	Casos	3	2	1	0	2	1	4
	Tasa	2.8	1.9	1	0	1.9	1	4
Ricaurte	Población	6.222	6.293	6.353	6.405	6.444	6.479	6.522
	Casos	0	0	0	1	0	0	0
	Tasa	0.0	0.0	0.0	15.6	0.0	0.0	0.0
D. Nariño	Población	503.258	502.322	501.134	499.692	497.968	496.285	494.835
	Casos	8	6	2	3	8	10	15
	Tasa	1.6	1.2	0.4	0.6	1.6	2	3

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [1]

* Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros.

En 2011, la tasa de casos de parálisis flácida en el municipio de Ricaurte, Nariño, fue de 15.6 (Tabla 16), mientras que, en la ciudad de Pasto y en el departamento de Nariño, ningún periodo superó un dígito (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). Las vacunas, entre ellas Polio Oral, son la medida

preventiva más costo efectiva en salud pública para evitar las enfermedades inmunoprevenibles, como los casos de poliomielitis, que cursan con parálisis flácida.

Históricamente y, hasta hace muy pocos años, las coberturas de aplicación de biológicos del PAI en el municipio de Ricaurte Nariño fueron reportadas por debajo del 95 % (ASIS, 2013) (IDSN, 2014); es decir, coberturas consideradas no útiles para controlar la ocurrencia de enfermedades inmunoprevenibles.

Tabla 17.

Comparativo: casos de tosferina 2008 - 2014. Ricaurte, Pasto y Nariño

Municipio		Parálisis Flácida - Población total						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Población	400.055	405.882	411.697	417.484	423.217	428.890	434.486
	Casos	2	1	0	11	23	4	9
	Tasa x 100.000	0.5	0.2	0.0	2.6	5.4	0.9	2.1
Ricaurte	Población	15.971	16.338	16.711	17.090	17.475	17.862	18.255
	Casos	0	0	0	1	0	1	0
	Tasa x 100.000	0.0	0.0	0.0	5.9	0.0	5.6	0.0
D. Nariño	Población	1.599.646	1.619.461	1.639.560	1.660.062	1.680.795	1.701.782	1.722.945
	Casos	6	5	3	43	52	9	14
	Tasa x 100.000 h	0.4	0.3	0.2	2.6	3.1	0.5	0.8

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [1]

* Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros.

La Tabla 17 evidencia una mayor tasa de casos de tosferina en Ricaurte en los años 2011 y 2013, respecto de la tasa de la ciudad de Pasto y el departamento de Nariño (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). La tosferina es un evento de interés en salud pública, perteneciente al grupo de enfermedades inmunoprevenibles mediante la aplicación de las vacunas del PAI.

Tabla 18.

Comparativo: meningitis tuberculosa Pasto, Nariño y Ricaurte 2008-2013

Municipio		Meningitis tuberculosa - población a riesgo						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pasto	Población	400.055	405.882	411.697	417.484	423.217	428.890	SI
	Casos	2	0	1	8	3	2	SI
	Tasa x 100.000	0.5	0.0	0.2	11.7	0.7	0.5	SI
Ricaurte	Población	15.971	16.338	16.711	17.090	17.475	17.862	SI
	Casos	0	1	1	0	1	0	SI
	Tasa x 100.000	0.0	6.1	6.0	9.9	5.7	0.0	SI

	Población	1.599.646	1.619.461	1.639.560	1.660.062	1.680.795	1.701.782	SI
D. Nariño	Casos	3	4	3	11	11	3	SI
	Tasa x 100.000 h	0.2	0.2	0.2	0.7	0.7	0.2	SI

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

* Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros

Tabla 19.

Comparativo: tuberculosis extrapulmonar. Nariño, Pasto y Ricaurte 2008 -2013

Municipio	Tuberculosis Extrapulmonar - Población a riesgo							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Pasto	Población	400.055	405.882	411.697	417.484	423.217	428.890	SI
	Casos	10	5	6	16	8	11	SI
	Tasa x 100.000	2.5	1.2	1.5	11.7	1.9	2.6	SI
Ricaurte	Población	15.971	16.338	16.711	17.090	17.475	17.862	SI
	Casos	2	1	1	0	1	1	SI
	Tasa x 100.000	12.5	6.1	6.0	9.9	5.7	5.6	SI
D. Nariño	Población	1.599.646	1.619.461	1.639.560	1.660.062	1.680.795	1.701.782	SI
	Casos	32	16	23	33	26	28	SI
	Tasa x 100.000 h	2	1	1.4	2	1.5	1.6	SI

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

* Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros

Tabla 20.

Comparativo: tuberculosis pulmonar Nariño, Pasto y Ricaurte. 2008-2013

Municipio	Tuberculosis pulmonar - Población a riesgo							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Pasto	Población	400.055	405.882	411.697	417.484	423.217	428.890	SI
	Casos	27	27	25	25	22	32	SI
	Tasa x 100.000	6.7	6.7	6.1	11.7	5.2	7.5	SI
Ricaurte	Población	15.971	16.338	16.711	17.090	17.475	17.862	SI
	Casos	3	0	3	6	2	1	SI
	Tasa x 100.000	18.8	0.0	18	9.9	11.4	5.6	SI
D. Nariño	Población	1.599.646	1.619.461	1.639.560	1.660.062	1.680.795	1.701.782	SI
	Casos	155	102	140	145	166	136	SI
	Tasa x 100.000 h	9.7	6.3	8.5	8,7	9.9	8.0	SI

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

* Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros

Las Tablas 18,19 y 20, sobre casos de tuberculosis meníngea, tuberculosis extrapulmonar y tuberculosis pulmonar en Ricaurte, periodo 2008 – 2013, comparativamente con la ciudad de Pasto y el departamento de Nariño, evidencian que la población de Ricaurte resulta más afectada por este evento de interés en salud pública, especialmente la población de adultos mayores (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). Factores como el hacinamiento de las viviendas, las condiciones nutricionales de los indígenas Awá y la nula o muy pasiva búsqueda de sintomáticos respiratorios, inoportuno diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, desencadenan la elevada incidencia y prevalencia de casos de manera habitual en el territorio Awá.

Tabla 21.

Comparativo: cobertura de agua población urbana y rural. Pasto, Ricaurte y Nariño 2014

Municipio y Departamento	Población Urbana 2014	Población Urbana + suministro Agua Potable	Cobertura agua sin riesgo urbano	Población Rural 2014	Población Rural + suministro Agua Potable	Cobertura agua sin riesgo rural	Población Total 2014	Población total + suministro de agua potable	Cobertura Total de agua sin riesgo
Pasto	360.242	360.242	100	74.298	7.429	10	434.540	367.671	85
Ricaurte	2.456	0	0	15.799	0	0	18.255	0	0
Nariño	845.502	410.475	49	877.497	13.201	1.5	1.722.999	423.676	25

Fuente: Elaboración propia con base en Boletín de Indicadores de Salud - IDSN 2014 [11]

*Nota: los periodos reportados en 0 no necesariamente significan ausencia de casos, sino también, subregistros

Las cifras de la Tabla 21 permiten observar otra de las inequidades en salud del pueblo Awá: la cobertura en agua segura potable es de 0 %, incluso en el área urbana del municipio; el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA) fue determinado como Alto por parte del IDSN (ASIS, 2013) (IDSN, 2014). Esta situación, junto a similar cobertura en disposición sanitaria de excretas, es responsable de los frecuentes casos de morbimortalidad por EDA, parasitismo intestinal y otras infecciones gastrointestinales de origen hídrico.

4

**Qué se pretende
alcanzar con el estudio.**



Los objetivos, piezas fundamentales

Mediante el proceso investigativo se buscó concertar con las organizaciones, las autoridades tradicionales del pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia, y las autoridades locales, regionales y nacionales de salud, un modelo de atención intercultural en salud con fundamentación teórica en APS y con enfoque de DSS, que contribuyera al mejoramiento de su situación de salud. De igual manera, se trabajó con el fin de identificar las barreras socioculturales para el acceso efectivo de los Awá a los servicios de salud, los fundamentos de su cosmovisión en salud y sus fortalezas sociales y culturales, que deben ser constituidas en elementos de un modelo de atención intercultural en salud, concertando para ello las bases del modelo de APS, con enfoque de DSS.

Metodología

Este estudio se orientó bajo el paradigma de investigación cualitativa, con un diseño de etnografía crítica con elementos de la Investigación – Acción, que comprenden al conocimiento como una construcción social permanente, lo que implica el reconocimiento de los miembros del pueblo indígena Awá como actores sociales, activos y protagonistas del proceso de investigación y, al investigador, como un facilitador que orienta el proceso, que construye, pero a la vez se construye con la comunidad.



Figura 13. Espacios de socialización del proyecto – Segundo semestre de 2014

* Nota: socialización del proyecto ante las autoridades tradicionales del pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, y los directivos y funcionarios del hospital Local de Ricaurte Nariño.

Salgado (2007) afirma que la investigación cualitativa es flexible y abierta; por ello debe ajustarse a las características no solo de la comunidad, sino también a las condiciones en las que se circunscribe; en este caso, a la realidad del pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia.



Figura 14. Resguardo Vegas durante la socialización del proyecto. Enero 2015

* Nota: pleno de la asamblea de todos los cabildos del municipio de Ricaurte, Nariño, donde oficialmente se avaló la ejecución del proyecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, así como el propósito de comprender las bases socioculturales para la construcción participativa de un modelo intercultural de salud, concertado, con fundamentación teórica en APS, con enfoque de DSS para el pueblo indígena Awá de Nariño, este estudio se desarrolló desde la etnografía crítica. De acuerdo con Spradley (citado por Vasilachis, 2006), la etnografía crítica es el trabajo de describir una cultura; está orientada a comprender otra forma de vida, desde el punto de vista de las personas que la viven; implica aprender de la gente; el principal propósito es captar el significado de las acciones y los sucesos para el grupo humano que se trata de comprender; se dirige a la acción para el cambio, en la que el investigador se involucra y toma una posición crítica de la situación a investigar (Valdez, 2013).



Figura 15. Socialización y discusión técnica del proyecto

* Nota: funcionarios del IDSN en representación del Ministerio de Salud y Protección Social, para los acuerdos que permitieron la financiación del componente participativo del pueblo Awá en la construcción del Modelo. Febrero 2015. Fotografía del autor

En coherencia con el enfoque de etnografía crítica, el desarrollo de esta investigación implicó la inserción del investigador en el campo, lo cual permitió, en primera instancia, una aproximación a las relaciones sociales de la comunidad Awá, su cosmovisión y significados frente a la salud y la enfermedad, los servicios de salud y, en general, el modo de vida. A partir de un análisis crítico del conocimiento y realidad de la comunidad Awá y del investigador fue posible concertar un Modelo Intercultural de Atención en Salud con fundamento en APS y enfoque de DSS.

Diseño

Para el desarrollo de la investigación entre los años de 2014 y 2016 se realizó un proceso cíclico, acorde con la metodología planteada. Los participantes y el investigador construyeron el Modelo de acuerdo con el tiempo, el espacio y el contexto particular de la investigación, considerándose los siguientes aspectos:

- a. **Ingreso al campo:** proceso de familiarización que permitió que el investigador conociera las comunidades, la comunidad al investigador y se establecieron relaciones de confianza. Se realizaron múltiples ingresos del investigador acompañado por integrantes de la organización Camawari a los resguardos indígenas, con permanencia de semanas enteras de interrelación, incluso atención en salud en las comunidades visitadas.
- b. **Interpretación intersubjetiva:** se contrastó y discutió la información obtenida a través de diferentes fuentes y técnicas de recolección de información. Los indígenas Awá participaron activamente en cada mesa de trabajo, fueron los relatores de las conclusiones y avances del modelo.
- c. En mesas de trabajo con representantes delegados por las autoridades tradicionales, se realizó la evaluación permanente de los avances y del proceso de investigación, efectuando los ajustes metodológicos necesarios según las exigencias del momento.
- d. **Reflexión crítica:** con la intención de optimizar la práctica trabajada a través de la comunicación y comprensión mutua entre participantes e investigador. Cada avance en la formulación del Modelo fue presentado y sometido a amplias discusiones en asambleas comunitarias, para hacer reflexiones críticas e interpretación de la información obtenida, hasta lograr consensos y su incorporación al Modelo.

Lo anterior permitió un encuentro dialógico entre la teoría y la práctica para integrar los conocimientos obtenidos en la construcción participativa de un Modelo Intercultural de Atención en Salud, concertado, con fundamentación teórica en APS y con enfoque de DSS para el pueblo indígena Awá de Nariño.



Figura 16. Proceso etnográfico crítico de la presente investigación.
Fuente. Este estudio

Participantes en la investigación

Los participantes del proceso de investigación fueron integrantes de pueblo indígena Awá de todos los resguardos del municipio de Ricaurte, Nariño, personas mayores de 18 años, jóvenes, adultos y adultos mayores, entre ellos:

- a. Mujeres embarazadas
- b. Madres comunitarias
- c. Indígenas comuneros de los resguardos de Pueblo Viejo, Pialapí, Nulpe Medio, Nulpe Alto, Integrado La Milagrosa, Gualcalá, Guadales, que concentran al resto de los resguardos Awá de Ricaurte, Nariño.
- d. Agentes tradicionales de salud: médicos tradicionales, parteros, sopladores, tocadores de hueso, promotores rurales de salud.
- e. Usuaris de salud de los resguardos
- f. Líderes comunitarios
- g. Autoridades tradicionales, gobernadores suplentes, fiscales, alguaciles, integrantes de la guardia indígena, mayores sabios, entre otros

Técnicas de recolección de información

Análisis documental. Es una técnica de interpretación sistemática, objetiva, replicable y válida de textos, que aporta información al estudio, posibilitando ampliar los marcos de comprensión de datos obtenidos en el trabajo de campo ^[21]. En el presente estudio se analizaron documentos como el Plan de Vida del Pueblo Awá – Organización Camawari, el Plan de Desarrollo Municipal de Ricaurte, Nariño 2012 – 2015, el Análisis de la Situación en Salud – ASIS del municipio de Ricaurte, Nariño (2013), el ASIS del departamento de Nariño 2014, el Boletín de Indicadores de Salud del IDSN 2014, el ASIS de Colombia (2014), documentos técnicos sobre Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) de la OPS, información sobre DSS de la OMS, documentos inéditos de la Organización Camawari sobre la cultura de salud Awá, entre otros que fueron indicados por la Organización Camawari y otros como fuentes oficiales de información que aportaron a la investigación, al contraste y a la confrontación de los resultados con la teoría.

Observación participante



Figura 17. Aspectos de la vida cotidiana de los Awá. Agosto y septiembre de 2015.

* Nota: almuerzo comunitario en el Resguardo de Pueblo Viejo y durante los grupos focales en el Resguardo de Pialapí

La observación participante plantea que, involucrarse e investigar, no son opuestos, sino partes de un mismo proceso de conocimiento social; por ello, esta técnica se desarrolló durante todo el proceso de investigación durante los casi dos años que el investigador estuvo inmerso en el territorio Awá, con el objetivo de realizar descubrimientos, examinar críticamente los conceptos teóricos y anclarlos en realidades concretas (Guber, 2001). La información encontrada a partir de la observación participante se registró en un diario de campo, como herramienta que permitió al investigador sistematizar las experiencias observadas en el trabajo de campo para organizarlas, analizarlas e interpretarlas con relación a los objetivos y sus categorías.

Entrevista a informantes clave



Figura 18. El autor, durante entrevistas a un médico tradicional y un partero Awá.

* Nota: Resguardo del Edén, enero de 2015.

La entrevista a informantes clave proporciona conversaciones para el intercambio de información verbal y analógica; implica un proceso de develar sentimientos, deseos, problemas, creencias, experiencias y comportamientos personales para el desarrollo del conocimiento; al interpretarse los datos se obtiene información valiosa para comprender una situación (Morse, 2003). Con el propósito de profundizar en los significados culturales del pueblo Awá respecto a sus propios procesos de salud y enfermedad, su percepción de los servicios de salud, de los DSS y, en general, su cosmovisión frente a la vida y la salud, las autoridades tradicionales designaron actores claves: médicos tradicionales Awá, integrantes del Comité de Salud de la Organización Camawari, promotores indígenas de salud, madres comunitarias, parteros, gobernadores indígenas, un anciano – sabio, comuneros, mujeres indígenas Awá, para atender las entrevistas a profundidad, actores con quienes se desarrollaron 18 entrevistas. En la Tabla 22 se describen las características de los participantes, resguardos de origen, rol.

Tabla 22.

Relación de informantes clave entrevistados

Rol	#	Sexo Femenino o Masculino	Edad años	Resguardo origen	X – Distancia a cabecera recorrido a pie
Autoridades tradicionales: gobernadores, otros integrantes de los cabildos	5	5 M	42 – 65	Pialapí, Nulpes Medio, Alto, Pueblo Viejo, Gualcalá, Vegas,	12 – 24 horas
Parteros	3	1 F, 2 M	34-58	Nulpes, Pueblo Viejo	18 horas
Médicos tradicionales	3	1 F, 3 M	45-62	Gualcalá,	24 horas
Mujeres (1 gestante)	2	2 F	23 y35	Nulpes	18 horas
Sabio anciano	1	1 M	88	Pueblo Viejo	14 horas
Líderes y representantes	2	2 M	33 y 42	Vegas, Integrado M	8 -12 horas
Otros comuneros indígenas	2	1 F, 1 M	27 y 53	Guadales; Milagrosa	18 horas

Fuente: construcción propia a partir del registro de asistentes a los procesos comunitarios de construcción.

Los criterios para definir el número de participantes entrevistados fueron especialmente, la representatividad de los resguardos, procurando la participación de, al menos, un indígena de cada uno de los resguardos Awá, principalmente de los territorios más retirados, la representación de cada grupo de agentes tradicionales, de las mujeres y de líderes del pueblo Awá. La designación directa de cada entrevistado estuvo a cargo de las respectivas autoridades tradicionales, con lo que además se avalaron y legitimaron los testimonios.

Las entrevistas fueron extensas; al menos 14 de ellas tuvieron una duración de hasta ocho días no continuos, realizadas en diferentes días de la semana y en distintos tiempos del día; algunas, incluso fueron llevadas a cabo durante las noches, por el ejercicio mismo de la ritualidad de los agentes tradicionales. Se utilizó intérpretes para la traducción de las preguntas y durante las conversaciones. El número de participantes también fue determinado por la Organización Camawari.

Grupos focales



Figura 19. Grupos focales Resguardos de Gualcalá, Nulpe Medio. Octubre y noviembre de 2015.
Fuente. Este estudio, fotografías del autor.

Los grupos focales se centran en la pluralidad y variedad de reflexiones, experiencias, percepciones, actitudes y creencias respecto al tema propuesto, involucrando muchos niveles de sentimientos y experiencias, en donde se focaliza la atención e interés en un tema específico de estudio e investigación (Morse, 2003). De esta manera, se organizó 16 grupos focales, cada uno integrado por un número promedio de diez integrantes, mujeres gestantes, agentes tradicionales de salud (médicos tradicionales, parteros, sopladores, tocadores de hueso, promotores rurales de salud), líderes comunitarios y autoridades tradicionales (gobernadores principales y suplentes, fiscales, alguaciles, integrantes de la guardia indígena, sabios mayores, entre otros).

Los temas tratados en los grupos focales fueron desarrollados a través de mesas temáticas dirigidas al conocimiento y análisis de la cosmovisión en salud del pueblo indígena Awá, su percepción del Sistema de Salud de Colombia y la atención que se brinda en las instituciones de salud y los elementos que, desde su pensamiento, se constituyen en los DSS para su pueblo.



Figura 20. Grupos focales de parteros, Resguardo Pueblo Viejo y autoridades tradicionales de Nulpe Medio. Agosto y noviembre de 2015.

Fuente. Este estudio, fotografías del autor.

Los 16 grupos focales fueron definidos de acuerdo con la ubicación geográfica de los resguardos, asegurando la representatividad de todo el territorio Awá del municipio de Ricaurte, Nariño, y su conformación, según las categorías de agentes tradicionales (médicos, parteros, sobanderos, tocadores de hueso, pulseadores), autoridades tradicionales (gobernadores principales, suplentes, fiscales, alguaciles, guardia indígena), comuneros y líderes y un grupo de mujeres comuneras de los resguardos.

La designación de los participantes estuvo a cargo de las autoridades tradicionales de cada resguardo, en coordinación con los representantes de la Organización Camawari. Aunque se trató de limitar el número a solo diez participantes por cada grupo focal, en buena parte de los ejercicios fue materialmente imposible controlar el número de participantes y algunos grupos fueron de hasta 18 personas y más, debido a la gran afluencia de indígenas en cada jornada de trabajo de campo, gracias a la amplia divulgación realizada a través de la emisora comunitaria de Camawari y por el plus de complementar el trabajo de campo con atención médica, que, entre otras cosas, no recibían desde hace varios años.

La metodología de trabajo con los grupos inició con la presentación de los integrantes del equipo de trabajo que acompañaron al investigador (integrantes de la Organización Camawari), el saludo de bienvenida y obtención del aval de cada gobernador, socialización de los objetivos, metodología, organización – distribución de los grupos focales, desarrollo del trabajo en mesas temáticas, socialización de los resultados y su aprobación frente a la asamblea. Las convocatorias en cada resguardo fueron ejecutadas para cuatro y hasta cinco días, tiempo en el cual, gracias a los recursos entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a la Organización Camawari, se financió el traslado de los participantes, estancia, logística y su alimentación en ollas comunitarias. En esos espacios se hicieron actividades propias del proceso investigativo, como observación participante y algunas actividades de atención en salud, como toma de peso y talla, consulta médica a cargo del investigador, entrega de medicamentos, toma de pruebas rápidas para malaria, muestras para tuberculosis y educación en salud.

Los moderadores de las discusiones fueron: el investigador, integrantes del equipo de la Organización Camawari con el apoyo de algunos gobernadores indígenas y los promotores indígenas de salud de cada resguardo. En los resguardos de Pialapí, Pueblo Viejo y Nulpe Medio se contó con el apoyo de los docentes de las escuelas rurales. En cada grupo se ubicó indígenas bilingües que facilitaron la traducción de las conversaciones.

Grupo de discusión

Concluida la fase de los grupos focales, los gobernadores indígenas y la Organización Camawari designaron los participantes más destacados y claves que conformarían los siete grupos de discusión (representativos de los resguardos en los que existen centros de salud y que son los territorios estratégicos que concentran a los demás resguardos).



Figura 21. Grupos de discusión resguardos de Pueblo Viejo y Nulpe Medio. Agosto y noviembre de 2015. Fuente. Este estudio, fotografías del autor.

Mediante esta técnica, que permite establecer y facilitar una discusión guiada por el investigador sobre un tema específico (Arboleda, 2008), se orientó a los grupos de discusión hacia el análisis, debate y argumentación sobre los conceptos de APS, los elementos fundamentales de su Plan de Vida, la cosmovisión de la salud y la vida, la medicina tradicional Awá, sus propios DSS y su percepción de los servicios de salud, que deberían ser incorporados en un modelo de atención en salud. Se facilitó elementos técnicos para la concertación y construcción participativa del Modelo Intercultural de Atención en Salud, que se presenta más adelante.

Entre otras conclusiones plasmadas en la propuesta del pueblo Awá de su modelo de salud y en la matriz final, estos grupos hicieron recomendaciones a la atención hospitalaria en salud –reorientación de servicios a las acciones complementarias para la atención institucional, al papel de los Equipos Básicos de Salud (EBS), de los agentes tradicionales de salud, de las autoridades tradicionales, de la participación comunitaria en salud, en especial en el sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria y al papel de los demás actores y sectores involucrados y responsables de la intervención de sus DSS.

En todos los espacios de los grupos de discusión participaron, además de los indígenas Awá, funcionarios del Hospital Local de Ricaurte, de la Dirección Local de Salud, autoridades tradicionales y líderes de la Organización Camawari.

Proceso de la investigación

En esta investigación se ejecutó en cuatro fases de carácter cíclico, cada una de ellas resultó complementaria de otras en el proceso. Las fases se asimilaron al obligatorio proceso de pre consulta y consulta que rige como derecho para los grupos étnicos en el país (ver Figura 16).

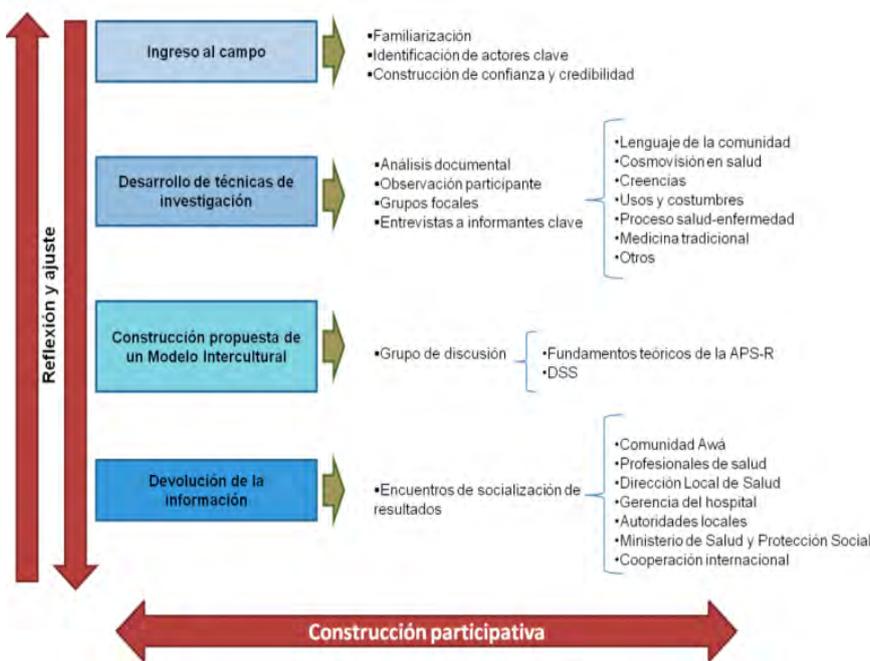


Figura 22. Procedimiento de la presente investigación
Fuente. Este estudio

Fase 1: Ingreso al campo

El proceso de familiarización permitió conocer a la comunidad su forma de vida, costumbres, territorio, dinámicas comunitarias, actores clave, entre otros, posibilitando una mayor comprensión del tema de estudio y de la misma comunidad, así como la construcción de confianza entre el investigador y los participantes, lo cual facilitó el acceso y el desarrollo de las técnicas de recolección de información. Esta fase tuvo distintos momentos:

- Reuniones de socialización del proyecto. El proyecto de investigación y construcción del Modelo fue socializado con representantes de las organizaciones y autoridades tradicionales de los resguardos del pueblo indígena Awá del municipio de Ricaurte, Nariño, por primera vez en septiembre de 2014. De igual manera, se presentó la propuesta a las instituciones de salud del orden local: Alcaldía Municipal, Dirección Local de Salud, hospital local y Aseguradoras, así como también a instituciones del nivel regional: Instituto Departamental de Salud, Hospital Universitario Departamental,

Universidad de Nariño y al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

- b. Determinación de los objetivos del proceso y construcción de la ruta metodológica. Las entidades participantes y la comunidad indígena, luego de una amplia socialización del proyecto, presentaron aportes a la propuesta investigativa, que fueron incluidos para contextualizar el proceso.
- c. Identificación de actores clave. La inserción en la comunidad Awá facilitada y acompañada siempre por la Organización Camawari, permitió la identificación de actores clave para el desarrollo de la investigación; para ello se tuvo en cuenta aspectos como el rol que desempeñan en la comunidad, su relación con el tema de estudio y su disposición a participar.
- d. Plan de trabajo. Se concertó el cronograma de trabajo del proceso de investigación entre los participantes, la Organización Camawari y el investigador.
- e. Definición de acuerdos para la comunicación y comprensión mutua. Mediante la comunicación permanente se establecieron acuerdos para garantizar el adecuado desarrollo del proceso investigativo; para ello fue necesaria la comprensión del lenguaje, códigos y símbolos propios de la comunidad Awá.

Esta fase propició mayor conocimiento de la realidad y la temática a trabajar, ajustar la investigación acorde con las expectativas y aportes de algunos participantes, así como generar confianza y credibilidad en el proceso.

Fase 2: Desarrollo de las técnicas de investigación

A través de la construcción y desarrollo de las técnicas de investigación: análisis documental, observación participante, grupos focales y entrevistas a informantes clave, se pudo comprender aspectos fundamentales de la cosmovisión en salud del pueblo indígena Awá, sus conceptos, lenguaje, creencias, usos, costumbres, significados en el proceso salud – enfermedad y aspectos de la medicina tradicional, que deben ser considerados como un punto de partida de un modelo intercultural de atención; se hizo un análisis de los servicios de salud en el territorio Awá desde la perspectiva intercultural y se identificó de manera conjunta, los problemas de salud y las barreras de acceso a los servicios.

Fase 3: Construcción concertada de la propuesta de un Modelo de Atención Intercultural en salud basado en APS y con enfoque de DSS

A partir de la información obtenida en la fase anterior y el desarrollo de la técnica ‘Grupo de discusión’, se logró la presentación y análisis de los fundamentos teóricos de la Atención Primaria en Salud Renovada propuestos por la OPS, y del marco conceptual de los DSS propuestos por la OMS. La propuesta de Modelo fue construida considerando los siguientes componentes:

- a. Factibilidad socioeconómica y técnica del Modelo. Se analizó las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y administrativas que se debe crear en las direcciones territoriales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las aseguradoras y demás instituciones implicadas para la puesta en marcha del Modelo, que garantice su sostenibilidad.

- b. Planificación y gestión de recursos. La financiación del modelo debe estar esencialmente a cargo de los recursos del SGSSS de Participaciones en Salud, específicamente de los recursos de la UPC, de los regímenes subsidiado y contributivo con los que se financia la atención individual y colectiva de los indígenas Awá y, en general, de los residentes del territorio nacional, de los recursos de salud pública, del Plan de Intervenciones Colectivas, de los recursos propios de las entidades territoriales y de la gestión ante la cooperación internacional.
- c. Articulación del modelo de APS con enfoque de DSS. El Modelo propuesto en la presente investigación se debe articular al modelo de atención en salud del SGSSS de Colombia, en especial a las directrices del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, a la reciente Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (2015) y a la nueva Política de Atención Integral en Salud – PAIS (2016), para garantizar su viabilidad y sostenibilidad técnica, financiera y social.
- d. Garantía del Sistema Obligatorio de la Calidad (SOGC). El Modelo debe cumplir los postulados del SOGC, inicialmente en lo referente a los requisitos de habilitación, idealmente de acreditación, aplicados en el marco de la interculturalidad en salud.
- e. Viabilidad y sostenibilidad. El Modelo se incorporará en los planes gubernamentales de desarrollo y sectoriales de salud.
- f. Empoderamiento Comunitario. Es uno de los principales elementos que garantizará la sostenibilidad social del modelo en el tiempo. Se basa en procesos de empoderamiento comunitario, mediante la sistemática educación sanitaria, la formación y cualificación de talento humano de la misma comunidad indígena, la vinculación de agentes tradicionales de salud y agentes comunitarios de salud a los procesos de atención en salud, referencia y contrarreferencia, vigilancia en salud pública de base comunitaria, el acompañamiento e intervención de otros sectores como educación, sector productivo y desarrollo económico, vivienda, saneamiento básico, entre otros, que estarán a cargo de las entidades responsables de la intervención de los DSS del pueblo Awá.

Con los elementos mencionados se logró construir una propuesta de Modelo de Atención Intercultural en Salud basado en APS y con enfoque de DSS, concertado con las instituciones de salud y la comunidad Awá del municipio de Ricaurte, Nariño, Colombia.

Fase 4: Devolución de la información

Se realizaron cuatro sesiones para socializar y aprobar los resultados obtenidos en el proceso de investigación y concertación del modelo. Los tres primeros espacios fueron desarrollados esencialmente con participación de representantes del pueblo indígena Awá, sus autoridades tradicionales y líderes de la Organización Camawari del municipio de Ricaurte, con el propósito de legitimar los resultados del proceso de concertación.

La cuarta sesión tuvo como propósito la socialización del Modelo ante las actuales autoridades del municipio de Ricaurte, Nariño, la Dirección Local de Salud, la Gerencia del hospital local e IDSN. Este ejercicio permitió el análisis, discusión y aprobación en plenaria institucional y comunitaria del Modelo propuesto, para su posterior presentación ante el Concejo Municipal de Ricaurte, Nariño, donde después de varias discusiones de carácter político se logró su

incorporación al Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, mediante el respectivo Acuerdo municipal.

El Modelo fue puesto a consideración de la Gobernación de Nariño, la cual se comprometió a estudiar e incorporarlo al Plan de Desarrollo Departamental de Nariño. En todos los espacios de devolución de la información se hicieron observaciones, recomendaciones y ajustes que fueron incorporados al documento contentivo del modelo y que hacen parte de la versión final aquí plasmada. En siguientes espacios, el Modelo será presentado como norma ya a la Cooperación Internacional, demás instituciones involucradas en la intervención de los DSS y a las aseguradoras.

Análisis de la información

Para el desarrollo del proyecto se realizó un plan de análisis de datos, acorde con el paradigma de la investigación cualitativa, como insumo que permite fortalecer la comprensión de la información, como se muestra a continuación:

- g. Debido a que gran parte de la información obtenida a través de las entrevistas y grupos focales estaba en lengua awapit propia del pueblo indígena Awá, tuvo que ser traducida al español por un indígena Awá bilingüe, guardando la fidelidad de lo expresado en las grabaciones de audio.
- h. Para el análisis cualitativo se hizo un vaciado constante de información de las categorías inductivas o emergentes en una matriz, obtenidas a través del desarrollo de todas las técnicas y se aplicó la técnica de comparación constante, que consiste en comparar los resultados con los objetivos y la teoría presente en el marco teórico. La información obtenida fue contrastada y retroalimentada con las observaciones en el diario de campo.
- i. A partir de la triangulación de la información entre las diversas técnicas, se realizaron proposiciones que sintetizaron los resultados entre la relación de las categorías.
- j. Elaboración del informe final, integrando la información de las categorías inductivas y deductivas respecto a la teoría.

A continuación, se presenta las categorías deductivas e inductivas que surgieron de la información obtenida en el trabajo de campo a través de las diferentes técnicas desarrolladas y de la teoría que guiaron este estudio.

Tabla 23.
Categorías de análisis

CATEGORÍA DEDUCTIVA	CATEGORÍA INDUCTIVA
Situación del sector salud en el territorio Awá	Análisis de Situación de Salud
	Mortalidad materna
	Mortalidad neonatal
	Mortalidad infantil
	Situación nutricional
	Otros indicadores de inequidades en la atención en salud
	Modelo actual de atención en salud
	Problemática de los DSS del pueblo Awá
Territorio, organización sociocultural, educativa y modos de vida	La concepción de territorio, el "Katsa Su" para los indígenas Awá
	Los "Cuatro mundos Awá"
	La vivienda Awá y el saneamiento básico
	Aspectos nutricionales del pueblo Awá
Cosmovisión de la vida y la salud del pueblo indígena Awá y su relación con sus propios DSS	La educación en el territorio Awá
	Enfermedades espirituales o enfermedades propias, agentes propios de la salud.
	La medicina tradicional
	Usos, costumbres, creencias y prácticas durante la gestación, el parto y el puerperio Awá.
Barreras para el acceso efectivo de los Awá a los servicios de salud	Percepción de los indígenas Awá sobre las principales causas de enfermar y morir en su pueblo.
	Barreras geográficas
	Barreras administrativas
Bases conceptuales del modelo de APS, con enfoque de DSS e Interculturalidad en Salud,	Barreras socioculturales
	Propuestas para la atención intrahospitalaria en salud y para la atención extramural permanente en los resguardos.
	Aproximación a una versión de los DSS para los indígenas Awá, desde su propia cosmovisión de la vida y la salud
	Propuesta de un Modelo de Atención Intercultural en salud, con base en APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia.

Fuente. Este estudio

En las diferentes técnicas desarrolladas se profundizó en las categorías deductivas previamente identificadas. A través de los grupos focales emergió la mayoría de las categorías inductivas de este estudio.

La observación participante, las entrevistas a informantes clave y los grupos de discusión permitieron profundizar la información obtenida en los grupos focales e indagar sobre los conceptos de salud y enfermedad para la comunidad Awá, de lo cual emergieron categorías inductivas como: la medicina tradicional, la percepción de los indígenas Awá en cuanto a las principales causas de enfermedades y muertes en su pueblo, enfermedades espirituales o enfermedades propias, agentes propios de la salud.

Elementos éticos y bioéticos

La presente investigación, cuya propuesta fue revisada y aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México, no implicó riesgos para los participantes, en cumplimiento de la normatividad nacional relacionada (Minsalud, 1993) y se orientó bajo los principios de ética y bioética en relación con el trabajo con seres humanos y grupos étnicos. Teniendo en cuenta las tradiciones, la organización social y política de los indígenas Awá del municipio de Ricaurte, y en cumplimiento de los derechos colectivos y jurisdicción especial de los pueblos indígenas de Colombia, que los determina como 'sujetos de derechos colectivos,' el investigador brindó a las autoridades tradicionales del pueblo Awá, la información necesaria y suficiente acerca de la finalidad, mecanismos, técnicas, aportes de la investigación y concertación del Modelo, orientando a la toma de una decisión libre, autónoma y confidencial que se sustenta en el consentimiento informado general.

En Asamblea general del pueblo Awá, realizada a finales de 2014 en el resguardo de Vegas, se obtuvo del pleno de gobernadores del territorio Awá y de la Asamblea comunitaria el respectivo consentimiento informado colectivo, aval y pleno permiso para adelantar el proceso, y se delegó en la Organización Camawari el diligenciamiento del consentimiento, en nombre de los gobernadores, como máximas autoridades de los cabildos Awá. Las fotografías utilizadas y aquí publicadas fueron autorizadas por Camawari. Por lo anterior, se garantizó el respeto a la dignidad, la protección a los derechos humanos y el bienestar de todos los participantes.

Es posible afirmar que este estudio contiene validez científica, debido a que es coherente con la problemática identificada, tiene un sustento teórico pertinente y suficiente, un lenguaje cuidadoso en todos sus planteamientos y una correspondencia adecuada entre las características de la comunidad y el método utilizado.

La investigación no implicó riesgos para los participantes; por el contrario, sus resultados proporcionan beneficios tanto a la población participante, como al pueblo Awá en general, a la comunidad científica y a las instituciones de salud, dado que permitió, en un primer momento, identificar de manera conjunta elementos fundamentales de la cosmovisión en salud del pueblo indígena Awá, sus conceptos, lenguaje, significados, usos, costumbres, creencias y recursos propios en salud, percepciones frente al actual modelo de salud de Colombia, conocer en terreno la problemática en salud que afronta este pueblo ancestral y, en consecuencia, plantear de manera participativa, alternativas y soluciones, mediante un Modelo de Atención Intercultural en Salud basado en APS y con enfoque de DSS, concertado entre las instituciones de salud y el pueblo indígena Awá del municipio de Ricaurte, Nariño, Colombia.

El Modelo aquí planteado es, entonces, una apuesta para la superación progresiva de las profundas inequidades existentes en la salud del pueblo Awá, secundarias a las dificultades y barreras de acceso a los servicios de salud, al desconocimiento institucional de sus características socioculturales y del pensamiento Awá en los procesos salud/enfermedad, incluso de sus derechos en salud, por la limitada y, en ocasiones, nula atención en salud que brindan las instituciones, por la grave crisis y problemática de sus propios DSS.

El proceso de construcción colectiva logrado mediante la promoción de la participación del pueblo Awá como agente de su propio cambio, contribuirá de manera efectiva con su bienestar y desarrollo, a mejorar sus actuales condiciones de salud y de vida y, por tanto, a su pervivencia física y cultural.

5

Fundamentos teóricos de interés para la construcción del modelo



En 1979, en Alma Ata (antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) se definió la APS como

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación... (Pan American Health Organization, 1978)

Esta definición orienta e inspira la presente investigación con el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia, y a continuación se desarrollan los aspectos más relevantes del Modelo.

Funciones esenciales de la atención primaria en salud

Según Bárbara Starfield (2001), médica estadounidense (1932-2011), importante investigadora de la APS y referente internacional por su gran legado académico y sus numerosas publicaciones en salud, las funciones de la APS son las siguientes:

A. Primer contacto: ante un nuevo problema de salud, las personas acuden a un centro o profesional de salud, que es la puerta de entrada al sistema de salud.

Subdimensiones:

- Accesibilidad: elemento estructural necesario para el primer contacto.
- Utilización de los servicios: el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un nuevo evento en salud.

B. Continuidad: en cuidados, relación de largo plazo, usuario y profesional o centro de salud, relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia.

Subdimensiones:

- Grado de afiliación: los usuarios identifican una fuente habitual de atención en salud y los centros de salud identifican la población candidata de sus servicios.
- Continuidad interpersonal: atención longitudinal y focalizada en la persona, no en la enfermedad.

C. Coordinación: enlace entre los servicios de atención; la persona recibe cuidados apropiados para sus problemas de salud, bajo la responsabilidad de su proveedor de salud. Permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.

Subdimensiones:

- **Sistemas de información:** instrumentos de registro de información, incorporación de esta al plan de atención de las personas y el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población.
- **Integración de la información:** transferencia de información y de recepción de otras fuentes involucradas en la atención de las personas.

D. Integralidad o globalidad: la organización ofrece servicios integrales que la población requiere, identifica problemas orgánicos, funcionales o sociales, especialmente los más frecuentes en la población. Énfasis en prevención.

Subdimensiones:

- **Servicios disponibles:** servicios con los que el centro cuenta, para ser provistos cuando sean necesarios.
- **Servicios proporcionados:** servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee.

Funciones secundarias de la atención primaria en salud

Enfoque familiar: la atención de la salud de los individuos está centrada en su contexto social más cercano: la familia.

Orientación comunitaria: programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida.

Competencia cultural: adaptación y establecimiento de relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud, en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

APS Renovada, fundamentos teóricos para la definición de un modelo de salud para el pueblo indígena Awá

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2007), el objetivo de la APS Renovada es “obtener resultados sostenibles en salud para todos” y su propósito, “revitalizar la capacidad de los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los desafíos en salud y mejorar la equidad”.

Elementos de un sistema de APS Renovada

Cobertura y acceso universal: un modelo de APS debe garantizar la cobertura, acceso

universal y efectivo de los indígenas Awá a los servicios de salud, mediante la eliminación de todo tipo de barreras. La adecuación cultural y la descentralización de servicios implicarán profundos cambios y ajustes en el actual modelo de prestación de servicios del municipio de Ricaurte, departamento de Nariño, Colombia, dado que los servicios de salud deberán ser prestados en terreno.

Primer contacto: el modelo de APS deberá propiciar, en las instituciones de salud, la búsqueda sistemática de las familias Awá, la detección precoz de los factores de riesgo en su salud y su temprana intervención. La comunidad ‘empoderada’ en salud será la primera ‘buscadora y notificadora’ de factores de riesgo; esto es, el primer nexo con los servicios de salud.

Atención integral: el modelo de APS debe generar los espacios para el abordaje integral e intersectorial de la salud en todos los niveles de atención, por ciclo de vida, autocuidado, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que, a su vez, debe incluir el sistema tradicional de salud y el trabajo con sectores como vivienda, educación, empleo, servicios públicos, comunicaciones, vías, seguridad alimentaria y el sector productivo, entre otros, para lograr verdaderos resultados en salud.

La integralidad implicaría que los niveles de atención en salud sean articulados mediante Redes Integradas de Servicios, desconcentradas, que presten servicios de baja, mediana y alta complejidad para la atención integral en salud. Las redes parten de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia con base en la comunidad y sus agentes tradicionales de salud, continúan hacia el equipo básico de salud (EBS) que permanece en la comunidad o muy cercano a esta, de los EBS hacia las instituciones de salud de I, II o III nivel y la contrarreferencia cuando los usuarios terminan sus tratamientos y son regresados a su comunidad, luego de la atención especializada. Este aspecto implica la reorientación de los servicios de salud.

Según la OPS/OMS (2007), la reorientación de los servicios de salud solo podrá alcanzarse con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la APS, los cuales deben garantizar servicios de APS como “puerta de entrada”, es decir, acceso equitativo a los servicios básicos, garantizando el acercamiento de las personas, la intersectorialidad y la participación. Para ello ha de complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social. De igual manera, debe introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y diversos mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Orientación familiar y comunitaria: el modelo de APS debe partir del empoderamiento familiar y la efectiva participación comunitaria en el autocuidado en salud, su vinculación en la vigilancia en salud pública comunitaria y de las acciones de promoción y prevención en la red de referencia y contrarreferencia.

Énfasis en promoción y prevención: este es eje de un modelo de APS que promulga, promueve y estimula la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con estrecha vinculación de las familias, la comunidad, sus organizaciones, los cabildos indígenas y demás autoridades y agentes tradicionales, con las instituciones de salud y demás sectores para el autocuidado y la atención en salud.

Atención apropiada: un modelo de APS para el pueblo indígena Awá debe partir del reconocimiento y respeto de su cosmovisión en salud, de sus agentes y medicina tradicional, de sus concepciones sobre los procesos de salud, enfermedad y DSS y, luego, concertar con ellos el modelo de APS que necesariamente debe incorporar el enfoque de interculturalidad en todos los programas de salud, de manera tal que permita superar las actuales barreras para el acceso efectivo que existe por esta causa.

Otros elementos de la APS son: participación y control social, marco legal, institucional y organizativo, talento humano, intersectorialidad.

Prestaciones individuales, familiares y comunitarias de la APS: estas deben ser prestadas a la comunidad mediante controles de programas, consultas, educación individual, grupal, vacunación, alimentación integral, tratamientos y curaciones, intervenciones psicosociales familiares, salud bucal, visita y atención domiciliaria, cirugía menor, consejería familiar, intervenciones, un plan de salud pública que tenga en cuenta los DSS y las relaciones con la comunidad.

Conformación de un equipo básico de salud - APS Renovada. Si bien la propuesta de los EBS debe incluir profesionales en medicina general, enfermería, odontología (rotatorio en varios resguardos), nutrición (rotatorio), no se puede dejar a un lado los agentes tradicionales de salud, como las parteras, médicos tradicionales, curanderos, que son, por llamarlo así, los 'elementos de conexión' con los sistemas tradicionales de salud; ellos son: los psicólogos sociales comunitarios, que tienen un amplio conocimiento de la cultura de los indígenas Awá, los técnicos de salud, como auxiliares en salud pública, auxiliares de enfermería, personal de apoyo administrativo para garantizar la sostenibilidad del sistema (facturación, costos), técnicos de saneamiento, preferiblemente indígenas Awá capacitados.

Funciones de salud pública de los equipos de salud

Esto implica seguimiento, evaluación, análisis de la situación de salud, vigilancia en salud pública, investigación, control de riesgos y daños a la salud pública, promoción de la salud, participación y control social en salud, políticas y capacidades institucionales de planificación y gestión, regulación, evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, desarrollo de talento humano y capacitación en salud pública, garantía de la calidad de servicios de salud, investigación en salud pública, reducción del impacto de las emergencias y desastres.

Interculturalidad en salud

Según la OMS (2005), las poblaciones indígenas están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país, en la época en que personas de una cultura diferente o con otro origen étnico llegaron procedentes de otras partes del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de no dominancia o colonial, factor que ha hecho que hoy vivan más de conformidad con las nuevas tradiciones e idiomas, que con sus propias costumbres y tradiciones sociales, económicas

o culturales. Los países donde ahora habitan los han sometido al punto de ignorar su propia cultura y su sistema de salud, marginándolos de la sociedad e incorporando en ellos, las características nacionales, sociales y culturales de la población predominante.

Los gobiernos no invierten en los servicios sociales básicos que estas comunidades necesitan, porque por lo general viven en zonas alejadas donde hay poco o nulo acceso a la salud, a una educación de calidad. En consecuencia, casi no tienen participación social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002) es la Agencia del Sistema de las Naciones Unidas que se encarga de regular los aspectos sociales de los países, entre ellos los relacionados con los asuntos de los grupos étnicos y, por su parte, define a los pueblos indígenas y tribales en la Convención 169 (1989) como

Pueblos [...] cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otras secciones de la comunidad nacional y cuyo estatus está regulado por sus propias costumbres o tradiciones o por leyes o reglamentos especiales [...] [los] que son vistos como indígenas en función de su descendencia de las poblaciones que habitaban el país (o la región geográfica a la que el país pertenece) en el tiempo de la conquista o colonización o durante el establecimiento de las presentes fronteras estatales y que, independientemente de su estatus legal, retienen alguna o todas sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas.

Según la OPS (2010), “la interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad, como una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos.” La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferentes culturas, etnias, sociedades o comunidades; a través del diálogo horizontal aspiran al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, como una herramienta no únicamente para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr además un mundo más justo y humano.

La interculturalidad en salud se define entonces, como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos, no solamente como los entornos visibles, sino como la dimensión espiritual y cósmica de la salud. Según Davinson, Jélvez y Yáñez (1997), la interculturalidad se entiende como una relación entre culturas dinámicas, en la que existe reciprocidad, voluntad y horizontalidad, con espacios de encuentro y negociación, y otros donde se mantiene las especificidades, respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganando espacios desde los pueblos indígenas y cediendo espacios desde las instituciones oficiales.

Cosmovisión y medicina tradicional de los pueblos indígenas

Las comunidades indígenas tienen una percepción propia del proceso salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Muchas de ellas entienden la salud como el resultado de unas relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la

familia, la comunidad y la naturaleza, que implican el cumplimiento estricto de unas normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen. De otro lado, entienden la enfermedad como la pérdida del equilibrio existente entre las relaciones del ser humano - espíritu - naturaleza, y como una transgresión de normas y principios de convivencia.

El concepto de cosmovisión hace referencia a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos, a las creencias sobre el origen, estructura del universo, el tiempo y el espacio, el origen, destino y sentido de la vida. La cosmovisión se expresa en los mitos, ritos, tradición oral, sueños, costumbres, creencias y comportamientos propios de cada cultura. Aunque existen diferencias culturales entre los 102 pueblos indígenas del país, hay conceptos en la cosmovisión en salud, que son comunes a todos ellos, especialmente los referentes a su estrecha relación con la “madre tierra”, los conceptos de salud y enfermedad, las categorías de enfermedades “propias y de afuera”, presentes en la práctica de su ancestral medicina tradicional (Portela, 2002).

La OPS define la medicina tradicional como “El sistema de salud que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado” (OPS, 2004). Por lo anterior, el concepto de medicina tradicional hace referencia a saberes, creencias, usos y costumbres de la tradición cultural de los pueblos ancestrales relacionados con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales y los agentes propios que desempeñan funciones de prevención, limpieza, preparación y curación, tales como: médicos tradicionales (chamanes, caciques, The Walas, jaibanás, jaipanás, payés, etc.), parteras, sobanderos, pulseadores, tocadores de hueso, entre otros. La medicina tradicional es para las comunidades indígenas una de las mayores fuentes de sabiduría, por lo que es celosamente guardada, incluso del interés de multinacionales de explotar y comercializar sus conocimientos milenarios.

En contraste con los conceptos racionalistas de la medicina facultativa, la medicina tradicional de los pueblos indígenas se fundamenta en la interpretación de fenómenos reales, intervenidos por fuerzas ocultas, naturales y sobrenaturales, seres míticos como el ‘duende’, el ‘arco’, el ‘cacique’, espíritus y hasta diferentes ‘dioses’ (Portela, 2002). El pensamiento ancestral que está determinado por el equilibrio en el mundo natural es considerado como fuente de sabiduría, por lo que la comunidad y los individuos deben mantenerse en armonía con la naturaleza y demás seres físicos y espíritus, si desean preservar su salud. Otra de las diferencias del pensamiento y cosmovisión indígena es la autodenominación de ‘hijos de la naturaleza’, a la que llaman ‘madre tierra’, en contraste con el ‘pensamiento occidental’, en el que ‘los seres humanos se consideran dueños y señores de la naturaleza, con capacidad de usarla y explotarla sin límites’.

Otro aspecto importante, dentro del concepto de salud para los pueblos indígenas en Colombia, es el relacionado con la seguridad e integridad territorial de sus pueblos, como garantía y fundamento de sus propósitos de pervivencia colectiva y cultural, en el que destacan que las actuales condiciones de conflicto armado, pérdida de territorio y los cultivos ilícitos, alteran su economía y los patrones tradicionales de vida, poniendo en riesgo su autonomía, autoridad tradicional y jurisdicción especial.

Los modelos interculturales proponen la interacción y coordinación de esfuerzos entre las dos medicinas, partiendo del reconocimiento de dos sistemas diferentes, cada cual con su identidad y autonomía; un ambiente de diálogo, colaboración, mutuo reconocimiento y respeto por sus espacios, sus tiempos, su lenguaje, sus concepciones, sus agentes y procedimientos y un diálogo de saberes que “debe tener como punto de partida una confianza prudente en el saber del médico indígena, también llamado chamán o tegua o haipaná, etc., siendo un factor clave el saber escuchar, permitiendo que el diálogo tenga como eje la experiencia y el aprendizaje según los modelos tradicionales” (Portela, 2002). Los médicos indígenas y los médicos facultativos deben acordar en qué casos deben aconsejar a sus pacientes acudir a una u otra medicina para solucionar los problemas de salud y prevenir las enfermedades.

Los determinantes sociales de la salud

En 2009, luego de varios años de arduo trabajo científico y de consultas entre los países miembros, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) promulgó el marco conceptual, y definió que la salud está relacionada con las condiciones de vida de las personas y que sus cambios no solo dependen de la atención sanitaria, sino también de “todas aquellas circunstancias y condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (OMS, 2005). Académicos como Lalonde, Evans, Stoddart, Whitehead, Diderichsen, Frank, Hertzman y Marmot, entre otros, propusieron las relaciones de los DSS y el estado de salud, a tal punto que actualmente se considera que son responsables del 50 % del resultado final del estado de salud de las poblaciones (Minsalud, 2014).

El modelo conceptual utilizado para el presente trabajo es el promulgado por la OMS (2008), que se compone de Determinantes Estructurales e Intermedios de la salud, que son situaciones o condiciones que se relacionan en múltiples niveles para ejercer influencia en estado de salud de las personas, en su bienestar, calidad de vida y desarrollo humano (ver Figura 24).

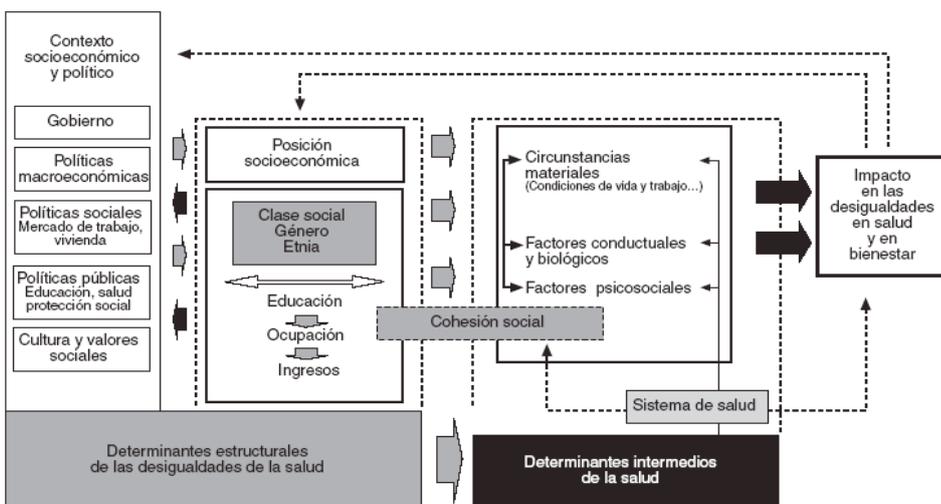


Figura 24. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud - OMS
Fuente: CDSS OMS [35]

Entre los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de la Salud, están: el contexto socioeconómico y político, el gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales, de mercado, de trabajo, de provisión de vivienda, educación, salud, protección social, coberturas y valores sociales, la posición socioeconómica, la clase social, el género, la condición étnica, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos.

En el componente de Determinantes Intermedios de la Salud están las circunstancias materiales, condiciones de vida, trabajo, seguridad alimentaria, características de la vivienda, acceso a servicios públicos, condiciones sanitarias, factores conductuales, biológicos, psicosociales, de cohesión social y los Sistemas de Salud, componentes mediados por interrelaciones que, finalmente, determinan el estado de salud o enfermedad de los individuos o colectivos.

En 2009, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a sus estados miembros a “Subsanar las desigualdades en una generación” (OMS, 2008) y a mejorar la situación de los DSS de las poblaciones mediante la coordinación intersectorial, la promulgación de políticas públicas con equidad sanitaria y la mejora de la salud pública. Colombia incorporó, hace relativamente poco tiempo, el marco conceptual de los DSS en su normatividad, especialmente en normas como la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011), en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP, 2012), en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (2015), que eleva la salud al rango de Derecho Fundamental y en la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) de 2016.

En ese orden de ideas, y con el propósito de identificar la percepción del pueblo Awá sobre lo que ellos consideran serían sus propios DSS, se indagó al respecto en grupos focales con médicos tradicionales, parteros, mujeres y jóvenes, obteniendo resultados que más adelante serán presentados. El trabajo con el pueblo Awá consistió en presentar y analizar uno a uno los conceptos de DSS de la OMS y, posteriormente, con base en su propia cosmovisión de la vida y la salud, construir participativamente una versión Awá de sus Determinantes Sociales de la Salud, al menos los que corresponderían a los Determinantes Intermedios o proximales de la salud del pueblo Awá. La construcción realizada en materia de aportes es muy significativa, novedosa y propositiva para su abordaje, basada en una concepción absolutamente holística de la salud.

Lineamientos recientes del ministerio de salud y protección social relacionados

Por ser fundamentales, pertinentes y necesarios para garantizar la viabilidad y sostenibilidad social, económica y política del presente Modelo concertado de Atención Intercultural en salud para el Pueblo Awá de Ricaurte, Nariño, a continuación se registra los aspectos fundamentales del PDSP (Minsalud, 2012), de la Ley 1751/ de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (Congreso de la República, 2015) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), todos plenamente relacionados con los planteamientos del presente trabajo, las aspiraciones, requerimientos y derechos en salud de los indígenas Awá.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

El PDSP (2012) fue promulgado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en 2013, como la política de Salud Pública del Estado, en la que convergen el desarrollo social, económico y humano de los colombianos; contiene los principios rectores de la intervención en el entorno, los comportamientos, los servicios de salud y la participación social. El PDSP está compuesto por ocho dimensiones prioritarias y dos transversales y está basado en resultados.

Fines del PDSP: alcanzar la equidad en salud, afectar positivamente sus DSS y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad. Sus objetivos estratégicos son: garantizar el goce efectivo de los derechos en salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la salud y no tolerar la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad, que resultan en muchos casos, evitables.

Enfoques del PDSP: Derechos, mediante los cuales se establece que la salud es un derecho igualitario, irrevocable, irrenunciable y extensivo a otros derechos, como la alimentación saludable, el agua, el saneamiento básico, un ambiente sano, en desarrollo de las determinaciones de la Corte Constitucional de Colombia, organismo que ha reconocido a la salud como un derecho fundamental [40]. En su enfoque diferencial, el PDSP determina la inclusión de personas excluidas, por ciclo de vida, orientación sexual, género, etnia, discapacidad, víctimas de conflicto armado. En el enfoque poblacional se aborda aspectos demográficos, ambientales, sociales y económicos de los territorios.

Marco Conceptual del PDSP 2012 – 2021: (Ver Figura 25) es un compuesto de relaciones entre los fines, objetivos (externos en la figura), dimensiones prioritarias, transversales y líneas operativas (centro) que deben contribuir, en todo caso, a la equidad en salud y, en consecuencia, al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de los colombianos.

onados:

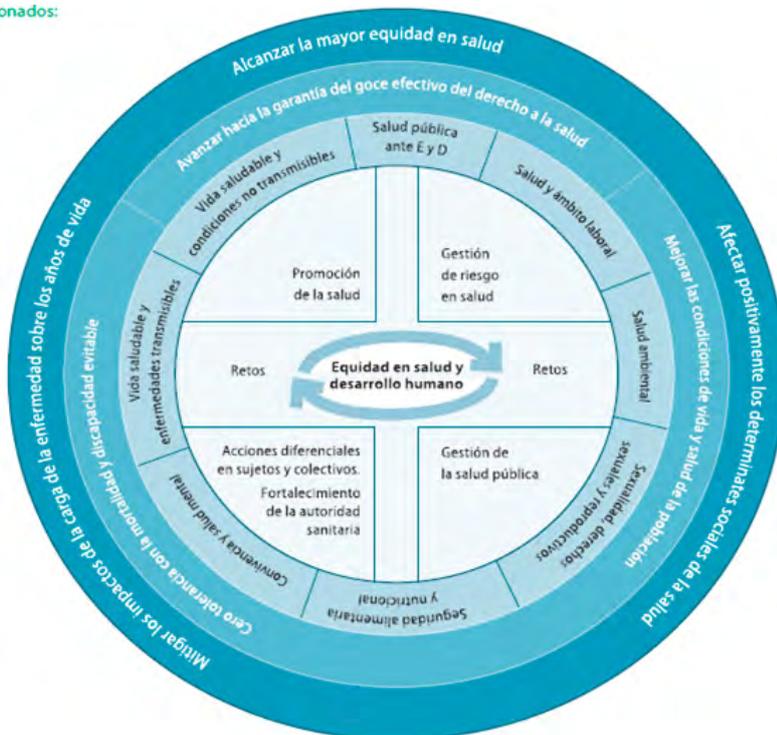
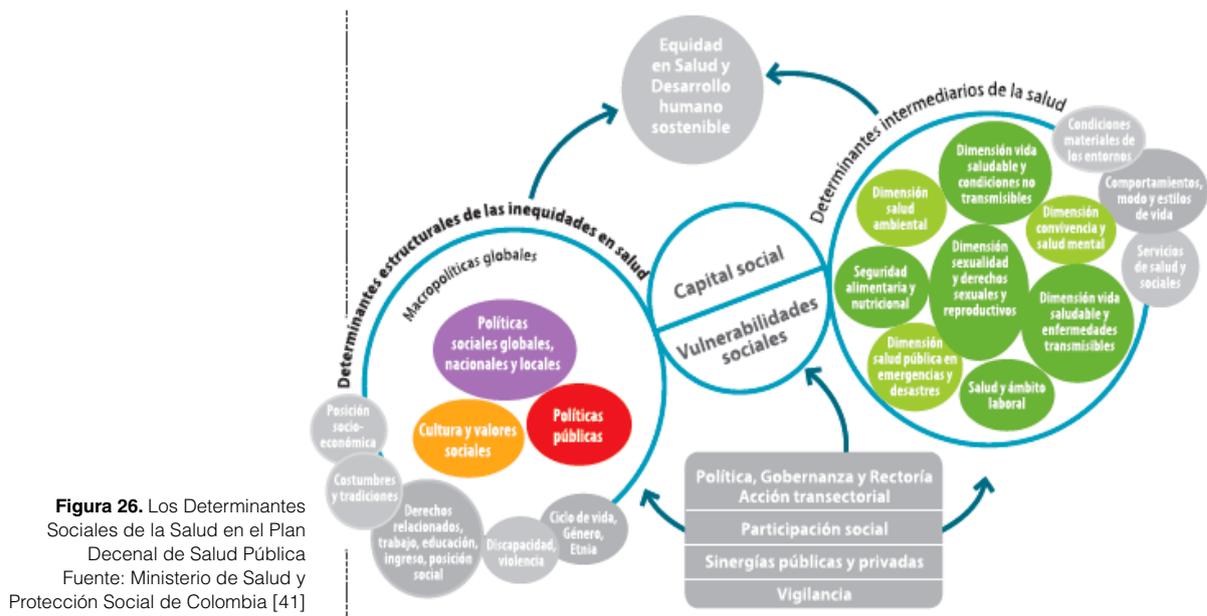


Figura 25. Marco Conceptual del PDSP
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [41]

El PDSP incorpora el concepto de DSS a partir de los postulados de la OMS y hace sus propios planteamientos y adaptaciones, que coinciden plenamente con las propuestas del pueblo indígena Awá, planteadas en el trabajo de campo durante la fase de identificación colectiva de sus propios DSS. La Figura 26 ilustra la inclusión de los DSS en el PDSP.



En la incorporación de los DSS al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Minsalud, 2012), los Determinantes Estructurales son todas aquellas circunstancias de contexto socioeconómico y político de orden nacional y global que afectan la situación de salud, más la inclusión de aspectos culturales, individuales y colectivos, que en el marco de los DSS propuesto por la OMS y la propuesta del pueblo Awá, son más proximales. El PDSP incorpora las ocho dimensiones prioritarias, las condiciones materiales de los entornos, los comportamientos, los estilos de vida, los servicios de salud y sociales en los Determinantes Intermedios. Como conectores de los determinantes están las políticas, la rectoría, la acción transectorial, la participación social, las sinergias públicas y privadas, la vigilancia y la equidad en salud y desarrollo humano.

Dimensiones Prioritarias del PDSP:

- a. **Salud Ambiental**, cuyo objetivo es asegurar tanto la calidad de vida como la salud, el derecho a ambientes sanos, la salud para grupos ambientalmente vulnerables, el desarrollo sostenible, la atención de necesidades ambientales y sanitarias. Contiene componentes de hábitat saludable y situaciones ambientales de salud.
- b. **Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos**: acciones y condiciones que permitan, con un enfoque de Derechos Humanos y género, el ejercicio libre de la sexualidad, reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizar una atención integral.
- c. **Seguridad Alimentaria y Nutricional**: acciones encaminadas a garantizar el derecho a la alimentación sana, la reducción y prevención de la malnutrición y el fomento de la seguridad alimentaria y nutricional.

- d. **Convivencia social y Salud mental:** espacio de construcción y participación social, promoción de la salud mental, convivencia, transformación de problemas prevalentes en salud mental e intervención en las formas de violencia.
- e. **Vida saludable y condiciones no trasmisibles:** políticas dirigidas al disfrute de una vida sana, modos, condiciones, estilos de vida saludable (EVS), acceso a la atención integral de enfermedades no trasmisibles. Componentes: modos, condiciones y EVS, atención de condiciones crónicas.
- f. **Vida saludable y condiciones trasmisibles:** derecho a una vida libre de enfermedades trasmisibles, control de condiciones endemoepidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas.
- g. **Salud pública en Emergencias y Desastres:** espacios de protección individual y colectiva ante el riesgo de emergencias y desastres, promoción de la gestión del riesgo, políticas para la reducción del riesgo, respuesta en salud, resiliencia y recuperación comunitaria.
- h. **Salud y Ámbito laboral:** políticas para generar bienestar y protección de la salud de los trabajadores, su bienestar físico, mental y social.

Dimensiones Transversales del PDSP:

- a. **Gestión diferencial en poblaciones vulnerables:** formulación de políticas que conduzcan al goce del derecho al reconocimiento de las diferencias sociales para garantizar y mejorar el acceso de las poblaciones vulnerables a la salud, atender los determinantes particulares, inequidades sociales y sanitarias, y capacidades para la movilización social. Define grupos vulnerables: niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, salud y género, poblaciones étnicas, discapacidad, víctimas de conflicto armado.
- b. **Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud:** acciones dirigidas a desarrollar capacidad institucional para planificar, integrar acciones dentro y fuera del sector para la regulación, conducción, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, acciones colectivas, aseguramiento, provisión adecuada de servicios de salud, disminución del riesgo de aparición de nueva morbilidad, reducir la discapacidad evitable y las fallas en la atención.
- c. Líneas Operativas del PDSP:
- d. **Promoción de la Salud.** Generación de condiciones y capacidades en la población para la modificación de los DSS, políticas públicas, movilización social, entornos saludables, capacidades individuales, sociales, participación ciudadana y educación en salud.
- e. **Gestión del Riesgo en Salud.** Disminución de ocurrencia de eventos evitables y negativos para la salud, acciones para el análisis e intervención de riesgos en salud y garantizar calidad de la atención.
- f. **Gestión de la Salud Pública.** Modificación de la probabilidad de pérdida de la salud de las poblaciones y sostenibilidad del sistema.

El PDSP se traduce en objetivos por cada dimensión, acciones, estrategias e indicadores de impacto, que deben verse reflejadas en los Planes Territoriales de Salud (PTS), con metas anuales, medibles y evaluables tanto interna como externamente. En este momento, el Modelo Intercultural de Salud Awá fue incorporado al Plan Territorial de Salud del municipio de Ricaurte y, a su vez, en el Plan Municipal de Desarrollo 2016 - 2019, con lo cual quedarán garantizados los recursos para su financiación local y regional,

Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud en Colombia

Esta ley tiene como propósito garantizar el Derecho Fundamental a la Salud (DFS) en Colombia, un derecho autónomo e irrenunciable; implica el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios de salud para lograr la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, en igualdad de trato y oportunidades; determina, además, que la salud es un servicio público esencial, obligatorio, indelegable y bajo el control del Estado (Congreso de la República, 2015).

Obligaciones estatales: respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, formular las políticas públicas que promuevan la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación y paliación, mediante acciones individuales y colectivas.

Elementos del derecho fundamental a la salud:

- **Disponibilidad.** Garantía de existencia de servicios, tecnologías, instituciones, programas y talento humano en todo el país, para proveer salud.
- **Aceptabilidad.** Servicios y tecnologías para todos, en igualdad, respeto a grupos vulnerables, pluralismo cultural, participación, respuesta adecuada, observancia de género, ciclo vida y confidencialidad.
- **Accesibilidad.** Acceso igualitario, no discriminación, accesibilidad física, económica e información en salud.
- **Calidad, idoneidad.** Servicios y tecnologías centradas en los usuarios, apropiados, bajo estándares de calidad, talento humano competente, educación continua, investigación, evaluación de calidad de servicios y tecnologías.
- Principios del Derecho Fundamental a la Salud:
- **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán del DF a la salud, por ciclo vital.
- **Pro homine.** Interpretación más favorable de las normas para garantizar la protección del DF a la salud.
- **Equidad.** El Estado formulará las políticas públicas necesarias para la mejora de la salud de los grupos vulnerables sujetos de especial protección. En esta categoría están los grupos étnicos, entre ellos el pueblo Awá.
- **Continuidad.** No interrupción intempestiva ni arbitraria de la atención iniciada, por razones administrativas o económicas.
- **Oportunidad.** Los servicios y tecnologías en salud deben ser provistos sin dilaciones

que agraven las condiciones de salud de las personas.

- **Prevalencia de Derechos.** Los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con el ciclo vital, desde el periodo prenatal hasta los 6 años, de los 7 a los 14 y de los 15 a los 18 años, tendrán derechos prevalentes en salud.
- **Progresividad del Derecho.** Ampliación gradual y continua del acceso a servicios y tecnologías en salud, mejora en la prestación, capacidad instalada, talento humano y reducción de barreras de todo tipo que impidan el goce efectivo del DF a la salud.
- **Interculturalidad.** Respeto y reconocimiento de las diferencias culturales de los residentes del territorio nacional, integración de saberes y prácticas culturales en los servicios institucionales de salud.
- **Protección de indígenas.** El DF a la salud es integral; para los pueblos indígenas debe ser acorde con su cosmovisión y a los respectivos conceptos en salud y debe estar en concordancia con la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), que propicia el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- **Protección otros grupos étnicos.** El DF a la salud debe estar en concertación a las costumbres de los grupos étnicos del país y bajo un respeto a las mismas.
- **Interpretación armónica.** Ningún principio es superior a otro.
- **Otros principios:** Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad y Eficiencia.

El Ministerio de Salud realizará evaluaciones anuales del cumplimiento de indicadores de resultados de cada uno de los componentes de la ley.

Determinantes Sociales de la Salud. El gobierno nacional generará las políticas públicas para lograr la articulación intersectorial necesaria para lograr la reducción de las desigualdades en los DSS, que garanticen el goce efectivo del DF a la salud, su mejoramiento, la prevención de la enfermedad y, subsiguientemente, elevar el nivel de vida y la equidad.

Según el Congreso de la República (2015) la Ley Estatutaria en Salud define los derechos en salud de las personas, que se relacionan especialmente con el acceso a servicios y tecnologías en salud, mediante una atención integral, oportuna, de calidad, sin barreras y con respeto a sus creencias, usos y costumbres. Igualmente, define deberes concernientes al autocuidado en salud, la solidaridad en el sistema, la acogida de las recomendaciones y tratamientos ordenados. Finalmente, la ley Estatutaria declara Sujetos de Especial Protección a los niños, adolescentes, mujeres gestantes, desplazados, víctimas del conflicto armado, adultos mayores y los grupos étnicos. Como se evidencia, se resalta, especialmente, los derechos en salud de los grupos más vulnerables del país, en los que por diversas razones clasifica como prioritarios entre los prioritarios, el pueblo indígena Awá de Nariño: grupo étnico, víctima del conflicto armado, en vía de extinción física y cultural, con una población infantil y de gestantes con altísimas tasas de morbimortalidad evitable y con profundas barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud.

Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Resolución 429 de 2016

Fundamentos Legales de la PAIS:

- Ley 100 de 1993: Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS). (Congreso de la Republica, 1993).
- Ley 1122 de 2007: ajustes al SGSSS, dirección, universalización, financiación, equilibrio, racionalización, mejoramiento de promoción de la salud, fortalecimiento de salud pública, inspección, vigilancia y control, organización de redes para prestación de servicios de salud. (Congreso de la Republica, 2007).
- Ley 1438 de 2011: fortalecimiento del SGSSS, modelo de prestación del servicio público de salud basado en APS, ambiente sano, saludable y mejora de la salud, centrado en las personas. (Congreso de la Republica, 2011).
- Ley 1751 de 2015: Ley Estatutaria de Salud: DF a la salud, que es autónomo, irrenunciable, con acceso a los servicios de salud bajo parámetros de oportunidad, calidad y eficacia. Las políticas de Estado deben estar orientadas a la igualdad de trato, a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos en salud y al fomento de acciones intersectoriales para el impacto de los DSS. (Congreso de la Republica, 2015).
- Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, que faculta al Ministerio de Salud para formular la PAIS con enfoque de APS, salud familiar y comunitaria, orientada a reducir brechas territoriales, poblacionales y a garantizar el acceso igualitario a la salud. (Congreso de la República, 2015).

Si bien este conjunto de normas definió un modelo de aseguramiento social, con dos regímenes de atención: el Subsidiado para la afiliación y atención de nacionales sin capacidad de pago como el caso del pueblo indígena Awá, y el Contributivo, para nacionales que son trabajadores con capacidad de pago, en teoría, con los mismos derechos para el acceso efectivo a servicios y tecnologías en salud, el Estado, en particular el Ministerio de Salud, reconoce que hay inequidades en el acceso a los servicios de salud de ciertos grupos, en ciertas regiones del país y que:

Los perfiles de mortalidad regional plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas entre las regiones del país, según la afectación de los determinantes de la salud. Las intervenciones deben adaptarse a las condiciones de los servicios, a las características de la demanda y a la capacidad en recursos humanos y tecnológicos en cada territorio. Esto puede justificar la implantación de modelos de atención y la prestación de servicios diferenciados según el tipo de territorios, tanto desde las autoridades sanitarias que tienen a cargo la salud pública como desde las aseguradoras y redes integrales de prestadores de servicios de salud (Minsalud, 2020).

El presente trabajo permite evidenciar la situación de los grupos indígenas de Colombia y, en particular, del pueblo Awá, que se caracteriza por profundas inequidades en salud, respecto de la situación del resto de nacionales. El Ministerio de Salud asimismo reconoce:

Al analizar el estado de salud según grupos poblacionales, las diferencias se acentúan. Para 2013 la tasa de mortalidad materna entre la población indígena era 6.8 veces mayor que la de la población afrocolombiana y esta, dos veces mayor que el promedio marginal. La tasa de mortalidad infantil era 2.6 veces mayor entre los indígenas de la media nacional y 1.3 veces mayor entre los afrocolombianos que entre la población nacional. Todas estas brechas indican la necesidad de respuestas diferenciadas (Minsalud, 2020).

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social^[42], en su Política de Atención Integral en Salud, ha reconocido que

Estas limitaciones han sido determinadas por el enfoque hospitalario de servicios, orientado hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad...Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación de servicios hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias, derivadas del costo de la enfermedad. Este propósito posicionó la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención (Minsalud, 2020).

Según el Congreso de la Republica (1993) el presente modelo de atención intercultural en salud propone una alternativa al modelo de la Ley 100, que coadyuve en la superación de las actuales inequidades en la atención en salud del pueblo Awá de Nariño, Colombia.

Objetivo de la PAIS: Orientar el sistema de salud colombiano hacia la generación de mejores condiciones de salud, la regulación e intervención del sector para el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. La política PAIS exige la interacción de todos los actores del sistema de salud y niveles del Estado, mediante sus planes: Plan Nacional de Desarrollo (PND), Plan Departamental de Desarrollo (PDD), Plan Municipal de Desarrollo (PMD), Plan Territorial de Salud (PTS) y Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP) (Minsalud, 2012).

Herramientas PAIS: mejora de infraestructura hospitalaria, recuperación de la confianza pública en el sistema, sostenibilidad financiera, privilegio de estrategias preventivas, medicina familiar y comunitaria, interculturalidad, talento humano y recursos como telesalud y telemedicina.

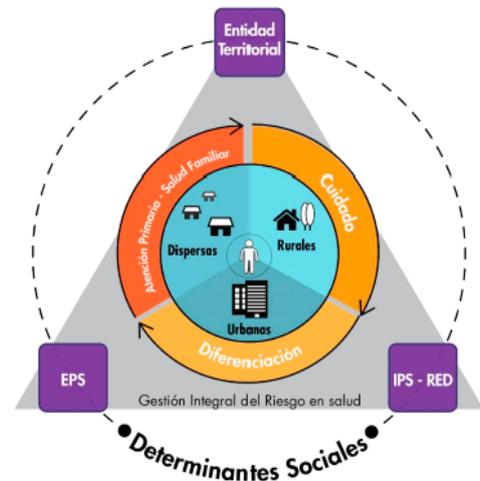


Figura 27. Marco estratégico de la PAIS
Fuente: Ministerio de Salud de Colombia 2016 [42]

Marco estratégico de la Política PAIS (Figura 15)

APS, Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria. “Estrategia básica e integradora entre necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles de la sociedad” (Minsalud, 2016). Implica recursos humanos y equipos interdisciplinarios para la provisión de atención integral en salud. Según la Ley 1438 (2011), la definición adoptada por el país es la siguiente:

APS es la estrategia de coordinación intersectorial, que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial, transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La APS se regirá por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad, enfoque diferencial, atención integral, integrada, acción intersectorial por la salud, participación social, comunitaria y ciudadana decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad... para el caso de Colombia, la estrategia de APS tendrá un enfoque de salud familiar y comunitaria.

- **Cuidado en salud**, responsabilidad individual y estatal en la protección de la salud del individuo, su familia, comunidad y el entorno que los rodea, mediante el fomento del autocuidado de la salud en el curso de su vida, acumulando capital de salud y capital social.
- **Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)**. Estrategia de articulación entre el aseguramiento en salud, la salud pública y la prestación de servicios de salud para la anticipación a las enfermedades y traumatismos, minimizar el riesgo y el

manejo precoz de la enfermedad, con el propósito de lograr un mejor nivel de salud de la población. La gestión del riesgo colectivo en salud corresponde a la Entidad Territorial y la gestión del riesgo individual, al asegurador.

El riesgo en salud se clasifica como primario, o probabilidad de ocurrencia de enfermedades y su severidad; se interviene mediante la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria y el riesgo técnico o probabilidad de ocurrencia de variaciones en su atención, que son responsabilidad del prestador, modulables con aspectos relacionados con la organización y la gestión clínica orientada por resultados.

- **Enfoque Diferencial.** Estrategia para reconocer y organizar la respuesta en salud frente a las diferencias de las personas; implica la adaptación del modelo a las características de los territorios, poblaciones y estructura de servicios. Estas estrategias deben estar orientadas hacia la articulación del aseguramiento, la prestación de servicios, las políticas, programas de salud pública, gestión social y la intersectorialidad.
- **Marco Operacional:** este marco se desarrolla mediante el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que es un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, metodologías y documentos técnicos) que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones colectivas, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios, el flujo de información, usuarios y servicios para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad, calidad, equidad, procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales del sistema.

El propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud, el bienestar y el desarrollo de la población - centro del sistema y de los territorios, mediante acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación en el curso de la vida, con oportunidad, calidad, aceptabilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. La atención integral trasciende un paquete básico de prestaciones en salud, implica acciones intersectoriales, sectoriales, individuales y colectivas para mejorar la capacidad de respuesta del sistema.

Componentes del MIAS:

1. **Caracterización** de la población por cursos de vida, grupos de riesgo (enfermedades de alta frecuencia, cronicidad, prioritarias en salud pública, con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad) (Corte Constitucional, 2018).
2. **Regulación de Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS):** instrumento básico para la atención de las prioridades en salud, definición de Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RED), gestión del riesgo en salud y regulación de pagos. Las RIAS son herramientas que definen a integrantes del sector salud (Entidades Territoriales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, prestadores), las condiciones para asegurar integralidad de la atención, el cuidado, la promoción del bienestar, el desarrollo individual, la prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y paliación. Las RIAS integran intervenciones individuales y colectivas, mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las Guías de Práctica Clínica (GPC) y los planes de beneficios.

Objetivo final de las RIAS: ganancias en salud y reducción de la carga de la enfermedad. Incorporan los conceptos de curso de vida, ciclo vital, determinantes proximales de la salud, atención integral en salud, autocuidado de la salud, mediante intervenciones como gestión de la salud pública, promoción de la salud, acciones sobre los entornos y acciones Individuales.

Tipos de rutas:

- Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: acciones sobre los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas.
 - Ruta integral de atención de grupos de riesgo: acciones dirigidas a la identificación e intervención oportuna de factores de riesgo y la generación de entornos saludables. Responsables: prestadores primarios o complementarios.
 - Rutas integrales de atención específica: acciones de recuperación, rehabilitación y paliación para condiciones específicas de salud.
3. **Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS):** identificación de grupos de riesgo, adaptación de RIAS, seguimiento de cohortes, modelos predictivos, efectividad de procesos, interacciones entre Entidades Territoriales, Aseguradores y la Red de Prestadores de Servicios (RED).
 4. **Delimitación territorial del MIAS.** Ámbitos urbanos, con alta ruralidad y ámbitos territoriales dispersos (municipios como Ricaurte en el piedemonte costero del departamento de Nariño pertenecen a esta categoría). De acuerdo con esa clasificación serán organizadas las redes y subredes de prestadores complementarios de servicios de salud.
 5. **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RED).** Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en los ámbitos territoriales; se constituyen en componentes primarios y complementarios, bajo principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad en la prestación de servicios.

La RED se define a partir las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial, caracterización del riesgo de los aseguradores para su población afiliada, los requerimientos del RIAS, los grupos de riesgo poblacionales y los resultados del ASIS del territorio.

- Componente primario de la RED: puerta de entrada de las personas, familias y comunidades al sistema de salud, para la prestación de acciones primarias individuales (promoción de la salud, protección específica, detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de medicina y odontología general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía), colectivas y poblacionales en salud (PIC), según las RIAS, dirigidas a la resolución de eventos en salud en el curso de la vida, en determinado territorio, usando las tecnologías pertinentes socioculturalmente, con servicios de salud de baja y mediana complejidad, que resuelvan el 80 % de los problemas de salud. Los grupos multidisciplinarios en salud (EMS) tendrán adscritas un grupo de familias a quienes brindarán cuidado primario: demanda inducida, protección específica, atención institucional y domiciliaria, gestión clínica del riesgo,

valoración y seguimiento comunitario.

- Capas de prestación de servicios en el componente primario: atención comunitaria extramural, atención básica (consulta externa, médica, enfermería, nutrición, urgencias I nivel, atención del parto, farmacia y pruebas rápidas), consulta especializada (especialidades básicas).
- Componente complementario de prestación. Atención individual de mediana y alta complejidad en salud, mediante referencia desde el nivel primario y contrarreferencia a este cuando concluya la atención.

6. Rol de Asegurador. Objetivos: fortalecer la gestión financiera, evidenciar capacidad técnica para la GRS, interacción con demás actores.

Funciones:

- Protección frente al riesgo financiero derivado del riesgo en salud, evaluable el capital mínimo y patrimonio adecuado, actuarial sobre reservas técnicas e Inspección, Vigilancia y Control (IVC).
- Agencia para economía de escala, riesgo operacional. Evaluable la capacidad de gestión de la RED.
- Efecto de acceso (RED) y resultados (gestión del riesgo en salud - GRS).

7. Incentivos. Para alinear aseguradores, prestadores y proveedores hacia resultados, se debe promover incentivos como el pago del conjunto de atenciones en situaciones agudas, por unidades de gestión en enfermedades crónicas, favoreciendo pagos por calidad e integralidad de la atención. Otros incentivos incluyen estímulos pecuniarios, de acuerdo con la distribución geográfica, desempeño, formación a los usuarios que participen en el autocuidado, la gestión de riesgos, adherencia a tratamientos.

8. Requerimientos y procesos de sistemas de información. Almacén de datos SISPRO, datos centrados en el ciudadano, la familia y la comunidad, con estándares semánticos y sintácticos (DSS, necesidades, problemas, resultados en salud definidos en las RIAS, indicadores de Goce Efectivo de Derechos - GED), integralidad de los datos, información con interfaces para la eficiencia en salud, información disponible.

9. 9. Recurso Humano en Salud - RHS. Cuatro ejes articulados en el PTS:

- Formación continuada que conduzca a la mejora de la capacidad resolutoria del primer nivel, competencias basadas en los nuevos paradigmas de la salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A mediano plazo: formación en medicina familiar y salud familiar y comunitaria. A largo plazo, la reorientación del pre y posgrado, acorde con las necesidades del país.
- Armonización del RHS con el esquema del cuidado integral de la salud. Competencias en APS, salud familiar y comunitaria, cuidado, gestión integral del riesgo y enfoque diferencial, mezcla de perfiles técnicos, profesionales, especializados y otras disciplinas, en las que se debe incluir gestores, agentes comunitarios, parteras, claro está, previa capacitación e integración permanente. Los EMS serán responsables de implementar y evaluar el Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) y reconocerán la situación de salud de las familias y comunidades, apoyarán la promoción de la

salud, la gestión integral del riesgo en salud y la prevención de la enfermedad según el PICP. De igual manera, habrá fortalecimiento del RHS para planeación y gestión territorial en salud y condiciones laborales del RHS.

10. Fortalecimiento, investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Investigación en políticas y sistemas de salud, incorporación de estrategias para el mejor desempeño de los servicios de salud, para responder a las necesidades en salud de la población y mejorar los entornos.

Retos en innovación, investigación en sistemas de salud: rectoría, sostenibilidad financiera del sistema, gestión eficiente del RHS, sistemas de información, transferencia de conocimiento en políticas públicas, investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud.

Investigación en Salud pública: para lo cual se ha de indagar, analizar y explicar el estado de salud de las poblaciones, factores de riesgo, determinantes, acciones individuales y colectivas para abordar los problemas de salud.

Implementación y Evaluación del MIAS:

1. Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema: prioridades, monitoreo y rendición de cuentas.
2. Progresividad y gradualidad en la implementación.
3. Retroalimentación y planes de mejora.

** Nota de actualización*

Para la fecha de publicación del presente libro, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 2626 de 2019 modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE sustituyo al MIAS.

6

Resultados



Este capítulo se presenta en dos grandes temáticas: los resultados de la investigación cualitativa – categorías emergentes y, los resultados del proceso de concertación del modelo.

El primer apartado consta de los resultados del trabajo de campo obtenido mediante las estrategias cualitativas de grupos focales, entrevistas a profundidad y observación participante. Continúa con la descripción de las categorías emergentes de la cosmovisión de la vida y la salud del pueblo Awá, la cultura de la salud Awá, las enfermedades espirituales o enfermedades propias, la medicina tradicional, los agentes propios de la salud, sus creencias y las prácticas culturales durante la gestación, el parto y el puerperio, la percepción Awá de las principales causas de enfermar y morir en su territorio, la concepción de vivienda y el saneamiento básico, la percepción Awá de la atención institucional en salud y los aspectos nutricionales.

El segundo apartado, que presenta en esencia el proceso de concertación del Modelo y la propuesta que lo desarrolla, parte de los resultados de la investigación cualitativa – categorías emergentes, continúa con el trabajo de campo de los grupos de discusión y su posterior revisión, discusión y concertación con las autoridades de salud, desarrolla la propuesta del pueblo Awá para la atención en salud, inicia con las consideraciones del deber ser de la atención institucional y extramural en los resguardos, continúa con una aproximación a la versión Awá de sus propios DSS, devela la problemática de los mismos en su territorio, sigue con la percepción Awá del modelo de atención institucional en salud para, posteriormente, confrontar y desarrollar su propia propuesta de Modelo de Atención Intercultural en Salud, con base en APS y DSS, plantea el papel de los equipos de salud, su articulación, interrelación y coordinación con los agentes tradicionales de salud y, en general, con la cultura y cosmovisión de la salud Awá, incluyendo las formas de participación comunitaria en salud; presenta los costos de funcionamiento y operación de los equipos, fuentes de financiación del Modelo, y finaliza contrastando la propuesta Awá con los fundamentos teóricos de APS.

Primer apartado.

Concepción de territorio, organización sociocultural, situación de la educación y la salud en el territorio

Los indígenas Awá consideran que la propiedad individual no existe en su cultura; el territorio es de propiedad colectiva; la naturaleza, el agua, los árboles, los animales, la tierra en la que viven, es del pueblo Awá, en cuyo pensamiento “todos los seres y partes de la naturaleza están constituidos por lo mismo y pertenecen a todos”. Según su cosmovisión, la presencia de seres humanos, animales, plantas, está guiada por espíritus protectores que también sancionan y condicionan su existencia en la naturaleza.

La concepción de territorio, el “Katsa Su” para los indígenas Awá

El territorio lo entendemos como... sobre todo, lo de la tierra, que es más que todo, los límites. La tierra es lo palpable, lo que se puede ver, coger, sembrar, donde hacemos casa, echamos semilla, eso es la tierra, el territorio es un todo, el conjunto de tierra que incluye bosque, río, quebrada, personas, todo (Minsalud, 2016).

Para los indígenas Awá, que se autodenominan ‘Inkal Awá’ o ‘hijos de la montaña,’ el concepto de territorio trasciende la concepción material de la tierra, del suelo o de las áreas geográficas que habitan, en la concepción de que en el territorio están plasmados su pensamiento y la cosmovisión de la vida y la salud, al igual que sus expresiones sociales, usos, costumbres, creencias y prácticas culturales en torno a la vida y la salud; incluso, la disposición de la casa típica Awá - Yat Awá, que son desarrolladas y relacionadas alrededor de su creencia, en la existencia de ‘cuatro mundos’ (ver Figura 28). En su concepción de territorio también está inmerso el conjunto de derechos colectivos e individuales que deben ser respetados, fomentados y acogidos por propios y extraños; incluso para los Awá, el territorio está por encima de los derechos individuales y de la vida misma de cada indígena.

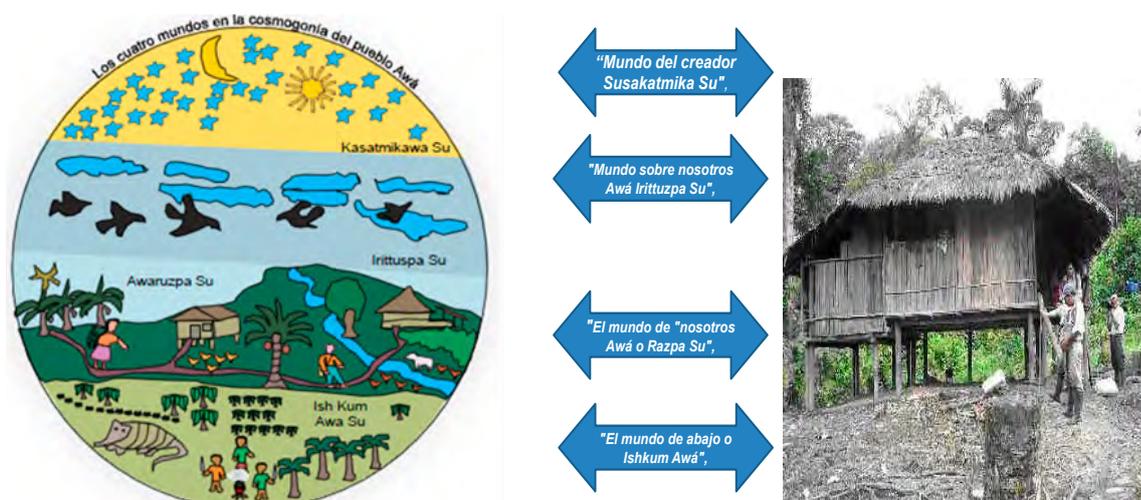


Figura 28. Los ‘cuatro mundos’ Awá - Una vivienda típica Awá
Fuentes: tomado del Plan de Salvaguarda Étnico Awá [15]

Los Awá creen en la existencia de cuatro mundos que se interrelacionan entre sí, en una relación de equilibrio y armonía que conduce al estado de salud. Una breve explicación de la significancia cultural de los cuatro mundos es la siguiente:

El mundo de abajo o Ishkum Awá, que correspondería, espacialmente, al subsuelo. Los indígenas Awá consideran que “ahí viven seres pequeños que comen humo y no tienen ano”. Según los Awá, “es la casa de Ulam, el armadillo y Kukim, la hormiga”. Para los Awá estos seres representan el trabajo, el sustento, la unión familiar, la constancia.

El mundo de nosotros ‘Awá o Razpa Su’, que pertenecería al suelo. Los indígenas Awá consideran su mundo terrenal, donde tienen construidas sus viviendas, donde conviven sus familias, donde pervive el pueblo Awá, el mundo que les provee su chagra, el espacio donde crían animales domésticos y silvestres para el sustento diario, el mundo para la caza y la pesca. Por esta razón, especialmente es que una vivienda es tan distante de otra, para proveer con suficiencia las fuentes de trabajo y el sustento de las familias Awá.

El mundo sobre nosotros ‘Awá Irituzpa Su’. Los Awá consideran que este “es el mundo de los muertos, de los espíritus de nuestros ancestros; cuando Awá se muere, va para allá”.

El mundo del creador ‘Irituzpa Su’. Los Awá consideran que este mundo “controla otros tres mundos de abajo”, que es “el mundo de los astros”, de otros seres sobrenaturales “que rigen al mundo, que vigilan y controlan el comportamiento de los indígenas Awá”. Para ellos, estos seres habitan en “casas espirituales” donde se origina el agua, la luz, la lluvia, la noche. Desde este mundo se rige el mundo y la vida de los Awá.

A continuación, un testimonio de la concepción de territorio por parte de una de las autoridades tradicionales del pueblo Awá:

Para nosotros Awá, el Katsa Su o territorio, es la casa grande, la Yat Awá, donde convivimos con el mundo, los espíritus y los dioses. En nuestro mundo Awá hay seres terrenales y sobrenaturales como el Katsa Pankait (duende), la Kuankua Inkua (vieja), El Astarón, la Irawa, la Tiskaya, “otros que acompañan en nuestro mundo, nos cuidan, nos castigan”.

Tonces, ley de origen de Awás mandan buen relaciones de pueblo Awá con demás seres de cuatro mundos de pueblo Awá, de montaña y selva, de la nube, de las estrellas, de la cueva; tonces comportamiento de vida de Awá, de vivir en territorio, usando el naturaleza donde vivimos Awá, normando producto de montaña, plantas, el agua, la tierra para provecho de Awá, sin que acabe madre tierra, respetando naturaleza, conviviendo la paz, cuidando los recursos, respetando y honrando espíritus de ancestros, por eso es que nosotros somos Inkal Awá, hijos de la montaña. (Gobernador indígena Resguardo Nulpe Medio).

Respecto de sus formas sociales de organización, el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño está organizado en catorce resguardos, con una población cercana a los 15.000 indígenas Awá (2010), de la cual el 85 % habita en el sector rural del municipio. Los resguardos están gobernados por el Cabildo indígena, que representa la máxima autoridad del territorio;

el Cabildo está integrado por un gobernador principal o gobernador mayor, un gobernador suplente, un fiscal, un secretario, un tesorero, varios alguaciles y un alcalde, todos ellos elegidos por periodos de un año, en asambleas comunitarias que congrega de manera obligatoria a toda la comunidad durante varios días para elegir sus autoridades, que se legitiman mediante este proceso democrático.

El Cabildo tiene, entre otras funciones, las de cumplir y hacer cumplir el ‘derecho mayor o ley de origen’, el derecho consuetudinario de los pueblos ancestrales, de velar por la seguridad y protección de su territorio, de dirimir las disputas de predios y mejoras entre comuneros, de asignar la tenencia de territorio a las nuevas familias Awá, de sancionar de acuerdo con sus usos y costumbres (fuate, cepo, trabajos comunitarios) a los indígenas que infringen su jurisdicción especial y demás normas en el territorio Awá, de promover los trabajos comunitarios, de gestionar los proyectos para el bienestar de los comuneros de los resguardos, de administrar los recursos económicos de transferencias, de convocar y liderar las mingas, la ‘prestada de hombro o de brazo’, de promover la medicina tradicional, la educación propia, las huertas comunitarias, de ‘proteger la madre tierra’, de apoyar y facilitar el trabajo de instituciones y entidades del estado, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y de la cooperación internacional en su jurisdicción.

En la legislación colombiana, los cabildos indígenas legalmente constituidos son considerados autoridades territoriales plenas (DIH, s.f.), en el mismo nivel que los gobernadores de los departamentos y alcaldes municipales, con todas las implicaciones políticas, sociales, culturales, económicas y jurídicas.

Los cabildos indígenas Awá se apoyan, para su trabajo, en el territorio de su jurisdicción en comités de salud, educación, proyectos productivos, deportes, entre otros, que tienen tareas como la promoción de trabajos comunitarios, en nombre y representación de los gobernadores y de la Organización indígena Camawari. Uno de los principales grupos de apoyo a los cabildos es la Guardia Indígena, conformada especialmente por hombres y mujeres jóvenes, identificados con vestuario e insignias de la Organización indígena Camawari que portan una vara de mando elaborada de ‘chonta’ (madera muy resistente de las montañas andinas) y ejercen el control del orden y seguridad en el territorio indígena Awá, velan por el cuidado de los recursos naturales, por el control del acceso de personas extrañas al territorio, realizan el acompañamiento a las autoridades tradicionales, a las instituciones, facilitan la convocatoria a reuniones comunitarias, acompañan el traslado de los pacientes desde los resguardos hasta Ricaurte, entre otras funciones sociales y culturales en el territorio Awá.

La Asamblea de la comunidad es la máxima instancia de autoridad y decisión en el territorio Awá; es la reunión de la totalidad de integrantes de un resguardo, que se convoca de manera ordinaria una vez al año y de manera extraordinaria cada vez que los cabildos la requieran para tomar decisiones trascendentales del resguardo, para aconsejar, juzgar y castigar a quienes infrinjan las normas del pueblo Awá.

Las familias Awá ocupan el territorio de los resguardos de manera muy dispersa, cuidando de conservar una distancia considerable de terreno entre una vivienda y otra; esta costumbre se da en atención, especialmente, a su concepción cultural del territorio, en el que requieren de amplios espacios físicos y espirituales para los ‘cuatros mundos’ de su cosmovisión.

Generalmente, en una vivienda viven varias familias, abuelos, padres, hijos, sus parejas; con el transcurso del tiempo los hijos mayores constituyen sus propias familias y se independizan de sus padres.

Los indígenas Awá se rigen por la ‘Ley de Origen’, que consideran una ley de Orden universal que regula su existencia, su comportamiento personal, familiar y colectivo con el entorno, es una ley que ‘garantiza al pueblo Awá la permanencia física y cultural como pueblo indígena.’ La Ley de Origen es un pensamiento que integra todos los espacios de la vida Awá; es la palabra y norma del comportamiento; es considerada como el principio de la existencia espiritual, del ordenamiento físico y espiritual de los Awá, de la vida y la muerte.

Respecto de otras formas de organización, las comunidades indígenas Awá de Ricaurte, Nariño, se asocian a través de sus autoridades tradicionales a la Organización Indígena Camawari, constituida en 1992 con once resguardos indígenas asentados en 107.000 hectáreas de territorio montañoso y selvático del piedemonte costero en el municipio de Ricaurte Nariño (ver Tabla 24).

La Organización Camawari tiene como funciones primordiales, la representación legal y administrativa de los cabildos, la gestión de proyectos, programas y planes de vida de los resguardos, la salvaguarda de los derechos ancestrales y la búsqueda sistemática de la seguridad, protección física, cultural y material de todo el territorio Awá.

Tabla 24.

Resguardos Awá en el municipio de Ricaurte Nariño, áreas tituladas - fecha de titulación, población a 2011 y distancia en Km y horas a cabecera

Resguardos Awá Ricaurte	Población	Área titulada – Has	Fecha de titulación	Distancia aprox. en Km y horas
Pialapi - Pueblo Viejo*	1.541	7.000	1993	60 km – 10 h
Nulpe Medio* – Alto	3.097	37.145	1994	80 km -18 -24 h
Vegas*-Chagüi-Chimbuza	702	4.482	2002	40 km – 6 h
Magüi	869	6.120	1994	90 km – 36 h
Cuchilla del Palmar	228	2.775	1993	35 km – 7 h
Alto Cartagena*	292	3.803	2002	25 km – 3 h
Palmar - Imbí Medio	441	7.314	2002	35 km – 7 h
Cuascabí – Paldubi	356	566	1994	60 km – 8 h
Gualcalá	731	17.180	1992	80 km – 18 h
Ramos Mongón	273	5.000	1992	60 km – 8-10 h
Cuaiquer Integrado Milagrosa	2.112	4.172	1992	55 km – 7 -9 h
El Sande	650	3.500	1997	85 km – 20 h
Total Resguardos Camawari	11.282	99.057		

Fuente: Organizaciones del pueblo indígena Awá UNIPA, CAMAWARI y ACIPAP [15]

Resguardos * algunos tramos tránsito vehicular

Segundo apartado.

Capítulo de resultados: cosmovisión de la vida y la salud para los indígenas Awá

Los Awá somos hijos de la montaña; nuestros padres son dos barbachas³³, una blanca y una negra que se encontraban en un árbol ubicado en la cabecera y a la orilla del río Chatanalpí, somos hijos de la unión de dos barbachas, de allí el nombre de Inkal Awá que traduce gente de la montaña, gente de la selva y nuestra misión en cuidar la naturaleza. (Inkal Awá, 2010).

En la cosmovisión de los indígenas Awá, su concepción del origen de la vida está cargada de profundas significancias culturales basadas en la estrecha relación que ellos tienen con la naturaleza y con el territorio. En el mundo Awá hay seres terrenales y seres sobrenaturales que ocupan hábitats físicos y espirituales en el territorio y en sus cuatro mundos, que representan un papel primordial en la salud y la vida Awá, en las normas que ancestralmente han constituido y que regulan su comportamiento cotidiano, bienestar individual y colectivo.

La concepción de salud para los indígenas Awá es un campo de múltiples conceptos y consideraciones; está basada en una convivencia respetuosa y armónica con la naturaleza, con todos los seres terrenales que la habitan, los espíritus y sitios sagrados; goza de una visión holística e integral del concepto que bien podría asimilarse a los conceptos más positivistas y recientes de la salud, en especial con el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud.

Visto así, salud para nosotros es una resultante de la integración de elementos fundamentales para nuestra pervivencia: mantenernos en el territorio, vivir en paz, tener comida suficiente y sana, compartir con la naturaleza, contar con la medicina tradicional, educación en salud, capacitación, posibilidades de acceso a una educación intercultural, a los servicios públicos y atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad. . (Inkal Awá, 2010).

El primer aspecto a tener en cuenta cuando el pueblo Awá define su significado de salud, es su concepción de territorio, como ya se describió, es un territorio de 'cuatro mundos' que trasciende su significado material y que expresa su intensa relación con la naturaleza, con el ambiente, el entorno, su profundo arraigo con la 'madre tierra' y con los recursos naturales. Una cosmovisión de la salud que se basa en la existencia y relaciones con seres míticos, sobrenaturales que habitan en sus 'cuatro mundos' y que controlan la vida entera del pueblo Awá, seres que pueden 'enfermar o curar a los indígenas,' por lo que para el pueblo Awá, el estado de salud o de enfermedad siempre se da como consecuencia del comportamiento social, cultural y espiritual de los indígenas en su entorno, en su vivienda, en su comunidad y resguardo.

³³ Las *barbachas* son un tipo de plantas parásitas en forma de hilos, generalmente de color blanquecino, que crecen y penden de árboles muy altos en las montañas de la región Andina.

La salud es estar bien, poder trabajar, tener buena alimentación, tener energía y sentirse tranquilo en nuestro territorio Awá; para que haya salud se quiere que haya armonía con territorio y seguridad alimentaria, que haiga medicina tradicional. La enfermedad produce es cuando pierde equilibrio con territorio, cuando llegan personas extrañas a territorio y nos dañan bienestar, quitan la tranquilidad, cuando hay combates de grupos armados, nos sacan corriendo de nuestra casa y también hay enfermedad cuando carecemos de alimentación y padecemos algunas enfermedades propias o de afuera. (Grupo focal 1, Resguardo Vegas, septiembre 2015).

En consonancia, en el pensamiento y significancia cultural de los Awá, la salud se alcanza cuando existe ‘armonía con el territorio, equilibrio con la madre tierra, tranquilidad para vivir’; es decir, cuando el territorio que ocupan les provee sin limitaciones ni restricciones, las posibilidades de vivir, convivir y pervivir como pueblo ancestral; les provee el sustento, los recursos, los alimentos, las posibilidades y la tranquilidad para desarrollar su vida, de mantenerse física y culturalmente, de manera tal que se garantice su seguridad y soberanía alimentaria, sus derechos ancestrales y constitucionales.

Por lo anterior, cualquier situación que altere este ‘equilibrio y armonía en el territorio’, les causa enfermedad. Según los participantes de los grupos focales y los indígenas entrevistados, esta armonía se altera por la presencia y accionar de grupos armados y del conflicto armado que aún se libra por el control territorial para fines ilícitos y que les ha dejado una serie de homicidios, masacres, desapariciones, reclutamiento de niños y jóvenes para el conflicto armado y múltiples desplazamientos forzados de comunidades enteras desde las montañas y selvas hacia las cabeceras municipales ^[15], causando un grave desarraigo de su territorio.

Para los Awá también se produce pérdida del ‘equilibrio’ por la presencia de cultivos de uso ilícito que han desplazado los cultivos de pancoger y por las fumigaciones estatales con glifosato para erradicarlos y que, según los líderes de las Organizaciones Awá UNIPA y CAMAWARI “han envenenado la tierra, las fuentes de agua y los cultivos”. Las actividades de minería de gran escala y los megaproyectos industriales y de infraestructura que deterioran y contaminan suelos y fuentes de agua, la presencia de campos minados que restringen la libre movilidad de los Awá, en un territorio que antes recorrían libremente para sus labores ancestrales de recolección, caza y pesca, ponen en grave riesgo la seguridad y soberanía alimentaria del pueblo Awá y, como consecuencia, amenazan su pervivencia física.

Existe enfermedad cuando hay incumplimiento de las prácticas culturales entre nosotros los Awá, cuando se altera el equilibrio y la armonía con la naturaleza, cuando se abusa de ella, cuando se irrespeta, cuando no hay tranquilidad, esto debe curar solo el médico tradicional. (Médico tradicional Awá, Resguardo Nulpe Medio, noviembre de 2015).

Para los Awá, la enfermedad se produce cuando tienen que abandonar el territorio; el desarraigo les causa una profunda tristeza, cuando no hay libertad para deambular y vivir de acuerdo con sus usos y costumbres, cuando está amenazado el territorio y el sustento familiar, cuando los indígenas tienen comportamientos contrarios a sus normas ancestrales, a la ‘Ley de origen’, cuando actúan en contra de los mandatos comportamentales que ordenan su mayores, y que deben guardarse con las personas, sus espíritus y con la naturaleza.

Esa concepción de la salud y de la enfermedad para el pueblo Awá se traduce en la

creencia en dos categorías de enfermedades: las primeras y, tal vez más importantes, son las **‘enfermedades propias o espirituales’** ocasionadas según los Awá, especialmente por “comportamientos que ofenden a los espíritus de sus antepasados, por desconocer y desobedecer las normas ancestrales del pueblo Awá” y las **‘enfermedades físicas o fueranas’**, ocasionadas especialmente por “el contacto de los indígenas Awá con el mundo occidental” y por el consumo “de alimentos de afuera” (Grupos focales Resguardo Pueblo Viejo, agosto 2015).

Para Awá, salud es mismo que estar con bienestar, tener alimentos para familia, territorio, estar tranquilos, que hombre Awá pueda salir libre a cazar, pescar, recoger los chiritos, andar por su tierra sin temor a las minas, tener un casita donde no mojen los hijos, con animalitos pa’ criar, maticas, mandar tranquilos niños a escuela, que tengan buen restaurante escolar, tomar agua limpia, hora mismo en territorio Awá hay problemas con las mineras de afuera, con la fumigación de los cultivos tradicionales, ‘tán secando las maticas, así mismo no hay salud. (Grupo focal 3, Resguardo Pialapí, diciembre 2015).

Cultura de la salud Awá: enfermedades espirituales o enfermedades propias, medicina tradicional y agentes propios de salud

Los orígenes, maneras de presentación y tratamientos de ambas categorías de enfermedades son diferentes; el abordaje de las enfermedades espirituales se hace a través de la medicina tradicional, brindada por diversos agentes propios de la cultura de la salud Awá: médicos tradicionales, parteros, sobanderos o tocadores de hueso y pulseadores, que se forman desde niños en el arte ancestral de la medicina tradicional, al lado de médicos ancianos que transmiten el conocimiento, la sabiduría y los secretos médicos de sus antepasados a las nuevas generaciones de agentes propios quienes, mediante la preparación y suministro de bebidas de plantas medicinales, rituales de limpieza, de curación e incluso de prevención y armonización, mantienen o recuperan la ‘armonía y equilibrio espiritual’ y la salud del pueblo Awá.

La medicina tradicional del pueblo Awá

Para los indígenas Awá, los médicos tradicionales son los encargados de restaurar el equilibrio y la armonización del territorio; ellos son considerados sabios, poseedores de un enorme conocimiento ancestral que adquieren por tradición oral desde muy pequeños; son verdaderas autoridades en el territorio, una especie de intermediarios entre las personas y los espíritus. En la actualidad, se evidencia cierto debilitamiento de la medicina tradicional entre los Awá por cuenta del conflicto armado que, entre otros impactos, ha limitado la libre movilidad de estos ‘curadores ancestrales’ en sus espacios naturales, las montañas y selvas, donde se proveen de plantas medicinales para la curación de las ‘enfermedades espirituales’.

En cada resguardo hay un grupo de agentes propios de la salud; algunos se especializan en la atención de ciertas enfermedades, por lo que hay médicos tradicionales puros que se dedican a “mantener y recuperar la armonía territorial”, otros son ‘sopladores o cogedores de pulso’, que curan a los niños ‘espantados’; otros son ‘tocadores de hueso’, para la atención de lesiones traumáticas y osteomusculares; otros son parteros.

Como salud para Awá relaciona con naturaleza, madre tierra cura, pero también desarmonía si Awá no hacemos las creencias que Awá debemos cumplir. Salud de pueblo Awá es cuidada por médicos tradicionales de resguardos, saben conocimiento de ancestros, de madre tierra para curar toda enfermedad que llegando a pueblo Awá y territorio. (Grupo focal 9, Resguardo integrado Milagrosa, junio 2015).

En general, los médicos tradicionales han mantenido históricamente el equilibrio y la armonía en el territorio Awá; ellos cumplen una labor voluntaria, *ad honorem*, visitan las viviendas, atienden los enfermos, dan tratamientos basados en plantas medicinales; incluso, tratan con éxito los accidentes ofídicos, hacen 'limpiezas espirituales de viviendas', del resguardo, de las personas y mantienen 'calmados a los espíritus'; en consecuencia, mantienen la salud del pueblo Awá.

Naturaleza, ella misma mantiene salud, ella también cura, eso salud es cuidada por médicos tradicionales que mantienen equilibrio, armonía, con plantas de sitios sagrados de Awá, como Dedo de Dios en Sande, Cuchilla de Gualcalá, Río Naya, Pialapí, Cerro Imbú, Gualcalá el Manchurria, Piedra Naibú, allá viven padres, madres espirituales de Awá. 'ton, cuando Awá no cumple leyes de origen, desobedece mandato ancestral, maneja mal, daña territorio, 'borracha, pega mujer, hijitos, no trabaja, va grupos armados, causa desequilibrio y 'ton, viene enfermedades, que toca que médico tradicional vuelve a armonizar; eso es pensamiento, salud y enfermedad para pueblo Awá, do'tor. (Grupo focal 13, Resguardo Gualcalá, mayo 2015).

Los parteros tradicionales realizan el acompañamiento durante todo el proceso de la gestación de las mujeres Awá; las visitan frecuentemente, les enseñan los cuidados y restricciones de la gestación, dan instrucciones sobre la alimentación, sobre comportamientos para no 'hacer enojar a los espíritus', practican el 'arreglo o sobada de la barriga' a las gestantes Awá, que es una especie de acomodación del feto, un intento de versión externa³⁴ del feto, cuando según estos agentes tradicionales "el criatura está atravesao", lo que, según los parteros, causa fuertes dolores a la mujer durante las últimas semanas de la gestación y puede causar hasta la muerte del niño, de la madre o de ambos. Los parteros además asisten a la parturienta durante el parto, le propician cuidados, reciben al recién nacido, cortan el cordón umbilical, asisten el alumbramiento y dan instrucciones para los cuidados inmediatos del postparto. (Más adelante se amplía este importante rol de los parteros).

Los demás médicos tradicionales atienden el conjunto de enfermedades 'espirituales' que, según los agentes tradicionales Awá entrevistados, son causadas por "enojo de los espíritus", tales como:

- **Chutún**, "que produce si la persona ha comido frutas recogidas del suelo, pues espíritu de Chutún ta dentro de la fruta, enfermo puede quedar inválido y hasta morir" (Médico tradicional Awá)

³⁴

La versión externa del feto era una práctica médica occidental, actualmente abandonada por la medicina, en la que el obstetra manipulaba externamente el hemiabdomen inferior de la mujer y, en consecuencia y de manera indirecta, el útero y el feto que previamente había sido detectado en posición inadecuada para el nacimiento, generalmente en trasverso o en podálica; esta práctica se asociaba a serias complicaciones para el feto. En la actualidad, cuando la gestación está a término y se detecta una posición inadecuada para el nacimiento por parto normal, la conducta médica es la cesárea.

- **El malaire** “da cuando Awá baña por la tarde noche en el río, cuando pasa por cementerio, cuando hijos desobedecen los pagres y se van solos a la montaña, allá se encuentran con espíritu ciego que los enferma” (Médico tradicional Awá).
- **El malviento** “que da a las personas que bañan en el río después de las seis de la tarde, ellos ven un niño que está como ahogando, o también da a los que se van en la tarde a la montaña sin oficio; puede morir la persona” (Médico tradicional).
- **La mala hora** “que da a las personas que salen a las horas que come el diablo, a las seis de la mañana, al medio día y seis de la tarde; se ven como visiones y espantos en la montaña; puede matar las personas” (Médico tradicional Awá).
- **Las ojeadas de vieja, de piedra, de yerbas, de cueche**, “estos ojeados dan cuando Awá pasa junto la piedra, cuando toca unas plantas como ariscas, cuando mira mucho el arco iris, pueden quedar ciegos, salir ronchas en la piel y hasta morir si no atiende el médico tradicional” (Médico tradicional Awá).
- **El enduendado, el susto o espantado** “producen por molestar, ofender estos espíritus de la montaña, cuando se pasa por sitios sagrados y desobedecer los mayores” (Médico tradicional Awá).

Los ‘pulseadores’, por su parte, atienden a los niños más pequeños que están ‘asustados’, mediante la “soplada de la cabeza” y la “recogida de los pulsos”, generalmente en rituales con bebidas de plantas medicinales preparadas en una base de un licor ancestral llamado ‘chupil’.

Los médicos ‘tocadores de hueso o sobanderos’ atienden a los indígenas con traumas, fracturas o con ‘lastimaduras’ que los Awá llaman a las deformidades postraumáticas de las extremidades. La manipulación de las ‘lastimaduras’ la realizan con la aplicación de grasas de animales y la posterior inmovilización de la extremidad comprometida con la corteza de plantas como el ‘platanillo’.

Desde el punto de vista médico occidental, esas enfermedades ‘espirituales’ se manifiestan generalmente con signos y síntomas típicos de cuadros virales o de enfermedades tropicales, tales como fiebre, vómito, diarrea, osteomiasias, cefaleas, astenia y adinamia, pero son tratadas por los médicos tradicionales del pueblo Awá en sitios sagrados como las orillas de los ríos, en ciertas montañas, mediante limpiezas, baños y suministro de bebidas aromáticas de plantas medicinales, rituales realizados corrientemente en horas de la noche, acompañados por familiares que ayudan en la ‘sacada de los malos espíritus’ y en los que hacen una especie de ‘desagravio’ a los espíritus ancestrales ‘ofendidos’. Algunos médicos tradicionales entrevistados reconocen que cuando no pueden manejar las enfermedades de los Awá, sugieren a la familia que busque la atención del hospital.

Enfermedades ‘físicas o de afuera’: en esta categoría, los indígenas Awá consideran a todas las demás enfermedades que denominan “fueranas, físicas o del mundo occidental”, entre las que mencionan la diabetes, hipertensión, gastritis, tuberculosis, sarampión, hepatitis, cáncer, las infecciones (incluso infecciones de transmisión sexual, las neumonías), el trauma, la anemia, la obesidad y las intoxicaciones, entre otras, y para lo cual aceptan, incluso consideran necesaria, la intervención del médico occidental y sus tratamientos intrahospitalarios.

Bueno, pues allá Ricaurte do'tor pregunta ¿cuándo empezó enfermedad?, ¿qué es lo que duele?, entonces uno tiene que decir que tiene dolor de cabeza, dolor de estómago, de oído, bueno y así por partes, en veces do'tor regaña porque duelen varias cosas. Médico tradicional Awá no preguntamos que duele, ni cuando empezó enfermedad, nosotros sentimos, pensamos, cateamos, curamos con plantas, no cobramos, vamos visitar a ranchito de enfermo, 'compañamos enfermo varios días si necesita, 'consejamos comidas, cuidados, no tiene afán nosotros. (Entrevista a médico tradicional Awá, Nulpe Medio, noviembre 2015).

Usos, costumbres, creencias y prácticas culturales durante la gestación, el parto y el puerperio Awá

Menarca y disposición de la niña Awá para la concepción. En buena parte del territorio indígena, la niña Awá que tiene su primera menstruación es considerada “que está lista” para quedar en embarazo y, en consecuencia, a los 10, 11 o 12 años es muy probable que a la niña Awá se le asigne una pareja, se vaya a vivir con el compañero a casa de sus suegros y quede precozmente en embarazo, por lo que es frecuente que a los 18 años la mujer indígena Awá ya sea una gran multípara, con hasta cuatro y más gestaciones, y a los 30 años pueda registrar entre ocho y nueve partos. Al preguntarles en los grupos focales y en las entrevistas acerca de este aspecto y la noción de infancia, adolescencia y juventud, se obtuvieron respuestas y definiciones que no se asimilan a los conceptos y tiempos del ‘mundo occidental’, por lo que es común que niñas de 7 y 8 años cuiden todo el día a sus hermanitos menores, cocinen, cuiden la vivienda y se encarguen de las labores domésticas, mientras sus padres salen muy temprano a la montaña o selva a trabajar y buscar el sustento diario.

Primero, cuando niña Awá tiene primera menstruación ya mayorías familias dejan tener familias, otros dicen que guardan niña después de escuela; marido también es bien muchachito, mayoría de veces se van a vivir juntos con los papás de marido, cuando embarazo, mujer sigue trabajando igual en la casa, cuidando los niños pequeños, cocinando, cargando agua, cuidando los animalitos, embarazada tiene algunos cuidados como no salir a la montaña, hace mucho daño, demás coge frío en la matriz, después vienen los dolores. (Grupo focal 3, Resguardo Pialapí, diciembre 2015).

Adicionalmente, en casi todos los grupos informaron que, con la práctica cultural de “emparejar pronto a la niña Awá, se garantiza la pervivencia del pueblo Awá,” pues es frecuente que de una familia Awá con ocho y más nacimientos, solo sobrevivan tres o cuatro niños; los demás niños y niñas, generalmente, mueren antes de los cinco años por cuadros que, por sus descripciones, corresponderían a infecciones respiratorias y diarreicas especialmente. La información oficial que se conoce y difunde de la mortalidad materna, perinatal e infantil es parcial, pues el subregistro es alto en la región; se estima por parte de los líderes de la Organización Camawari que, por cada muerte de una gestante, de un recién nacido o de un niño menor de cinco años reportada por la comunidad a las autoridades de salud, se deja de informar dos o tres muertes.

Mujeres Awá pueden coger embarazo desde que niña saca primer sangrado, unos ‘costumbran dejan encargar familias de un’ vez, y va vivir con marido a ranchito de papás de marido. Awás no dejan planificando familias, marido no gusta, diciendo infidelidades,

gobernadores y Camawari no autorizan planificando mujeres. (Grupo focal 7, Resguardo Cuchilla del Palmar, junio 2015).

Los aspectos relacionados con la Planificación familiar están restringidos para tratarse abiertamente entre los Awá, entre otras razones, porque existen posturas políticas radicales de las organizaciones indígenas del país y también del pueblo Awá sobre la regulación de la fecundidad en el territorio, máxime cuando la mortalidad perinatal, infantil y de la niñez, es alta entre los Awá, en términos de las vidas que pierden prematuramente, por lo que consideran que “no planificar contribuye a la pervivencia del pueblo Awá”. Por otro lado, informaron que la decisión de permitir o no la planificación familiar, es tomada únicamente por el hombre y, durante las entrevistas, varios de ellos manifestaron que existen creencias respecto de que la “planificación familiar sirve pa’ alcagüetiar la infidelidad de las mujeres”, razón por la que generalmente los hombres tampoco la permiten.

Primeramente, embarazo para Awás muy importante, ayuda mantener coltura Awá, creciendo resguardos, demás unos niños Awás muriendo por enfermedades, solturas, gripas, entonces, nuevas familias reemplazan, y también marido no deja planificar mujer, dicen que consigue otro marido. (Grupo focal 8, Resguardo Cuascabí – Paldubi, marzo 2015).

Cuidados de la gestación. En términos de la vida cotidiana de la familia y la comunidad, el embarazo entre los Awá transcurre casi que con absoluta normalidad; incluso, el trabajo de la mujer continúa igual en el hogar, y este es considerado más pesado que el realizado por el hombre; las labores domésticas siguen iguales durante todo el embarazo, pues además de tareas como el cuidado del hogar, de los hijos, de la preparación de los alimentos, la mujer Awá es la encargada de proveer el agua, la leña para fogón, recoger y preparar los alimentos que obtiene de la chagra.

Las comidas de embarazada son las mismas de la familia, menos las comidas y bebidas frías, los cuidados los hace partero, varias veces, ‘comoda niño, soba la barriga, mujer embarazada no debe pasar en la tarde por las quebradas, puede bañar por la mañana, pero con plantas calientes que diga partero. Mujer Awá no gusta que vea el cuerpo el médico occidental, da vergüenza, no quiere ir a hospital, mamás dicen que todos han nacido en ranchito, además hospital Ricaurte está muy lejos, casi un día de camino, ‘hora con dolores y caballo no consigue y no puede montar. (Grupo focal 3, Resguardo Píalapé, diciembre 2015).

La atención tradicional en salud durante la gestación Awá la brinda el partero, que es principalmente un guía y educador de los cuidados del embarazo; entre las principales recomendaciones que se trasmite a la gestante están las de tipo dietario, pues los Awá tienen, al igual que otros pueblos indígenas de Colombia ^[3], categorías de “alimentos y bebidas frías y calientes”. Algunas bebidas y alimentos ‘fríos’ están restringidos en algunos estados del proceso salud - enfermedad y, especialmente, durante la gestación. El partero también educa y advierte las restricciones de la gestante para desplazamientos a ciertas horas del día a lugares de la montaña y selva, y sobre las tareas que puede realizar.

Awá tenemos varias creencias: embarazo, mujer no puede aguantar hambre, no puede cargar pesado, no puede caminar mucho, no puede salir sola a la montaña, hace 'nojar espíritus, enferma ella y criaturita. Solo puede mirar o tocar partero, ella da mucha vergüenza si mira médico occidental, marido no gusta, no deja, 'tonces, cuando mujer coge embarazo solo cuida toca partero. Alimentación solo come lo que diga partero, calditos, bebidas calientes, bañarse en la mañana, pero no la quebrada, con aguas tibias de yerbas, así pasa embarazo, ella sigue trabajando, no descansa, cocina, cuida los hijos, animales, la casa. (Grupo focal 4, Resguardo Guaduales, octubre 2015).

El partero se encarga del seguimiento de la gestación mediante valoraciones domiciliarias periódicas que hace a la gestante, en las que examina sin tocar el abdomen de la mujer; según estos, su conocimiento les permite percibir la evolución del embarazo. Durante las entrevistas, varios parteros manifestaron que ellos conocen tanto del embarazo, que aprenden incluso a percibir el bienestar o no de la mujer y del feto; incluso, algunos aseguraron que, por el tamaño y forma del abdomen, conocen previamente el sexo del feto. Los parteros no realizan medición de variables tal como se hace en la medicina occidental. Se estima que, en promedio, las gestantes Awá reciben unas diez o doce visitas del partero durante todo el embarazo.

El parto Awá

Cuando va a nacer niño, partero y suegra alistan todo, colchitas, fogón, comida y bebida caliente, algunas veces cortan cordón del' placenta con tijera que dejan en alcohol, otras con carrizo no más, cuelgan un lazo del techo de la casa, tienden unas cobijitas calienticas en el suelo y ahí sienta mujer, a esperar que nazca el niño. Partero 'compaña todo tiempo, veces marido agarra por detrás, dando fuerza. (Grupo focal 3, Resguardo Pialapí, diciembre 2015).

Hora de parto entre pueblo Awá es muy significado de importancia para nosotros; por eso reúnen familias pa' 'compañar la mamá, traen avío, cocido de gallina o traen vivo pa' regalar la mujer, trae plantas y panela pa' preparar aguas. Partero ya sabe cuándo va a nacer niño y siente; familia no tiene que avisar, va llegando a casa día de parto, ayuda a alistar los materiales que necesita pa' atender, trae tijera, alco'l, hilo, los parteros mayores no cortan cordón con tijera, cortan con la guadua o carrizo. (Grupo focal16, Resguardo Magui, noviembre 2015).

Para el pueblo Awá, el parto es un acontecimiento social y familiar muy importante; implica la visita y acompañamiento de los padres de la mujer, la traída de "cuidos" (alimentos, gallinas, plantas medicinales, panela) a la familia de la gestante. Durante el parto se dispone de un lugar en la vivienda, generalmente cercano al fogón, donde se alista y tiende cobijas o frazadas tibias sobre el piso; se dispone de una cuerda que se sujeta y cuelga del techo para que la mujer pueda asirse, especialmente durante la fase activa del trabajo de parto; se prepara bebidas con panela y plantas aromáticas calientes para dar a beber constantemente a la parturienta.

El esposo o compañero de la gestante acompaña el parto; generalmente se ubica a la espalda de la embarazada para asirla durante la ocurrencia del pujo. Es frecuente la compañía de la suegra y de la madre de la gestante, quienes colaboran con los requerimientos de la atención del parto. En la actualidad, para la atención de la gran mayoría de partos entre los Awá, los parteros tradicionales aceptan y disponen de tijeras y hebras de hilo, materiales que someten a

un proceso de desinfección muy básico con alcohol durante unas horas antes de cortar y atar el cordón umbilical. Según los testimonios de grupos focales y entrevistas, algunos parteros muy ancianos practican aún el corte del cordón umbilical del recién nacido con material vegetal, con trozos de un tipo de planta llamada 'guadua o carrizo', lo que se ha asociado a casos de morbilidad y mortalidad de recién nacidos Awá por tétanos neonatal, hijos de mujeres Awá que no recibieron la vacuna antitetánica durante el embarazo (Hospital Universitario Departamental de Nariño, 2015).

El parto de la mujer indígena Awá se produce en posición semivertical, en cuclillas, posición de trabajo de parto generalizada entre los pueblos indígenas del sur de Colombia, del Ecuador, Perú y Bolivia ^[49], lo que al parecer propicia mejores condiciones fisiológicas para la gestante y el feto, relacionadas con mejor oxigenación del útero y la placenta, un mejor acondicionamiento de la pelvis por la gravedad y la presión que ejerce el feto sobre el piso pélvico y la menor obstrucción anatómica del flujo de grandes vasos sanguíneos del abdomen y útero, respecto de lo que sucede en la posición clásica del parto horizontal que se practica en las instituciones de salud del país.

Cuando llega el momento del parto, el partero recibe al neonato, lo envuelve en mantas previamente tibias, le corta el cordón umbilical con tijeras o material vegetal y lo entrega a la madre; los parteros Awá no practican ningún tipo de revisión o manipulación de la vía aérea del neonato, tal como se hace en las instituciones de salud. Durante las entrevistas no se mencionó la ocurrencia de complicaciones en la atención del parto a cargo de parteros en el territorio Awá; por el contrario, se manifestó que la atención del partero es mejor que la del hospital, pero el municipio de Ricaurte, Nariño, ha registrado históricamente un número importante de casos de muertes maternas y perinatales ^[11] que, de lejos, superan la tasa departamental y nacional, incluso las registradas en países de menor desarrollo que el nuestro. A la fecha de elaboración de este informe, abril de 2016, ha ocurrido al menos dos casos de muertes maternas en el resguardo indígena de Nulpe Medio, al parecer, como consecuencia de hemorragias postparto, secundarias a atonía uterina asociada a la gran multiparidad de las gestantes indígenas.

Yo contaré una historia que me pasó allá en hospital Ricaurte; esa es una verdad; era una señora de aquí del resguardo; yo escuché por la emisora Camawari que estaba hospitalizada en Ricaurte; que salga urgente el esposo de acá, decían; entonces yo dije: ¿cómo?, si ayer la vi caminando, ella estaba de llegada de niño y ya había sido hora de nacer, entonces yo bajé a verla y en el hospital el doctor ya estaba haciendo remisión para mandarla pa' que atiendan el parto en Pasto. Yo me apegué a ella, ya estando en fatiga, sudando, parecer el niño estaba atravesá'o; parece que está mal el niño, decía médico, hay que remitir y allá le van a hacer cesaria, pero ella decía que no la lleven a hacer la cesaria, que no quería, y de ahí me dijo: compóngame usted que entiende, un poco, compóngame, me dijo entonces; yo le dije que sí ahorita me están mirando las enfermeras y los médicos yo no le puedo componer, decía la embarazada llorando que si le componga, entonces yo salí a escondiditas, como la dejaban sola rodando por ahí, entonces yo salí y compré un aceite pa' que suavice la barriga y le compuse, sobé y ellos no dieron cuenta, cuando toqué el niño había esta'o atravesá'o, no estaba normal sino que atravesá'o; entonces yo le compuse y se volteó el niño, puse de cabeza, al rato niño nació bien hospital Ricaurte no más, no tuvieron que mandar Pasto. Médico de hospital decía, ¿aquí que pasó?, pero si médico da cuenta que yo iba a componer no deja sobar

barriga y tocaba remitir a Pasto. Mujeres Awá no gustan que manden a Pasto, ¿quién cuida otros niños?, ¿los animalitos?, ¿casa? (entrevista a una partera del resguardo Alto Cartagena, abril 2015).

Al finalizar el periodo expulsivo del parto, el partero suministra bebidas calientes a la parturienta, elaboradas con panela, plantas medicinales como la ruda considerada una planta ‘caliente’, canela y un poco de ‘chupil’, licor tradicional de los Awá, el que, según su tradición y testimonios de los parteros, ayuda a expulsar más rápidamente la placenta, a dar energía al cuerpo, “a espantar a los espíritus que se acercan curiosos por el parto” y a “atajar las hemorragias.”

El alumbramiento. La placenta es recibida y revisada por el partero, quien se percata de que esté completa; de no ser así, el partero suministra a la parturienta más bebidas calientes y le practica suaves masajes abdominales, previa aplicación de abundante cantidad de grasa de animales en el abdomen de la mujer, hasta que expulse los restos ovulares.

Placenta enterramos casi un metro de hondo; si es niña, debajo de la casa, mismo punto de fogón pa’ que no vaya de la casa, que no sea callejera; si es hombrecito, entierra más al ladito de fogón. También a la hora de cortar cordón umbilical, se corta con una guadua hecho filo, para que no se infecte, se tiene los remedios propios. Debe de haber el partero que sepa bien, si es niña corta más cortico, si es hombre más larguito deja. (Grupo focal 1, Resguardo Vegas, febrero 2016).

La placenta es entregada al esposo o compañero de la mujer para que practique el ritual del entierro de la placenta bajo la vivienda, en un hueco previamente abierto a aproximadamente un metro de profundidad, exactamente en el mismo punto donde tablas arriba está ubicado el fogón sobre el piso de la cocina. La placenta es arrojada al fondo del hueco, cubierta con carbones encendidos y luego tapada con tierra muy firme. Esta costumbre tiene un sinnúmero de explicaciones culturales, entre ellas “Para que después del parto, la mujer Awá no vaya a sufrir de dolores bajitos, sangrados o coger frío la matriz”; que la mujer “no tenga problemas pa’ coger otros embarazos”; “que la mujer no coja frío la matriz”; “que mujer no haga enojar a los espíritus de antepasados por dejar sobrados de placenta y sangre por allí votados”, y una de las más fuertes razones, tal vez la más importante entre las que explican el ritual: “Hacemos así, es porque los hijos cuando chiquitos reunían alrededor de fogón a escuchar historias de pagres y mayores todas las noches, cuando crecen, se vayan de ranchito a juntar el propio familias, vuelvan al final de la vida de sus pagres a ranchito donde nacieron, a acompañarlos” (Testimonio de una partera del Resguardo de Gualcalá).

Puerperio. Otros cuidados y costumbres que realizan durante el parto y puerperio Awá están relacionados con prácticas como el tiempo de cuarenta días de reposo que la mujer Awá debe guardar en casa, sin salir más allá del patio de su casa, realizándose uno o dos baños por semana, únicamente con aguas preparadas con “plantas calientes”, sin salir de casa en horas de la tarde, noche o cuando esté lloviendo, lo que los Awá denominan “prohibición de serenarse”, la instrucción de consumir alimentos como sopas o caldos de gallina, tomar abundantes bebidas preparadas con hierbas ‘calientes’ como la ruda, el poleo, el anís y el estrellado. Luego de terminada la ‘dieta’ de los cuarenta días, la mujer se levanta de la cama y retoma sus trabajos diarios, tanto o más pesados que los realizados por los hombres Awá.

Después de parto, mujer reposando por cuarenta días, bañar con agua de yerbas medicinales que partero dijo, comer mucha comida de gallina, otros que tengan buen nutriente, no salir a ventarse, no salir de noche, mantener tapada la cabeza con un trapo, tomar bastante agua'panela con plantas aromáticas. (Grupo focal 10, Resguardo Chilbuza, agosto 2015).

Cuidados del recién nacido. Los recién nacidos deben recibir el primer baño al segundo o tercer día de nacidos, en horas de la mañana y solo cuando “haya buen sol”; el baño debe ser con aguas de ‘plantas calientes’, luego deben permanecer con una envoltura total del cuerpo, en mantas que cambian periódicamente. La alimentación del neonato es con leche materna exclusiva hasta completar el año de vida, luego del cual empiezan progresivamente la dieta complementaria del resto de la familia.

Otros cuidados del recién nacido están relacionados con evitar sacar al niño antes de un mes de la casa y antes del año de su comunidad, especialmente para “evitar toriar al duende” y que el niño termine “espantado o asustado”. Las mujeres Awá aceptan las atenciones institucionales de salud para sus hijos, tales como las vacunas y asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo, cuando esporádicamente se realiza jornadas de atención extramural del hospital local de Ricaurte. Sobre prácticas claves de programas y estrategias institucionales como AIEPI, estrategia nacional para el manejo clínico y comunitario de las principales afecciones en salud de los niños y niñas, en su componente comunitario tiene cerca de veinte prácticas claves que promueven la salud y bienestar de los infantes; estas no son practicadas entre los Awá de la forma que lo propone la estrategia nacional de Colombia, lo cual no significa que los Awá no tengan sus propias prácticas claves en el cuidado de sus niños y niñas y que implicaría a las instituciones de salud, la adecuación sociocultural de la estrategia y de las prácticas claves AIEPI para el pueblo Awá.

Percepción de los indígenas Awá sobre las principales causas de enfermar y morir en su pueblo

Los participantes de las entrevistas y grupos focales coincidieron en que, entre las principales causas de enfermar y morir entre los indígenas Awá, están las enfermedades respiratorias y las diarreas que afectan especialmente a la población de niños y niñas menores de cinco años, con un mayor pico en el grupo de niños menores de un año. Factores relacionados con las condiciones sanitarias por la ausencia total de sistemas de abastecimiento de agua potable, de disposición sanitaria de excretas y residuos sólidos en todo el territorio Awá ^[12], las barreras para el acceso a los servicios y la desnutrición, secundaria a la inseguridad alimentaria, están implicados.

Los grupos focales mencionaron de manera reiterada la frecuente ocurrencia de casos de muertes maternas en varios resguardos Awá: por razones culturales, incluso del mismo aislamiento geográfico, algunos casos, incluyendo muertes neonatales e infantiles no son reportadas a las autoridades locales de salud. Los decesos de las gestantes y puérperas se producen especialmente en el postparto inmediato; por las descripciones de los cuadros clínicos asociados a las muertes maternas, sus causas muy probablemente estarían relacionadas con hemorragias postparto secundarias a atonía uterina, consecuencia de la gran multiparidad de

las mujeres Awá³⁵. Las barreras de acceso a los servicios de salud en el momento de la atención del parto complicado son señaladas por los Awá como las asociadas a las muertes maternas y perinatales.

Los participantes mencionaron que, como principal causa de muerte entre los ancianos Awá están los cuadros respiratorios, cuyas manifestaciones con signos y síntomas como tos persistente por más de quince días, fiebre y expectoración hemoptoica, obliga a aclarar diagnósticos diferenciales de patologías como neumonías, cuadros de EPOC exacerbados y eventos de interés en salud pública como tuberculosis.

El EPOC significa Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, condición médica que se presenta luego de varios años de exposición a noxas como el humo de leña y el tabaco; cursa con daño severo de la anatomía pulmonar y su funcionalidad en el intercambio de oxígeno y CO₂ en la sangre, alteraciones en la función cardiopulmonar y predisposición a frecuentes sobreinfecciones.

Llama fuertemente la atención, el reporte del suicidio, como otra causa de muerte entre los Awá, evento que afecta especialmente a los jóvenes mediante la autointoxicación con herbicidas; los grupos focales informaron que, al menos, en cada resguardo ocurre un intento de suicidio al mes; se percibe que los casos estarían relacionados con una especie de “aburrimiento colectivo de los jóvenes”. Posibles factores de riesgo como la falta de oportunidades laborales, educativas, la presión de grupos armados ilegales para su vinculación o reclutamiento forzado, entre otros, estarían implicados en su ocurrencia. La violencia también es mencionada como causa de muerte entre los jóvenes Awá, bien sea por el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, accidentes, riñas y muertes violentas perpetradas por grupos armados y relacionadas con sus actividades ilícitas en el territorio Awá. De igual manera, el narcotráfico fue mencionado como una de las principales causas de la violencia y las muertes violentas en el territorio Awá.

La desnutrición, “el hambre”, fue mencionada como otra importante causa de enfermar y morir entre los Awá, que afecta por excelencia a niños, niñas y adultos mayores y facilita la ocurrencia y complicación de otros cuadros patológicos que causan muertes en los grupos más vulnerables. La situación de inseguridad alimentaria que vive el pueblo Awá fue mencionada en todos los grupos focales y en buena parte de las entrevistas, fue señalada como causa de la desnutrición de todas las formas que se presentan en el pueblo Awá y fue asociada a la compleja problemática territorial mencionada.

La pérdida de fuentes alimenticias tradicionales como el “chiro”, la yuca, el maíz, el frijol de montaña, el yuyo, la desaparición de especies animales silvestres y de productos de la pesca, la restricción a la libre movilidad en montañas y selvas por la presencia y accionar de actores armados y de campos minados y, como consecuencia, la limitación a sus labores ancestrales de recolección, caza y pesca. Los cultivos ilícitos y las fumigaciones con glifosato para erradicarlos, que no solo acaban con la coca, sino también con los cultivos de pancoger y

³⁵ La atonía uterina es una condición médica en la cual el útero de la mujer no se contrae adecuadamente en el postparto inmediato y post alumbramiento, generalmente debido a las múltiples gestaciones que ha soportado, por lo cual las fibras musculares uterinas no se contraen adecuadamente y los vasos sanguíneos que se ubican entre éstas, quedan literalmente abiertos, lo que origina un gran sangrado uterino que conlleva la muerte de la gestante por choque hipovolémico.

la contaminación de fuentes hídricas, configuran, entre otras, las causas de la actual situación de inseguridad alimentaria y el estado de desnutrición del pueblo Awá.

Las aspersiones aéreas con glifosato para la erradicación de cultivos ilícitos como la coca, fueron suspendidas en Colombia durante el año 2015 a petición del Ministerio de Salud y Protección Social que, amparado en un informe de la OMS, argumentó el daño a la salud de los seres humanos y del ambiente; sin embargo, en 2016 se reportó por parte de las autoridades de Policía Antinarcóticos, un incremento importante en el número de hectáreas sembradas con coca, por lo cual en mayo de este año se volvió a autorizar las aspersiones manuales con glifosato.

La vivienda Awá y el saneamiento básico



Figura 29. Vivienda típica Awá, resguardo de Pueblo Viejo Ricaurte Nariño
Fuente: autor (agosto de 2015)

La vivienda típica Awá de la montaña o de la selva tropical es una construcción palafítica, levantada sobre pilotes de madera, a una distancia aproximada de un metro de altura del suelo, de dos o tres cuerpos, un área dedicada a la cocina, una o dos áreas para habitaciones en las que comparten adultos y mayores y un área que hace las veces de sala o área social. Las paredes son de palma de chonta y gualte (maderas) sin ninguna cobertura, que golpean (machacan) hasta armar esteras, con algunas ventanas generalmente pequeñas, por lo que las viviendas Awá son poco iluminadas. El espacio bajo la vivienda es utilizado para alojamiento de los animales domésticos y como depósito de algunos enseres.

El techo es generalmente de dos aguas, con alta pendiente para facilitar la evacuación de las aguas lluvias muy frecuentes en la región pacífica; las construcciones más antiguas utilizan para su cobertura material vegetal. La cocina tiene generalmente un fogón de leña ubicado en el centro de esta área; los alimentos se disponen o almacenan en el piso y en algunos estantes muy básicos. Es frecuente la reunión familiar alrededor del fogón en horas de la noche, donde los adultos conversan y cuentan historias a los hijos y nietos.

El patrón de asentamiento de las viviendas Awá se caracteriza por la alta dispersión en el territorio; las viviendas están separadas entre sí por varias horas de camino en la espesura de

montañas y selvas, con preferencia a orilla de los ríos, con un núcleo de viviendas relativamente cercanas, constituido por grupos de familias con algún grado de parentesco o consanguinidad.



Figura 30. Aspectos estructurales de una vivienda típica Awá - Resguardo Nulpe Medio Ricaurte Nariño
Fuente: fotografías cortesía de Camawari 2010.

En cuanto a saneamiento básico, se pudo establecer que los indígenas Awá tienen un particular pensamiento de las excretas, las basuras y, en general, de los residuos sólidos y líquidos y su disposición final, creencias también relacionadas con su particular cosmovisión de la vida y la salud, específicamente con la creencia en la existencia de “los cuatro mundos”, razón por la cual en el tema de excretas no aceptan su disposición en sistemas que signifiquen entierro de las heces: letrinas secas, tazas sanitarias, pozos sépticos, por razones como la contaminación que harían al “mundo de abajo”, o por la creencia en que la concentración de excretas “puedan usar para maleficios”, por lo que las excretas las disponen a campo abierto, para “que las lluvias y animalitos desaparezcan”. El 100 % de viviendas Awá del área rural disponen las excretas a campo abierto; por tanto, la ocurrencia de enfermedades diarreicas, el parasitismo y otras de origen hídrico son de primer orden en la epidemiología de las comunidades Awá.

El abastecimiento de agua en el pueblo Awá es muy básico; generalmente las familias recogen y toman el agua directamente de fuentes superficiales tipo quebradas y arroyos (98 %), muy pocas familias disponen de sistemas primitivos de captación construidos con una caneca a manera de bocatoma y trayectos de manguera de polietileno, para conducir el agua hasta el patio de las viviendas (2 %). El 100 % de las familias Awá consumen agua cruda; entonces, también las diarreas y los parásitos ocasionan importantes casos de morbimortalidad entre los Awá por esa causa.

Los desechos sólidos de origen orgánico o residuos de alimentos son dispuestos a campo abierto o como abono de la chagra familiar, que es una especie de huerta casera en la que cultivan el “chiro”, una especie de platanillo, la principal fuente de alimentación del pueblo Awá, además de maíz, frijol de montaña y plantas medicinales.

En general, respecto de la higiene de la vivienda y del entorno, las condiciones de salubridad domiciliarias son precarias; las viviendas presentan bastantes puntos vulnerables para el acceso y permanencia de vectores de enfermedades tropicales para la libre deambulaci3n de animales

domésticos que facilitan la ocurrencia de zoonosis y parasitismo, entre otras enfermedades. El baño personal, el lavado de utensilios y ropa se hace de manera muy básica y directamente en quebradas y arroyos. La frecuencia del baño personal es de una o dos veces por semana; no es frecuente el uso de jabón, pasta dental ni cepillado.

Aspectos nutricionales del pueblo Awá

Según los relatos obtenidos en el trabajo de campo, la alimentación diaria de una familia Awá era hasta hace algunos años adecuada y completa, desde el punto de vista nutricional; su dieta se componía de proteínas de fuente animal, producto de especies de caza y pesca y de productos vegetales, algunos cereales, frutas y semillas tradicionales silvestres que recolectaban fácilmente en las montañas y selvas del piedemonte costero pacífico.

En la actualidad, los indígenas Awá refieren que esas fuentes de alimentos cárnicos han ido desapareciendo; incluso, mencionan especies que ya no se consigue en la selva, producto de la deforestación del bosque (minería ilegal) y de las fumigaciones de cultivos ilícitos. Los Awá también tenían como fuente de proteína vegetal, una especie de frijol silvestre y el yuyo, un cereal que preparaban con las carnes; vegetales que también han ido desapareciendo de la dieta Awá.



Figura 31. Principales componentes de la dieta Awá: canasto con "chiros" - plátanos y un animal silvestre en cautiverio, listo para la alimentación familiar. Resguardo Vegas septiembre 2015. Fuente. Fotografías cortesía de Camawari 2010

Hoy en día, las familias Awá se alimentan básicamente del 'chiro', un platanillo silvestre que sus ancestros recolectaban en la selva y que ahora los Awá cultivan en chagras familiares. Este alimento es prácticamente la base de la alimentación Awá; lo preparan cocido, lo maceran, amasan y dan una forma ovalada que denominan "bala de chiro", con el cual desayunan, almuerzan y cenan. Muy ocasionalmente acompañan el 'chiro' con otros alimentos como lentejas, huevo, pescado y carne de animales silvestres.

Los recién nacidos y los niños hasta el año de vida son alimentados exclusivamente con leche materna; después del año empiezan a agregar los alimentos del resto de la familia. La

afectación de las selvas del piedemonte costero y montañas por la deforestación maderera, la minería ilegal y de gran escala, la contaminación de las fuentes de agua y la siembra y erradicación de cultivos de uso ilícito mediante fumigaciones aéreas, han configurado una grave crisis alimentaria para el pueblo Awá, que ha afectado y modificado sus ancestrales formas de nutrición. Tal como se evidenció al inicio del capítulo de resultados, el impacto en su salud es nefasto.

Modelo actual de atención en salud en Ricaurte Nariño

Por lo expuesto en el aparte de DSS del pueblo Awá, en especial las barreras de acceso a los servicios de salud en el municipio de Ricaurte, Nariño, y con el propósito de esquematizar el modelo actual de atención en salud del municipio, en primer lugar, es necesario considerar la ubicación geográfica del municipio de Ricaurte, localizado al suroccidente de Colombia, en el piedemonte costero del Pacífico, en la línea fronteriza con la República del Ecuador, en un territorio que comprende desde las estribaciones montañosas de la cordillera occidental de la región Andina de Colombia hasta su descenso hacia el Océano Pacífico, en una extensa zona de inhóspitas selvas tropicales.

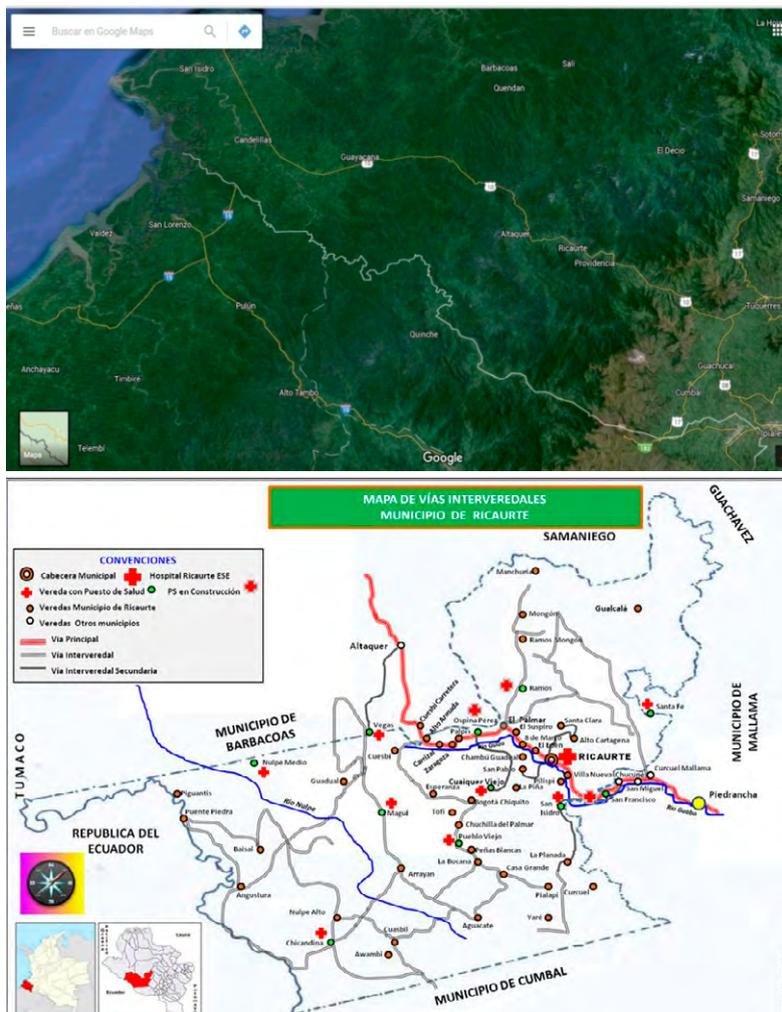


Figura 32. Ubicación satelital del municipio y Resguardos del municipio de Ricaurte
Fuente: Google Maps y Plan de Desarrollo Municipio de Ricaurte Nariño 2016-2019

La única vía carretable de orden nacional que comunica al municipio de Ricaurte con la región y el país es la carretera central que, desde la ciudad de Pasto, capital de departamento, conduce al puerto de Tumaco en el Pacífico, en cuyo recorrido está la cabecera municipal de Ricaurte, sede del gobierno municipal, instituciones y representaciones de entidades regionales y nacionales.

El resto del municipio se comunica desde la cabecera con algunos resguardos como Vegas, por vías secundarias y terciarias, con trayectos carretables, que en conjunto no superan los 15 km. Las demás comunidades asentadas en resguardos ubicados en las montañas y región selvática se comunican a través de caminos de herradura, empalizados, generalmente en mal estado, intransitables para equinos, con pasos por ríos sin puentes o en mal estado. Durante los talleres se informó de numerosos casos de niños que, en el recorrido desde sus comunidades hacia las escuelas, murieron al caer de puentes en mal estado a los caudalosos ríos de la región.

El traslado de pacientes desde resguardos Awá tan apartados como los Nulpes Medio y Alto, Gualcalá, Pueblo Viejo, cuyo estado de salud sea una condición crítica o muy aguda, como gestantes con emergencias obstétricas, niños con cuadros respiratorios graves, adultos con cuadros quirúrgicos o como en la propia experiencia vivida por el autor del presente trabajo³⁶ en noviembre de 2015, en el resguardo de Nulpe Medio, quien tuvo que presenciar la muerte de una mujer indígena Awá de 35 años, afectada por un severo cuadro respiratorio de origen infeccioso, que no resolvió, a pesar del manejo instaurado con antibióticos y broncodilatadores, únicos tratamientos disponibles en medio de la selva del piedemonte costero, para una paciente que ameritaba urgente internación en una UCI, imposible de ofrecer en ese momento; el grave estado de la paciente, las condiciones climáticas de la época y el pésimo estado de los caminos no permitieron la oportuna remisión de la paciente en “chacana”³⁷ hasta el hospital local y luego a la ciudad de Pasto.

La única alternativa en ese momento para salvar la vida de la paciente hubiese sido una remisión en helicóptero, medio del que no se dispone de rutina en la región y si lo hubiere³⁸, la logística requerida para el traslado hubiese sido tan tortuosa; en el mejor de los casos, hubiese sido bajo extremas condiciones de inseguridad por las complejas circunstancias de orden público que aún se vive en la región.

³⁶ El autor del presente trabajo es colombiano, médico cirujano, con amplia experiencia en el manejo de urgencias médicas por su ejercicio profesional en el país y como *Profesional Nacional de Salud en Emergencias y Desastres* de la OPS/OMS Colombia. Para la época y con motivo del presente estudio, durante sus múltiples ingresos al territorio Awá, se desempeñaba como Subgerente Médico del Hospital Universitario Departamental de Nariño en Colombia, catalogado como el segundo mejor hospital público de Latinoamérica - Revista América Economía noviembre de 2015, que cuenta con la infraestructura, tecnología y talento humano como Centro de referencia en salud del suroccidente del país ^[52].

³⁷ La “chacana” es un sistema rudimentario de cargue y traslado de los pacientes en el territorio Awá, es una estructura armada con dos maderas sujetadas con una tela, cobija o manta en la que se acuesta el paciente y se traslada cargado sobre los hombros de familiares o vecinos que “prestan el hombro” para trasladar a pie a los pacientes desde los resguardos de origen hasta las cabeceras donde se encuentran las instituciones de salud. El traslado suele durar varias horas.

³⁸ Para la época, una compañía de comunicaciones adelantaba trabajos de instalación de torres en la selva y en uno de los intentos por aterrizar un helicóptero en el resguardo de Nulpe Alto, fue baleado por los grupos armados ilegales.

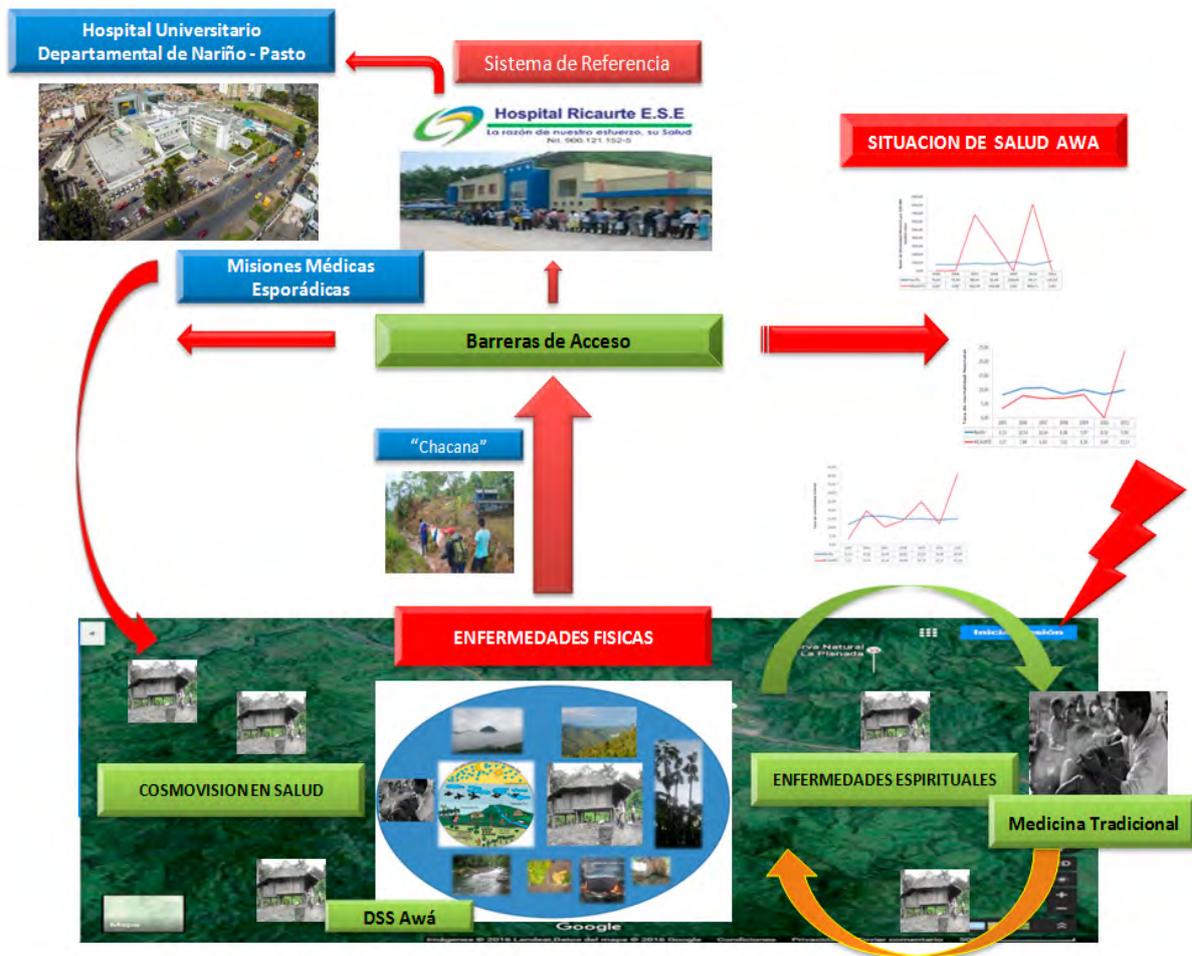


Figura 33. Esquematización del actual modelo de atención en salud para el pueblo Awá de Ricaurte Nariño
Fuente: autoría con base en la información del estudio cualitativo, la revisión documental, el Documento de Red del IDSN y la convivencia en el territorio Awá.

Cuando finalmente los pacientes Awá logran llegar o ser llevados en esas circunstancias al hospital local de Ricaurte, luego de horas y hasta días enteros de camino “cargados en chacana” se enfrentan a múltiples barreras administrativas, sociales y culturales, descritas ampliamente en páginas anteriores. El hospital local de Ricaurte oferta atención extramural en los resguardos más cercanos y muy ocasionalmente a los territorios Awá más alejados; tal como lo confirmaron los grupos focales e indígenas entrevistados, “la atención de hospital Ricaurte en los resguardos es máximo una visita de una semana o menos al año.” Son tan agrestes los caminos en el territorio Awá del lado colombiano, que visitas esporádicas de misiones médicas y de otras instituciones son realizadas saliendo de Colombia vía terrestre, atravesando la frontera con la República del Ecuador, transitando por varias horas algunas de las provincias y cantones ecuatorianos e ingresando de nuevo a Colombia, para retomar finalmente el recorrido a pie por las difíciles trochas hacia los resguardos Awá fronterizos.

La atención hospitalaria brindada a pacientes Awá en Ricaurte está desprovista de cualquier adecuación cultural y consideración de las circunstancias socioculturales propias del pueblo Awá. Independientemente de donde provengan los pacientes, son sometidos a largas filas para

lograr un turno cuando se trata de atención ambulatoria, que incluye demoras que los Awá consideran “injustificadas”. Los pacientes que ameritan hospitalización reciben atención médica de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud; en promedio permanecen en internación hasta tres días, egresan de la institución y retornan aún convalecientes y caminando a sus resguardos. Buena parte de los pacientes Awá terminan referidos desde Ricaurte a hospitales de mayor complejidad en Pasto, como el Hospital Universitario Departamental de Nariño, principal centro de referencia de mediana y alta complejidad en salud del suroccidente colombiano. La referencia de pacientes causa gran temor y “aburrimiento” a los Awá, entre otras razones por el desarraigo de su territorio, de su hogar, familia y por las barreras culturales en la atención, descritas en el aparte de cosmovisión en salud de los Awá.

Percepción de los indígenas Awá sobre la atención institucional de salud

Durante el presente trabajo se verificó personalmente y se concluye de manera contundente que existen francas y profundas barreras institucionales, administrativas, geográficas y socioculturales para el acceso efectivo de los indígenas Awá de Ricaurte, Nariño, a los servicios institucionales de salud.

Barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud. Los indígenas Awá que se asientan en resguardos cercanos a la cabecera municipal o los ubicados sobre la vía carretable al mar que conduce desde Pasto o que pasa por la cabecera de Ricaurte y va hasta Tumaco, y cuya distancia la pueden recorrer en vehículos, asisten con una considerable mayor frecuencia a solicitar los servicios del hospital local de Ricaurte. En contraste, los indígenas que viven en resguardos muy apartados, ubicados en lo profundo de las montañas o selva y cuyas distancias implican recorridos de entre 6 y 18 horas de camino a pie por escarpados caminos, generalmente en pésimo estado, no acceden a los servicios institucionales de salud.

Por esa razón, un indígena Awá afectado por cualquier patología, especialmente por enfermedades tropicales (zona endémica para malaria, dengue, leishmaniasis, tuberculosis, accidente ofídico), que generalmente cursan con cuadros febriles, osteomalgias, astenia, adinamia, diarrea y vómito o, indígenas con traumas, o con complicaciones de la gestación o por cualquier otra condición médica, difícilmente va a salir de esos resguardos tan distantes a buscar la atención institucional.

Según refirieron las autoridades tradicionales participantes, se estima que menos del 15 o 20 % de los indígenas Awá utiliza los servicios institucionales de salud y, en los pocos casos en que lo hace por situaciones extremas, utiliza para el transporte la “chacana”, un artefacto primitivo, construido con un tronco o guadua resistente y unas cobijas atadas al tronco, dispuestas de forma tal que en su interior dejan un espacio para cargar el paciente, quien es transportado por los extremos del tronco y literalmente cargado al hombro durante todo el trayecto. El traslado de un paciente desde resguardos tan distantes como los Nulpes, implica cargar al paciente entre 12 y 18 horas, y disponer de cerca de diez indígenas para alternarse los turnos del cargue, por lo agotador de los caminos por empinadas montañas.



Figura 34. “Chacana”: sistema ancestral de transporte de pacientes en el territorio Awá.³⁹
Fuente: fotografías del autor

La anterior situación genera un franco aislamiento geográfico para el acceso de los indígenas Awá a los servicios institucionales de salud; el área rural carece totalmente de vías carreteables y hasta la fecha tampoco se dispone de cobertura de medios de comunicación; buena parte de los caminos son trochas peatonales, caminos empalizados, terrenos muy quebrados y empinados, intransitables para equinos, lo que implica que un paciente afectado gravemente por cualquiera de las enfermedades endémicas que afectan la región o a una gestante complicada deba caminar o ser transportado (a) literalmente “cargado en una chacana” hasta por 18 horas, (Resguardos ubicados en la frontera con la República del Ecuador) para buscar la atención médica, lo que desestimula y, con razón, la demanda de servicios de salud. También por esa causa los equipos institucionales de salud no ven atractivo adentrarse en lo profundo del territorio Awá para brindar atención extramural.

Barreras administrativas: en general, la percepción de los indígenas Awá participantes en los grupos focales y entrevistas, sobre la calidad de la atención institucional en salud, es que la atención del hospital de Ricaurte es “muy mala, muy deficiente”. Las pocas familias Awá provenientes de resguardos lejanos que han buscado y recibido atención institucional de salud manifiestan que luego de caminar y cargar los pacientes en chacana durante varias horas, incluso días, llegan con el paciente al hospital de Ricaurte, que funciona con horarios inflexibles, que son sometidos a largas filas de espera; incluso, si llegan en la noche deben “madrugar a las cuatro de la mañana a hacer fila para recibir un turno” para la atención, con igual trato que pacientes que provienen de la cabecera municipal a escasos minutos del hospital.

Según los participantes de los grupos, debido a los procesos internos del hospital local de Ricaurte, “para que un enfermo sea atendido en hospital, se necesita varios días”. En el mejor de los casos, el día uno, el paciente es atendido por el médico general y “casi siempre al enfermo dan salida la casa” para que regrese el día dos para la toma de exámenes paraclínicos; es citado nuevamente el día tres para nueva valoración con resultados. Si todo va bien ese día, el

³⁹ El autor del presente trabajo coopera en el traslado de una paciente desde su vivienda hasta el puesto de salud del Resguardo Nulpe Medio - al fondo, ubicado a por lo menos a doce horas de camino de la cabecera municipal de Ricaurte Nariño. Noviembre de 2015.

paciente es dado de alta de la atención ambulatoria. Esta espera de por lo menos cinco días, (tres días en la mera atención, dos o tres días más para el transporte de ida y regreso a casa), para un paciente indígena Awá sin recursos, proveniente de un resguardo lejano, sin familiares o conocidos que ofrezcan hospedaje a él o sus acompañantes en la cabecera, se constituye en otra causa de gran malestar, incomodidad, molestia y desestímulo a la búsqueda de atención institucional en salud.

Otros aspectos detectados por el autor como barreras administrativas son la forma de contratación de servicios de las Administradoras del Riesgo en Salud o EPS con el hospital local de Ricaurte, especialmente mediante la forma denominada “Capitación”, en cuyo caso el hospital recibe de manera global y constante un porcentaje del pago de la UPC asignado y pactado para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención, calculado para un porcentaje de la población, que solicite o no las atenciones institucionales en salud, generan un pago mensual fijo al hospital, lo que también desestimula la atención, puesto que el hospital recibe el mismo dinero esperando a los pacientes en los consultorios de la institución, que saliendo con costosos equipos móviles de salud a buscar los pacientes en las montañas o en la selva. La alternativa a esta forma de contratación en la prestación y venta de servicios del hospital es la facturación de servicios, con lo que cada una y hasta la más mínima de las actividades de atención médica, incluidas la promoción y la prevención son facturadas y cobradas a la EPS.

En este punto vale mencionar que las EPS son las Administradoras del Riesgo en Salud de su población afiliada, a quienes el gobierno nacional entrega el valor de cada afiliado - UPC, para que administre su riesgo en salud. La UPC es el cálculo del valor en pesos de la atención en salud que cuesta por persona en un año, que debe distribuirse entre los tres niveles de atención.

Barreras socioculturales. Durante los trabajos con grupos focales y entrevistas fue evidente la existencia de profundas barreras entre la cultura de la salud del pueblo Awá y las posturas y atenciones de la medicina occidental. Igual, fue notoria la ausencia de un enfoque diferencial o adecuación intercultural de los programas institucionales de salud para la atención de los indígenas Awá en el hospital de Ricaurte, en especial en temas tan críticos como salud sexual y reproductiva y salud infantil; la atención brindada por el hospital choca con las significancias culturales de su cosmovisión en salud expuestas anteriormente.

Entre otros testimonios, los participantes manifestaron que las mujeres Awá “sienten desconfianza, vergüenza de ser examinadas, miradas o tocadas por el médico occidental”, que “las alimentaciones que dan hospital no son buenas, caen mal, no gustan” (partera del resguardo Pueblo Viejo); algunos alimentos no son bien tolerados por los pacientes Awá, especialmente los lácteos y leguminosas como el “frijol y la arveja de la tienda”, que el trato en el hospital no es adecuado, que “nosotros no entendemos lo que preguntan los doctores y las enfermeras”, incluso “que dan nosotros regaños los médicos y enfermeras por no bañarse todos los días” (mujer indígena Awá del resguardo de Pialapí).

Igualmente, manifiestan que la estancia prolongada fuera de su territorio tiene una dolorosa implicación por el desarraigo de su hábitat, de su vivienda, de su familia, de su entorno; que el regreso a su resguardo es tal vez uno de los aspectos más críticos por cuanto señalan que

“vuelta pa’ resguardo recién salidos de hospital es dañino,” especialmente después del parto cuando literalmente manifiestan que “del hospital sacan mujeres Awá recién paridas al otro día del parto, para que se vayan pa’ la casa, sin importar que tengan que caminar muchas horas a pie después de un parto,” estado que para los Awá, como ya se expuso, tiene un significado muy especial, en términos de la gran vulnerabilidad de la mujer en el postparto, de la fragilidad del neonato, de la contravención de sus creencias culturales al deambular de regreso a casa, por ciertos sitios de la montaña o de la selva y a ciertas horas del día o de la noche, prohibidos por su cultura para una mujer Awá en su estado.

Las múltiples creencias, usos y costumbres mencionados, obligan con mensaje de urgencia a la adecuación intercultural de la atención institucional, que pasa no solo por el ajuste de espacios físicos o la implementación de la dieta Awá en los hospitales, o la designación de traductores dentro de las instituciones, sino también por la adecuación intercultural de programas y estrategias institucionales de salud, especialmente en programas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la revisión, discusión y concertación de posturas opuestas en temas tan polémicos como planificación familiar, la adecuación intercultural de las estrategias AIEPI en su componente comunitario y de entornos saludables, ambas con el desarrollo e implementación de tecnologías adecuadas para la provisión de agua segura, la disposición sanitaria, adecuada y adaptada culturalmente de excretas y residuos sólidos, y el desarrollo de programas y proyectos sustentables que le apunten a garantizar la seguridad alimentaria, esencialmente, de niños, niñas, gestantes y adultos mayores.

Finalmente, un sentido reclamo en todas las reuniones realizadas en el trabajo de campo en los resguardos de montaña y selva, fue la necesaria inclusión del componente de medicina tradicional en la atención intrahospitalaria y en los equipos móviles de salud que, en el marco de este modelo, se propone operar de manera sistemática en los siete resguardos estratégicos. Según los testimonios, la presencia y atención de los agentes tradicionales de la salud Awá, aún dentro del hospital local, contribuiría a un más pronto alivio, a la mejora física y fundamentalmente espiritual y, en consecuencia, a una mejor estancia durante la internación.

Aproximación a una versión de los determinantes sociales de la salud para los indígenas Awá, desde su propia cosmovisión de la vida y la salud

En consonancia con los hallazgos de la presente investigación y con base en la revisión documental de trabajos previos con el pueblo Awá y de los fundamentos teóricos de la OMS, una posible interpretación de los DSS para el pueblo Awá, acorde con su cosmovisión de la vida y su cultura de la salud, se esboza en la Figura 35.



Figura 35. Propuesta de Determinantes Sociales Intermedios de la Salud del pueblo indígena Awá de Ricaurte Nariño, construida durante el trabajo de campo de la presente investigación 2015 - 2016
Fuente. Construcción propia con base en el resultado de la investigación cualitativa sobre percepción de DSS

Los DSS para el pueblo Awá estarían basados primordialmente en la cosmovisión y concepción que los indígenas Awá tienen sobre el territorio, concepción que trasciende el concepto material del suelo y de la tierra como espacio físico, geográfico, tal como se expuso al inicio de este informe; territorio como eje y centro de su existencia, territorio que los Awá distribuyen en “cuatro mundos físicos y espirituales,” que dan cuenta de su profunda relación con la naturaleza, con sus recursos naturales, con la “madre tierra”, en la creencia de la existencia de seres materiales y espirituales que los protegen, pero que también los “sancionan y castigan”, e incluso que les causan las enfermedades que ellos llaman “espirituales” que sobrevienen “cuando los Awá no cumplen la Ley de Origen”.

En ese orden de ideas, el territorio es el principal Determinante Social de la Salud para el pueblo Awá; territorio proveedor de espacios materiales y espirituales para la vida y pervivencia física y cultural del pueblo Awá, fuente de recursos naturales que les permite tener seguridad y soberanía alimentaria, bienestar y convivencia.

Antes de continuar las explicaciones sobre la versión de los DSS del pueblo Awá, es pertinente plasmar el siguiente aparte del Plan de Salvaguarda del Pueblo indígena Awá⁴⁰, 2012 que evidencia el negativo impacto de la alteración del territorio, en el bienestar colectivo de este pueblo ancestral:

Como pueblo indígena Awá, encontramos vulnerados de manera masiva y sistemática nuestros derechos fundamentales y colectivos a causa de la presencia y el accionar de diversos grupos armados tanto legales como ilegales en nuestro Katza Su (Territorio); hemos sufrido el impacto sobre nuestra relación cultura-territorio por la agresión física,

⁴⁰ El Plan de Salvaguarda Étnico para el pueblo Indígena Awá de Colombia, es una medida cautelar de la Honorable Corte Constitucional de Colombia que, mediante Sentencia T-025 de 2004 ¹²¹ y el auto 004 de 2009 ordenó al Estado colombiano, urgentes medidas integrales, incluyendo las necesarias en materia de salud para la protección física y cultural de este pueblo ancestral en franca vía de extinción. Hasta el momento y según las organizaciones indígenas del Pueblo Awá, estas medidas no han sido cumplidas.

psicológica y social. Casos como el desplazamiento forzado, confinamiento, asesinatos selectivos, víctimas por la presencia de MAP⁴¹ Y MUSE⁴², fumigación y erradicación, desapariciones forzadas, amenazas, violencia de género, reclutamiento forzado, afectaciones al medio ambiente, procesos socioeconómicos extractivos, la intromisión de megaproyectos, el desconocimiento de nuestro derecho fundamental a la consulta previa, entre otros, afectan de manera directa la pervivencia étnica, cultural y espiritual de nuestro pueblo.

Como pueblo queremos vivir en tranquilidad, bienestar y convivencia colectiva, en unión con nuestra familia, nuestros niños, jóvenes, mayores, los médicos tradicionales, líderes, maestros en el relacionamiento con los espíritus que son protectores y guías en nuestro Katza Su y que podamos defender la vida, nuestra cultura, la autonomía, la unidad, la Justicia Propia, la salud, la educación y la producción.

La Honorable Corte Constitucional, consciente de los graves hechos, emitió el Auto 004 de 2009 en el cual cita a nuestro pueblo como uno de los sujetos colectivos de especial protección y, para tal fin, le ordena al Estado colombiano, en cabeza del Ministro del Interior y de Justicia y el Director de Acción Social, junto con las demás instituciones que conforman el SNAIPD -Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada- la construcción e implementación de 34 Planes de Salvaguarda Étnica, entre ellos uno para el pueblo indígena Awá. (Corte Constitucional, 2011).

Los elementos más importantes de la versión Awá de los DSS, serían los siguientes:

- **El Territorio**, eje de su cosmovisión de la vida y la salud, tal como se expuso anteriormente, un territorio ancestral que es “material y espiritual”, que sustenta sus creencias, usos y costumbres; en particular, la creencia en la existencia de los “cuatro mundos físicos y espirituales” que gobiernan su comportamiento, sus relaciones sociales y culturales, reflejo de una profunda relación con la naturaleza. La concepción supramaterial de territorio para los Awá tiene su equivalencia y representación en la construcción y disposición de sus viviendas.
- **Las montañas y selvas**, con sus sitios sagrados, que reflejan la intensa relación cultural de los indígenas Awá con la “madre tierra.” Los Awá consideran que en esos sitios habitan los espíritus de sus antepasados, por tanto, el comportamiento individual y colectivo debe ser culturalmente adecuado, pues para ellos este es “vigilado constantemente por los espíritus”, lo que les obliga a comportamientos de respeto, solidaridad, trabajo y consumo moderado de recursos naturales, a una autorregulación a cargo de sus autoridades tradicionales. Las montañas y selvas son también, como una despensa de plantas medicinales.
- **Los recursos naturales**, el bosque, la selva, el agua, las plantas, los animales silvestres que les proveen el sustento, la seguridad y soberanía alimentaria; en

⁴¹ MAP: sigla utilizada por los Organismos Humanitarios Internacionales para denominar a las Minas Antipersona que son artefactos explosivos que los actores armados siembran en el territorio Awá y que han causado la muerte y afectación de un importante número de indígenas que caen accidentalmente en los campos minados.

⁴² MUSE: sigla utilizada por los Organismos Humanitarios Internacional para denominar la Munición Sin Explotar.

consecuencia, el comportamiento de respeto por los recursos naturales es el fundamento de la “Ley de Origen” entre los Awá, que parten siempre del principio de “tomar lo justo de la naturaleza” para sobrevivir sin mayores necesidades.

- **La medicina tradicional** con todo y sus creencias, sabiduría y conocimientos ancestrales; “los médicos tradicionales y su permanente relación con los espíritus ancestrales” que explican sus usos, costumbres, comportamientos y prácticas culturales en materia de salud, que les permite prevenir, atender, limpiar y curar el pueblo Awá de las enfermedades espirituales.
- **La Seguridad y Soberanía Alimentaria:** un territorio que permite y provee sin limitaciones los recursos y fuentes de sus alimentos ancestrales, de manera tal que se asegura su libre movilidad en la montañas y selvas para sembrar, recolectar, cazar, pescar y alimentar, sin más restricciones a sus familias, asegurando la pervivencia física de los Awá.

Es de resaltar que durante la construcción y acuerdos referidos a la percepción del pueblo Awá sobre los DSS, en ningún momento se mencionó el sistema occidental de salud; por el contrario, quedó en el ambiente la sensación de que los servicios institucionales de salud están asociados más al proceso de enfermedad, que a su concepción de la salud.

Desde ese entendimiento, el abordaje de los DSS para el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, debe ser coherente con su pensamiento, cultura, cosmovisión y multicausalidad, por lo que este trabajo surgido de construcción colectiva, es una apuesta al desarrollo de un verdadero modelo de atención intercultural en salud, basado en los fundamentos teóricos de la APS y DSS.

Problemática de los DSS del pueblo Awá de Nariño

Por lo expuesto, la problemática de los DSS versión Awá que debe abordarse de manera estructural, es la siguiente:

El Territorio: según los participantes de los grupos focales, las Organizaciones del Pueblo Indígena Awá y el documento “Actualización del Plan de Salvaguarda Awá - 2012”, las principales afectaciones del territorio Awá están dadas en torno a:

- **Amenazas, secuestro, tortura y muertes selectivas de líderes y autoridades tradicionales del pueblo Awá,** con evidencias desde 1995 y mayores picos en los años 2000, 2007 y 2008. El número de homicidios de integrantes del pueblo Awá de Ricaurte en el periodo 1996 a abril de 2012 fue de 108 asesinatos selectivos^[15] que tuvieron como blanco, especialmente a integrantes de la Organización Camawari, líderes, autoridades tradicionales del pueblo Awá e integrantes de la guardia indígena. Las amenazas y hechos violentos fueron perpetrados por grupos armados ilegales que todavía hacen presencia en la región.
- **Masacres de indígenas Awá.** Al menos seis masacres ocurrieron entre 2003 y 2009 en los resguardos de Vegas (dos ocasiones 2003 y 2008), Resguardo Integrado La Milagrosa (2004), Altaquer (dos ocasiones 2005 y 2006) y Gran Rosario (2009), masacres en las que cegaron la vida de 33 integrantes del pueblo indígena Awá (Mininterior, 2012).

- **Desapariciones forzadas.**
- **Reclutamiento forzado de niños, jóvenes y adultos Awá** (hombres y mujeres de todas las edades, incluyendo niños y jóvenes), mediante fuerte presión sobre jóvenes (reclutamiento mediante la fuerza, engaños, enamoramiento, coacción, soborno económico). Según el Plan de Salvaguarda 2012, se ha logrado la desvinculación en el departamento de Nariño de al menos 171 niños, niñas y adolescentes, que habían sido reclutados forzosamente por los grupos armados, de los cuales el 8,2 % eran integrantes de los grupos indígenas de Nariño (Mininterior, 2012).
- **Desplazamiento forzado masivo y gota a gota:** desde 2002 y hasta finales del 2011, el territorio del municipio de Ricaurte, Nariño, había sido expulsor de 3.930 personas, víctimas del desplazamiento forzado por el conflicto armado; incluso, la expulsión de familias Awá se produjo hacia la República del Ecuador y en el mismo periodo, la cabecera municipal de Ricaurte había sido receptora de al menos 3.029 personas desplazadas por el conflicto armado.
- **Confinamiento y restricción de movilidad de comunidades.** Resguardos enteros del pueblo Awá de Nariño estuvieron sometidos hasta hace muy poco tiempo a rigurosos confinamientos en sus comunidades, bien por el marcado control de las autoridades al ingreso de comestibles o insumos a sus resguardos, el abuso de la fuerza pública en el control de las vías, requisas permanentes, la presencia de campos minados sembrados en forma perimetral en ciertos territorios indígenas, el control de horarios de salida e ingreso a los territorios, que confinaron por años a varias comunidades indígenas Awá.
- **Irrespeto a la autonomía y al control territorial** (secuestro y coacción de gobernadores, intromisión en problemas internos de los resguardos, reclutamiento de jóvenes, abusos sobre los predios, familias), irrespeto (reconocimiento circunstancial) del ejercicio de la justicia propia dentro del territorio.
- **Instalación de minas antipersonales permanentes y temporales** en extensas áreas del territorio Awá, que han causado numerosas víctimas, algunas de ellas mortales, incluyendo algunos niños y jóvenes Awá que cayeron en campos minados cuando realizaban labores de recolección de alimentos o labores domésticas para su familia.
- **Infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH):** en algunos casos, durante los enfrentamientos armados, se usó a la población civil como escudo humano; se obligó a indígenas de varios resguardos a participar en arreglos de caminos para facilitar el tránsito de los grupos armados, vinculando de esta manera a la población civil al conflicto armado. Se ha documentado la intromisión de los grupos armados en viviendas, escuelas y otros lugares habitados o frecuentados por los indígenas Awá, usando como trincheras estas instalaciones, poniendo en grave riesgo a la población civil y cometiendo francas infracciones al DIH.
- **Afectaciones ambientales del territorio Awá.** Limitaciones y trabas del Estado colombiano para la constitución, ampliación y saneamiento de resguardos indígenas, pérdida de territorio y/o del control en el manejo de sus recursos.
- **Cultivos ilícitos.** Presencia de extensas áreas sembradas con cultivos de coca en

el territorio Awá, cuyo impacto ambiental es severo en términos de la deforestación previa de los bosques para implantar los cultivos, los químicos empleados para su procesamiento y la salvaje cadena de violencia asociada. En estas zonas del piedemonte costero, el narcotráfico es el combustible del conflicto armado. Por su parte, las fumigaciones estatales para erradicar los cultivos ilícitos con glifosato han dejado también un alto impacto ambiental en fuentes hídricas, cultivos de pancoger (chiro, maíz, caña, limón y aguacate) que generan inseguridad alimentaria. En 2004, en el departamento de Nariño fueron asperjadas 31.307 hectáreas (Naciones Unidas, 2007).

- **Minería.** Concesiones y licencias otorgadas para la explotación de oro a gran escala en resguardos Awá de Hojal La Turbia, comunidad Peña Caraño, en las riberas del río Mayasquer y en áreas de páramo o protegidas, expuestas al dragado y remoción de tierras en extensas áreas de bosque y cultivos de chiro y yuca, y a la contaminación de suelos y fuentes hídricas por los insumos químicos para la explotación ilegal del oro, entre ellos el cianuro y mercurio.
- **Hidrocarburos:** afectación del territorio Awá por derrames de crudo del oleoducto Transandino⁴³, causados por atentados con artefactos explosivos a la infraestructura petrolera de la región por parte de grupos armados ilegales, con severas implicaciones ambientales, ecológicas y socioculturales por la contaminación de suelos y fuentes hídricas en los resguardos Awá de Saundé Guiguay, Piguambí Palangana, Inda Sabaleta, Pulgande, Campo Alegre, Guelmambí, Gran Sábalo y Chimbagal.
- **Megaproyectos** como la Iniciativa para la Integración de la Infraestructura Regional Sur Americana (IIRSA), redes de transporte intermodales, interconexiones eléctricas de gas y petróleo que atraviesan el corazón del territorio Awá y que, curiosamente, coinciden con el mapa de actores armados generadores de violencia en la región. En ninguno de los megaproyectos del IIRSA se ha surtido el obligatorio proceso de consulta previa a las comunidades indígenas que las impacta, tal como lo determinan la Constitución Política Nacional de Colombia ^[51] y demás Derechos de los pueblos ancestrales.
- **Explotación Forestal.** En Colombia se ha entregado concesiones o licencias de explotación forestal en el 80 % de los resguardos indígenas legalmente constituidos; el territorio Awá no es la excepción; se estima que el área afectada en el municipio de Ricaurte alcanza las 32 mil hectáreas de bosques talados que, sumado a la cacería ilegal e irracional de especies silvestres de la selva y montaña (cajuches, venados, armadillos, conejos, guaras, guatines, cungan, pavas, perdices) entre otras especies que hacían parte de las actividades de caza del pueblo Awá, han extinguido prácticamente varias fuentes ancestrales de seguridad alimentaria en el territorio Awá y han impactado directamente las microcuencas de agua en los sectores de Yugal, Santafé, Casa Grande, Aguacate, Angostura, Chical y las cuencas de los ríos Mulas, Nulpe, Vegas, Guiza, Nambi, Ramos y la quebrada

⁴³ El Oleoducto Transandino transporta crudo desde los yacimientos en el departamento del Putumayo hacia el Océano Pacífico, atraviesa de oriente a occidente todo el territorio Awá en el sur de Colombia y el territorio de Ricaurte en una extensión de 217 km en paralelo al río Guiza y a la vía que de la ciudad de Pasto conduce hacia el puerto de Tumaco en el Océano Pacífico.

Pedregal (ASIS, 2013). Monocultivos de palma aceitera que, por la deforestación que los precede, causan gran deterioro y desplazamiento de las especies de flora y fauna de la selva, para dar paso a ese monocultivo de tardío rendimiento.

- **Violencia sexual a mujeres.** Numerosos casos documentados en el territorio Awá de violencia de género, violencia física, inclusive homicidios individuales y masacres, violencia psicológica y violencia sexual, entre otras formas de afectación contra un importante número de mujeres y niñas Awá, objeto de todo tipo de vejámenes por parte de los actores armados

Propuestas de los indígenas Awá de Nariño, Colombia: Modelo de atención intercultural en salud, basado en APS y DSS

El siguiente modelo que se presenta para la atención intercultural en salud con enfoque de APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, surge por la investigación cualitativa realizada en el territorio Awá; recoge los elementos de su cosmovisión en salud, los confronta con el modelo actual de atención institucional en salud del país que se oferta mediante el hospital local y la red de servicios complementaria, genera los espacios de discusión y construcción participativa para la definición de un modelo que incorpora aspectos técnicos y teóricos de la APS y de los DSS y de la cultura de la salud Awá, adecuados a la realidad y contexto sociocultural, geográfico e histórico de este pueblo ancestral. Las propuestas aquí plasmadas son tan razonables e inteligentes que, con certeza, contribuirán de manera contundente al reconocimiento, respeto y coordinación de las dos medicinas para la atención integral e intercultural del pueblo Awá, a promover la participación comunitaria en salud, a aumentar el acceso y demanda de servicios, a la satisfacción de los indígenas usuarios de los servicios, al “bienestar espiritual” de los Awá y, como consecuencia, a la mejora de su estado de salud, de condiciones de vida y pervivencia física y cultural de los Awá.

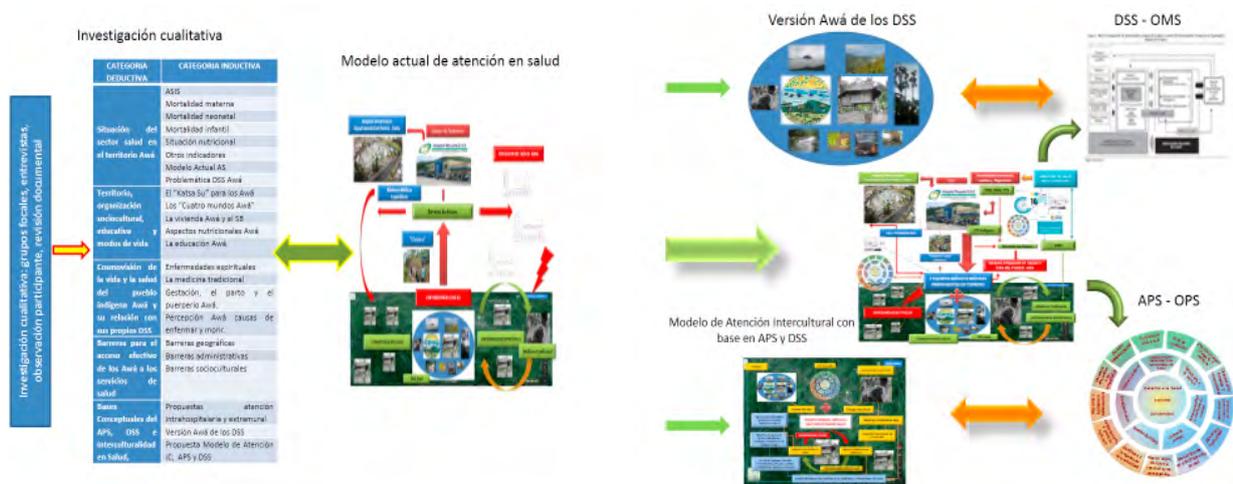


Figura 36. Mapa conceptual: investigación cualitativa - construcción de las propuestas y modelo de atención intercultural en salud, con enfoque de APS y DSS
Fuente: Este estudio

La Figura 36 esquematiza un mapa conceptual de las relaciones y procesos que se dieron durante el proceso de investigación cualitativa y de construcción participativa del modelo.

El trabajo de campo con grupos focales, entrevistas a profundidad y de revisión documental permitieron la definición de categorías inductivas y deductivas, cosmovisión de la salud (organización, territorio, cultura de la salud - medicina tradicional, agentes tradicionales, enfermedades espirituales, de afuera, gestación, parto, puerperio, nutrición, ASIS, percepción de la atención institucional en salud y la construcción de la versión Awá de sus propios DSS).

Propuesta para la atención intrahospitalaria y atención extra mural permanente en los resguardos

El modelo inicia con una serie de propuestas que el pueblo Awá de Ricaurte, Nariño, hace frente a la atención intrahospitalaria en salud, propuestas que en esencia están relacionadas con la necesidad de reorientar servicios, la adecuación intercultural de programas, la atención extramural permanente por parte de equipos móviles o multidisciplinares de salud que, mediante un permanente diálogo de saberes con la medicina tradicional Awá, desarrollan y operan un modelo de atención intercultural en salud en los resguardos, resolutivo, preventivo, integrador, incluyente, participativo y con enfoque de APS y DSS.

Finalmente, el pueblo Awá propone sus propios DSS, su problemática y las líneas generales para su abordaje y superación progresiva, mediante intersectorialidad y participación comunitaria:

1. La Constitución de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena (IPSI) que congregue, administre y opere la atención intercultural en salud para el pueblo Awá de Ricaurte, con una sede principal administrativa y asistencial en la cabecera municipal, donde ofrezca atención en salud ambulatoria a cargo de médicos occidentales

y médicos tradicionales. La operación de, al menos, siete Equipos Móviles de Salud (EMS), multidisciplinarios, descentralizados, extramurales, con sede permanente en los siete resguardos ubicados estratégicamente en el territorio Awá, con un fuerte papel en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la búsqueda, detección e intervención precoz de factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios en salud, brindando atención médica extramural de baja complejidad.

Los EMS tendrán entrenamiento, capacidad resolutive y autonomía logística para operar en el territorio Awá, resolviendo incluso emergencias médicas y obstétricas; en su defecto, estabilizando y refiriendo pacientes que requieran manejo en un segundo o tercer nivel de complejidad, sin perjuicio de la atención en salud que debe seguir brindando el hospital local, que seguiría siendo el centro de referencia de atención hospitalaria de primer nivel de atención. Paralelamente, los indígenas Awá seguirán recibiendo la atención en salud por parte de sus agentes tradicionales, en estrecha coordinación con los EMS. Las familias Awá serán el primer eslabón en la participación comunitaria en salud, con acciones en el autocuidado en salud, la vigilancia en salud pública de base comunitaria, la referencia y contrarreferencia de pacientes, el saneamiento básico, en la promoción y prevención.

2. La conversión progresiva del hospital de Ricaurte, actualmente de muy baja complejidad y capacidad resolutive, en un hospital de segundo nivel mediante la implementación de talento humano, infraestructura, tecnología y, en general, capacidad instalada para resolver no solo los requerimientos de baja complejidad con medicina general, sino también los servicios de mediana complejidad mediante una oferta periódica de especialidades médico quirúrgicas básicas como pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía general y anestesia, para resolver los cuadros médicos y quirúrgicos básicos de niños, mujeres y adultos y, por ende, disminuir a la mínima expresión la remisión de pacientes a otras ciudades. Posteriormente, el reforzamiento de los EMS con médicos familiares que provean la atención necesaria, ampliando y mejorando la capacidad resolutive en terreno y en el hospital local, para evitar así el desarraigo que sienten los Awá cuando son referidos desde su territorio al hospital local o a otras instituciones de la red de servicios.
3. La adecuación intercultural de todos los programas institucionales en salud del hospital local y de las instituciones de la red, en concordancia con la cosmovisión de la vida y la salud del pueblo Awá. Este proceso, producto de un diálogo intercultural en salud, de un “intercambio de saberes,” que permita la concertación de acciones que impacten efectivamente la actual situación de salud del pueblo Awá. Esta propuesta pasa, además, por la oferta de atención por médicos tradicionales dentro de las instituciones de salud, dedicados a la asistencia ‘espiritual’ y al acompañamiento de los indígenas Awá que requieran internación, lo que con seguridad contribuiría al éxito de tratamientos de enfermedades “propias o espirituales y físicas” del pueblo Awá, la adecuación de espacios físicos, alimentación, alojamiento entre otras.
4. La implementación de una ‘Casa de Paso’ en la cabecera municipal de Ricaurte, de manera tal que los pacientes indígenas referidos desde los resguardos más apartados hacia el hospital local, tengan ellos, sus familiares y acompañantes, un sitio digno para hospedarse, alimentarse y permanecer durante la estancia u hospitalización de los pacientes; inclusive, que facilite a las puérperas el reposo necesario mientras completan

al menos los primeros días de la ‘dieta’ que acostumbran las mujeres Awá en el postparto, con lo que se mitigaría los efectos deletéreos de la decisión institucional de dar de alta a la gestante Awá al segundo día postparto, evitando así las implicaciones médicas y culturales para la gestante y el neonato que, en su defecto, deben tomar el largo camino de regreso a casa, en ocasiones por más de dos días, en medio de difíciles condiciones climáticas típicas de la región y el mal estado de los caminos.

5. La operación de EMS, integrados por médicos generales, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería o de salud pública, promotores de salud y saneamiento ambiental, que trabajarán en coordinación con los agentes propios de la medicina tradicional Awá, tendrán sede permanente 24 horas / 7 días a la semana y 20 de 30 días al mes en los resguardos indígenas ubicados estratégicamente en la geografía del territorio Awá, operando en puestos rurales de salud, dotados adecuadamente, con capacidad resolutoria y logística para atender la demanda de salud de baja complejidad que se genere, de tal forma que garanticen de manera sistemática, la atención integral e intercultural en salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con énfasis en la atención de la población infantil, las gestantes, los adultos mayores y, cuando sea absolutamente necesario, operativizar el sistema de referencia de pacientes a un mayor nivel de complejidad.

El permanente impulso a la medicina tradicional Awá, a la formación de nuevos médicos tradicionales, parteros, el estímulo o incentivo al trabajo de los agentes tradicionales de salud mediante modalidades como “alimentos por trabajo” o “alimentos por capacitación” que implementaron en el pasado agencias de cooperación internacional en la región, tales como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de Naciones Unidas, en especial para el apoyo de los médicos tradicionales ancianos que aún siguen ofertando con gran sabiduría, voluntad y desinterés sus servicios; asimismo, en esa modalidad de apoyo está la promoción de las huertas medicinales comunitarias. Otros detalles de la operación de los EMS en el marco del modelo intercultural en salud con base en APS y DSS para el pueblo Awá de Ricaurte, Nariño, se describe ampliamente en la matriz que desarrolla uno a uno los elementos de APS Renovada al final de este capítulo.

Audio entrevista a una mujer comunera de un resguardo

Awá necesitamos un grupo de médicos o un equipo de salud que esté rotando de aquí, de allá, que esté visitando las familias Awá de manera semanal, que vea a la mamá, al papá, que vea a los niños, que mire cómo están las viviendas, el agua, vuelva otra vez, que visite todas las trescientas y pico de familias de este resguardo y que esté andando permanente la comunidad. Pero que ese grupo de salud esté formado seguramente también por la médica tradicional de acá, donde pueda atender la partera, otros médicos tradicionales de nosotros Awá, estar formado por la medicina occidental con médico, la enfermera, de pronto por técnico de salud, saneamiento y que tengan funciones en la comunidad, cosa que si mañana se presenta problema de salud, encontremos ese equipo de salud en resguardos, nos atienda y también con su médico tradicional y así familia Awá empieza a ser protegida, a ser cuidada por equipo de salud, ser orientada, vacunada y atendida control prenatal si es que da permiso el papá, ‘xaminar el que ‘té tosiendo, recojan gargajo pa’ tuberculosis, que haya atención en salud

como nunca hemos tenido en resguardos, pero atención en salud concertada por nosotros, entonces comprende este comunidad que lo que vamos a hacer ahora es ver cómo va a quedar la atención para nosotros Awá.

6. Desde la perspectiva y cosmovisión Awá sobre lo que ellos consideran sus propios DSS -que se desarrolla a continuación, y en cumplimiento de la Sentencia T-025 de 2004 ^[2] y autos de la Corte Constitucional y en el marco de la intersectorialidad en salud, los participantes propusieron trabajar de manera conjunta entre autoridades tradicionales y civiles del municipio de Ricaurte del departamento de Nariño, la Nación y la cooperación internacional, en acciones dirigidas a la solución de la grave problemática territorial relacionada con la situación humanitaria y el conflicto armado que aún se vive en el territorio Awá, por el urgente desminado humanitario del territorio, por la suspensión de concesiones vigentes y futuras para explotación minera y forestal de gran escala, por la detención de las fumigaciones aéreas de sus montañas y selvas con glifosato, por la concertación y ejecución de alternativas para detener y sustituir los cultivos de uso ilícito, la gestión de proyectos de desarrollo comunitario, adecuados, adaptados, concertados y sostenibles, que garanticen la seguridad y soberanía alimentaria de acuerdo con sus usos y costumbres y la implementación de alternativas ambientalmente sostenibles para el abastecimiento de agua segura y la adecuada disposición de excretas, residuos sólidos y líquidos.

En definitiva, los indígenas Awá proponen el apoyo y fomento de la medicina tradicional, sus agentes propios, incentivos para el cultivo de sus plantas medicinales, la realización de rituales, usos, prácticas y costumbres de su cultura de la salud, la realización de encuentros y diálogos para el intercambio de saberes y coordinación con la medicina occidental y, particularmente, con los EMS propuestos.

Definición y filosofía del modelo de atención intercultural en salud con base en APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Nariño, Colombia

El presente modelo que se desarrolla y describe en detalle en las matrices siguientes, se construyó con base en las propuestas de representantes de todos los resguardos indígenas del territorio Awá del municipio de Ricaurte, Nariño, Colombia, de sus autoridades tradicionales, de sus agentes propios de salud, de mujeres Awá gestantes, jóvenes, adultos, ancianos y líderes de su Organización Camawari ^[52], participantes en los grupos focales y entrevistas. En esencia, es una apuesta para el cambio de paradigma del actual modelo de atención en salud en Colombia, que es, en esencia, hospitalario, centralizado, con énfasis en lo curativo, con múltiples barreras de acceso de todo orden que, junto con la situación descrita de los DSS, generan un alto y negativo impacto en la salud y la vida del pueblo Awá.

El modelo de atención propuesto por el pueblo Awá se asimila en cada paso a los elementos de APS Renovada, referentes a Puerta de Entrada, Primer Contacto, Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Participación Social, entre otros; tiene una lógica territorial y no contractual, se apuntala en la planificación participativa del trabajo, en la coordinación e intervención en terreno de los Equipos Básicos de Salud (EBS), conformados por médicos generales, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, de

salud pública, salud bucal, saneamiento ambiental, promotores de salud, agentes tradicionales (médicos, parteros, tocadores de hueso, pulseadores), en la participación comunitaria en salud, en la coordinación y cooperación de las dos medicinas e involucra un componente administrativo que garantice la sostenibilidad económica del modelo.

El Modelo de Atención Intercultural en Salud, con enfoque de APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia, es el resultado de un profundo proceso de reflexión acerca de su situación de salud, de su percepción de la atención institucional, de la participación y concertación del pueblo Awá, parte del reconocimiento, respeto y comprensión de su pensamiento ancestral de su territorio, formas de organización, cultura, cosmovisión de la salud y la vida, de su medicina tradicional, del papel de sus agentes tradicionales de la salud, de sus creencias usos y costumbres del proceso salud y enfermedad, y construye un modelo de salud intercultural, incluyente, preventivo, integral que aborda además la compleja problemática de sus DSS.

El énfasis de los EBS serán las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la detección e intervención precoz de factores de riesgo individual, familiar y comunitario en salud y la atención integral en salud de baja complejidad; estarán entrenados y tendrán capacidad resolutoria para hacer diagnósticos clínicos con apoyo de pruebas rápidas de laboratorio, la resolución de urgencias médicas, estabilización de pacientes con cuadros complicados y su referencia oportuna cuando ameriten un mayor nivel de complejidad de la atención. En coordinación con las autoridades tradicionales y la Organización Camawari, serán también voceros y gestores de la intersectorialidad necesaria para la solución progresiva de los DSS del pueblo Awá.

El Modelo se materializará mediante la incidencia política y administrativa ante las autoridades del orden local⁴⁴, regional⁴⁵ y nacional⁴⁶ para su incorporación en los respectivos planes de desarrollo, de tal manera que se garantice su implementación, operativización, sostenibilidad económica, social y cultural. Finalmente, el modelo cumple con las determinaciones de la normatividad vigente en materia de salud para el país, de los derechos en salud para los grupos étnicos de Colombia, de las determinaciones del SISPI de los pueblos indígenas de Colombia, los postulados del PDSP ^[39], de la nueva Política de Atención Integral en Salud, PAIS y del Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS.

⁴⁴ En el momento - agosto 2016, el Modelo de Atención Intercultural en Salud del Pueblo Awá, está incorporado ya en el Plan de Desarrollo Municipal de Ricaurte Nariño 2016-2019.

⁴⁵ Se está estudiando la incorporación del Modelo a los Planes de Desarrollo Departamental y Territorial de Salud 2016-2019.

⁴⁶ El modelo será presentado por las autoridades del pueblo Awá y sus Organizaciones ante la Corte Constitucional, como elemento constitutivo del Plan de Salvaguarda Awá y ante el Ministerio de Salud de Colombia.

Estrategias de operación del modelo

1. La concertación: mediante el permanente diálogo de saberes entre la medicina facultativa y la medicina tradicional Awá, diálogo basado en el reconocimiento, respeto y la coordinación mutua.
2. Participación comunitaria en salud, mediante movilización social de las familias y comunidades Awá, la educación en salud para la promoción del autocuidado en salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública de base comunitaria.
3. Intersectorialidad, coordinación institucional, sectorial, intersectorial, comunitaria y transectorial, para el abordaje integral de los DSS.
4. Reorientación de servicios institucionales de salud, según los requerimientos sociales, culturales y geográficos del municipio y del territorio Awá.
5. Adecuación intercultural de programas y servicios institucionales de salud, producto del permanente diálogo intercultural entre las dos medicinas y culturas de la salud.
6. Educación continuada de los EBS, de la comunidad, capacitación, entrenamiento e intercambio de saberes para la construcción de capacidad instalada institucional y comunitaria. Este aspecto incluye la formación de indígenas Awá como técnicos, tecnólogos y profesionales de la salud para su posterior servicio comunitario y apropiación de sus procesos en salud.
7. Abogacía del sector salud para la gestión de programas, proyectos, planes y políticas que conduzcan a la mejora de la situación de salud del pueblo Awá.
8. Fortalecimiento institucional para la ampliación de coberturas, servicios, tecnologías, capacidad instalada de la red de prestación de servicios, que incluya las telecomunicaciones y las TIC para mejorar la capacidad resolutoria de los EBS en terreno.
9. Planificación y evaluación permanentes que conduzcan a la organización de los servicios, la gestión del riesgo en salud, la calidad de la atención, la sostenibilidad del modelo y el alcance de metas concretas de proceso e impacto en salud, que mejoren la calidad de salud y que, como consecuencia, contribuyan a la pervivencia física y cultural del pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia.

Componentes del modelo:

1. La cultura – interculturalidad en salud, cosmovisión de la salud, medicina tradicional Awá y agentes propios de la cultura de la salud Awá, espacios para el permanente diálogo intercultural e intercambio de saberes.
2. Las instituciones de salud – RISS del orden local, regional y nacional, sistema de referencia y contrarreferencia institucional y comunitario, normatividad.
3. Los EBS, infraestructura en salud de terreno, tecnologías, recursos, acciones y actividades en salud.
4. Las familias y comunidades Awá.
5. Las autoridades tradicionales, sus organizaciones.
6. Las autoridades civiles, locales, regionales y nacionales.

7. Los aseguradores en salud, las EPS, el aseguramiento en salud.
8. Los sectores de salud, educación, infraestructura, vivienda, desarrollo agropecuario, alimentación, vías, comunicaciones, cooperación internacional.
9. La academia, universidades, SENA.

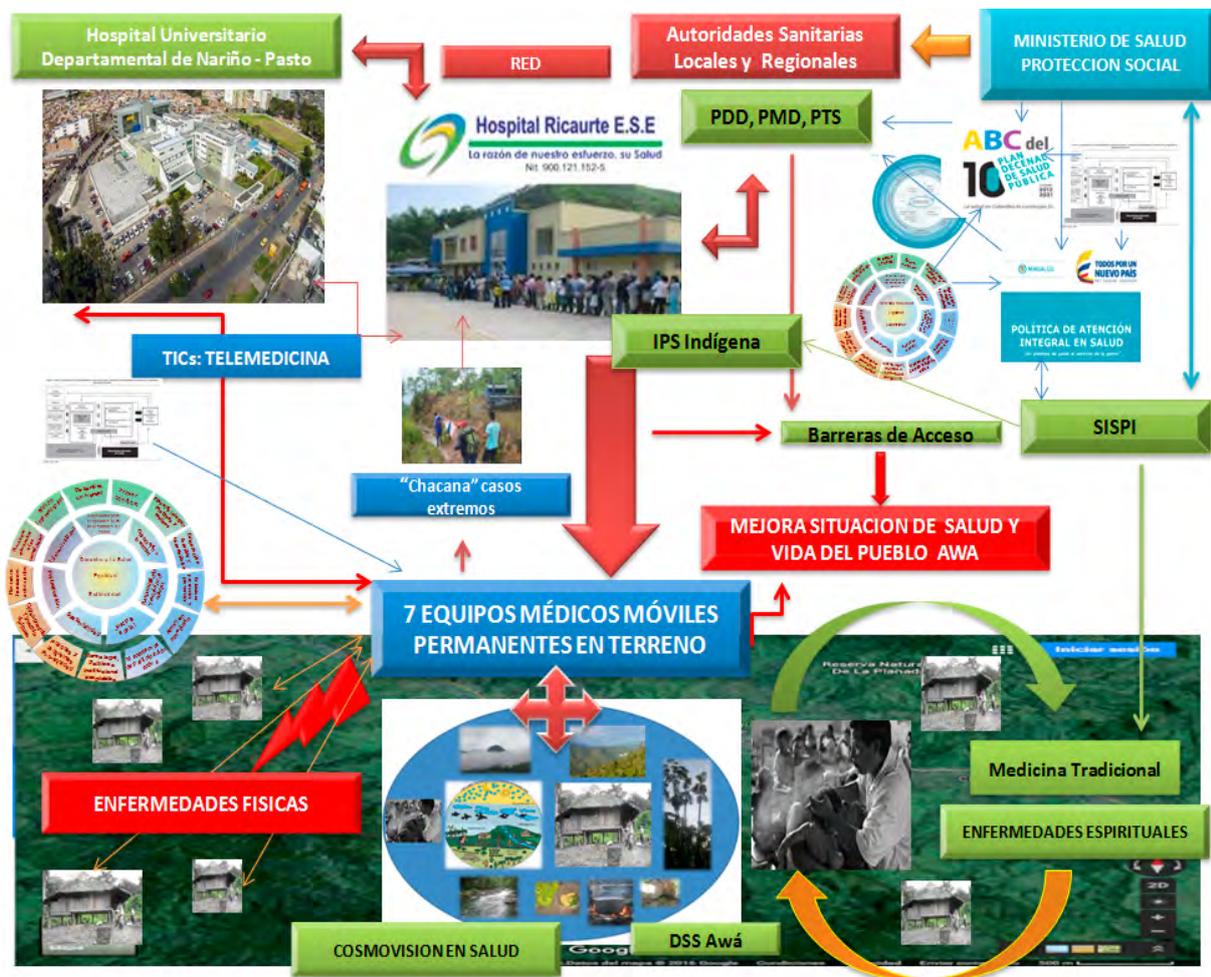


Figura 37. Marco operativo del Modelo de Atención Intercultural en Salud, con base en APS y DSS para el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño, Colombia.
Fuente: Esquema construcción propia del autor con base en las propuestas del trabajo cualitativo en terreno y de concertación con el pueblo Awá, revisión documental y los últimos avances del país en materia de modelo de atención y política de salud.

Como se esquematiza en la Figura 38, los EMS brindarán atención permanente en terreno; sus ejes de atención serán los individuos y familias Awá asignadas, la planificación de la atención e intervenciones con base en la identificación de riesgos e información en salud, coordinación de acciones con agentes tradicionales de salud - parte de los equipos, la movilización social para el autocuidado y participación en salud, las visitas domiciliarias periódicas a las viviendas de los resguardos a cargo, donde aplicarán una herramienta familiar para la evaluación/valoración del riesgo individual, familiar y comunitario en salud, la inmediata intervención de factores de riesgo y situaciones de salud detectadas, con foco especial en la población infantil, gestantes,

adultos mayores y personas con eventos de interés en salud pública. Estrategias y programas como AIEPI, Entornos Saludables, Agua Segura, Salud Sexual y Reproductiva, Seguridad y Soberanía Alimentaria, serán implementadas con previos ajustes, adaptación y adecuación cultural en concordancia con la cosmovisión de la vida y la salud Awá. La gestión interna y externa de los DSS será un componente fundamental de la labor en terreno.



Figura 38. Papel de los Equipos Médicos en Salud en terreno.

Fuente: Construcción propia del autor, con base en las propuestas del trabajo cualitativo en terreno y de concertación con el pueblo Awá, la revisión documental y de los últimos avances del país en materia de modelo de atención y política de salud pública.

Además de las competencias propias de cada profesión, los EBS deberán conocer, comprender y respetar la cosmovisión en salud del pueblo Awá, que alcanzarán mediante capacitaciones y entrenamientos previos en temas de salud pública, APS, interculturalidad en salud, DSS, manejo médico avanzado de las principales emergencias médicas, quirúrgicas y obstétricas y en el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como Telesalud y Telemedicina para complementar la atención que brindarán en terreno (Figura 38).

Los EBS realizarán permanentes recorridos por caseríos, en estrecha coordinación con los médicos tradicionales, parteros, promotores indígenas de salud y autoridades tradicionales, para el permanente diálogo intercultural en salud, intercambio de saberes y la coordinación de las dos medicinas; particularmente con los “cuidadores comunitarios de la salud” coordinarán

acciones para la Vigilancia en Salud Pública de Base Comunitaria, dirigida a la detección, notificación oportuna e inicio precoz de acciones e intervenciones en salud, para evitar la ocurrencia o progresión de eventos de interés en salud pública y la rehabilitación comunitaria inicial. En especial, realizarán acercamientos con los parteros, dirigidos a la complementación y cooperación en la detección e intervención de factores de riesgo para morbilidad materna extrema, con el propósito de evitar las muertes maternas, neonatales e infantiles.

Los EBS tendrán como sede base, los siete puestos rurales de salud existentes, que dispondrán de una infraestructura básica que cumpla los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC), que es el conjunto de normas, herramientas del Sistema de Salud de Colombia, destinados a garantizar el cumplimiento de los requisitos para la prestación adecuada de los servicios de salud, dotados con equipos y tecnologías para la atención en salud de baja complejidad, líquidos, medicamentos, vacunas, sueros, insumos, dispositivos, capacidad para toma y procesamiento de pruebas básicas de laboratorio, medios de comunicación que incluyan TIC, servicios sanitarios y sistemas de energías limpias. Los casos médicos que, por su complejidad, no puedan ser resueltos en terreno, deberán estabilizarse y referirse por el medio tradicional de la “chacana” hasta el primer sitio de acceso de las ambulancias, para continuar el recorrido por vía carretable hacia la respectiva RED de servicios.

Los agentes tradicionales de salud continuarán su importante papel en la prevención, atención y curación de las ‘enfermedades espirituales’ y, en permanente coordinación con los EBS para la complementariedad de tratamientos y los demás fines requeridos para mantener la salud del pueblo Awá. Los periodos de atención de los EBS en terreno serán 20 días presenciales al mes, con un periodo de descanso de diez días para el retorno a los hogares de los integrantes de los equipos. Otros incentivos y estímulos en especie serán definidos en espacios de concertación con aseguradores, prestadores y autoridades locales de salud, cuidando de establecer incentivos a la permanencia de los equipos que trabajarán en medio de difíciles condiciones de todo orden en el territorio Awá.

Los agentes comunitarios de la salud serán indígenas Awá, representantes de cada uno de los resguardos del área de influencia, designados por la comunidad y las autoridades tradicionales para apoyar de manera voluntaria el trabajo en salud; además, recibirán entrenamiento, capacitación y formación en temas de salud pública, vigilancia en salud pública de base comunitaria, asistencia sanitaria básica, AIEPI, saneamiento básico y entornos saludables; incluso, dispondrán de elementos básicos para rehidratación oral, primeros auxilios y pruebas diagnósticas rápidas. Los agentes realizarán visitas domiciliarias, búsqueda, intervención y notificación oportuna de factores de riesgo en salud, de sintomáticos respiratorios, de niños y niñas en estado de desnutrición o con EDA o IRA, gestantes, sintomáticos respiratorios, enfermedades tropicales y serán por excelencia educadores en salud de su propia comunidad, estarán en permanente coordinación con los médicos tradicionales y el EMS. La gestión de programas como “alimentos por capacitación o por trabajo” ante agencias del SNU como WFP/PMA o FAO, permitirá un reconocimiento e incentivo en especie por su apoyo.

La problemática de los DSS del pueblo Awá expuesta anteriormente, se abordará en escenarios de diálogo comunitario, institucional e intersectorial, con la vinculación de entidades estatales públicas y privadas del orden local, regional y nacional y la cooperación internacional

para la concertación de acciones conjuntas que impacten positivamente los DSS del pueblo Awá. Los Planes de Desarrollo Municipal de Ricaurte 2016 - 2019, Departamental de Nariño 2016 - 2019 y los Planes Territoriales de Salud que tienen la obligación legal de atender las necesidades en salud de sus ciudadanos y que incorporan el marco conceptual del PDSP ^[34], de la reciente Ley 1751 de 2015 o Estatutaria de Salud ^[25] y de la nueva Política de Atención Integral en Salud de Colombia 2016, son los otros escenarios institucionales y legales para la discusión e incorporación del modelo, como política de salud local y regional y la garantía de abordaje integral y garantía de su sostenibilidad social, económica, política y cultural.

En particular, los EBS tendrán una importante tarea en la abogacía para el abordaje intersectorial de DSS como el saneamiento básico, mediante el impulso y desarrollo de tecnologías adecuadas, la provisión de agua segura, tales como sistemas de pozos profundos de pequeño diámetro - AINI, filtros caseros, o pequeños abastos de agua a partir de casas aguateras, sistemas costo efectivos que desarrolló con éxito la OPS/OMS (2010), precisamente en la región del piedemonte costero y Tumaco en Colombia, la implementación de toldillos impregnados y la concertación de sistemas adecuados para la disposición de excretas, todo lo cual contribuiría de manera contundente, a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades de origen hídrico.

Otro aspecto en el que deberán trabajar los EBS será en el permanente diálogo intercultural para la promoción del ingreso y permanencia de los niños y niñas en la escuela, como una de las medidas para coadyuvar en la superación de factores de riesgo para el embarazo precoz, la mortalidad materna, neonatal, infantil, la desnutrición, la vulnerabilidad frente al reclutamiento forzado. Entre tanto, la escuela fungirá como escenario del desarrollo de estrategias como escuela y entornos saludables, formadora de hábitos de higiene personal, comunitaria y del autocuidado en salud.

Líneas de intervención prioritarias del modelo

Las siguientes son las líneas de intervención prioritarias, las estrategias de trabajo, fundamentos teóricos, marcos estratégicos y políticos que los soportan y viabilizan. Las líneas son descritas en detalle en las matrices finales.

Tabla 25.

Líneas de intervención prioritarias

Líneas prioritarias de intervención del modelo Awá	Estrategias – de trabajo – intervención.	Fundamentos teóricos, legales y marco político
Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de barreras de acceso, adecuación intercultural de programas SSR, reorientación de servicios, EMS con capacidad resolutoria, permanentes en siete resguardos estratégicos. - Parteros, otros agentes tradicionales de salud, promotores de salud, EMS: primer contacto para abordaje integral e intercultural de la atención de mujeres Awá antes, durante y después de la gestación. - RISS de baja (siete centros de salud en resguardos Awá– hospital local), mediana (hospital Túquerres, Ipiales) y alta complejidad (HUDN), dotación, TICS, capacidad resolutoria. - Empoderamiento familiar y comunitario, comités de salud, autoridades tradicionales, VSP comunitaria: detección y reporte de gestantes, factores riesgo, alimentos por trabajo, capacitación. - Adecuación intercultural de programas y de la promoción salud, diálogo de saberes parteros, médicos tradicionales, EMS, coordinación, referencia tradicional, TIC y abordaje de temas como PF. - VSP comunitaria, educación, sanitaria, autocuidado, acciones ambientales, referencia tradicional, cualificación de docentes como aliados en SSR, cualificación de líderes comunitarios, agentes, promotores, y EMS, diálogo de saberes. - Casa de paso para gestantes Awá y sus familias en la cabecera municipal. - Acciones intersectoriales para el mejoramiento de: educación (todas las niñas Awá a la escuela), alimentación, vivienda, servicios públicos, condiciones de vida. 	<p>APS Renovada: elementos, valores y principios.</p> <p>PDSP: Dimensiones prioritarias sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Fortalecimiento Autoridad Sanitaria, Acciones diferenciales en sujetos y colectivos.</p> <p>PMD, PDD, PTS.</p> <p>PAIS – MIAS</p> <p>SISPI</p>
Salud infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación en terreno de los niños y niñas Awá como ciudadanos colombianos, (registro, cedulaación), aseguramiento y cobertura universal. - Implementación de salas ERA, UROC, UAIRAC. - Concertación intercultural de intervenciones en promoción de salud, prevención de la enfermedad para la población infantil. - Agentes comunitarios primer contacto, EMS. - Promoción del autocuidado familiar, escolar, programas continuos de vacunación por concentración, domiciliaria y comunitaria, 	<p>PDSP - DP: Vida saludable y enfermedades transmisibles, DT: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.</p> <p>Normas para protección de los derechos de los niños y niñas</p> <p>PDD, PTS.</p> <p>APS R</p>

Seguridad Alimentaria y Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión e implementación de programas y proyectos de SAN con adecuación cultural, alimentos por trabajo, capacitación, educación sanitaria, higiene alimentos, restaurantes escolares saludables, educación sanitaria y nutricional, recuperación de especias y alimentos tradicionales. 	<p>PDSP –DP: Seguridad Alimentaria y Nutricional. PMD</p> <p>APS</p>
Saneamiento Básico	<ul style="list-style-type: none"> - Concertación, gestión e implementación de sistemas culturalmente adecuados para el suministro de agua segura, disposición sanitaria de excretas, residuos sólidos. - Gestión, concertación e implementación de programas de mejoramiento de vivienda. 	<p>PDSP – DP: Salud Ambiental – PMD, PTS</p> <p>APS R</p>
Enfermedades trasmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - VSP de base comunitaria para la detección precoz, reporte e intervención oportuna de eventos de interés en salud pública, ETV, TB, microscopistas indígenas, tratamiento en boca. 	<p>PDSP - DP: Vida saludable y enfermedades trasmisibles – PTS.</p> <p>APS R</p>
Promoción de la Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Concertación de acciones para la promoción, prevención y atención de la salud mental con adecuación intercultural, dirigida a la prevención, mitigación de violencias, suicidio, consumo de alcohol, psicoactivos y otros problemas de SM que afectan a los Awá. - Fortalecimiento de entornos protectores, diálogo y solución pacífica de diferencias bajo la tutela de las propias autoridades tradicionales Awá. - Promoción y ampliación de coberturas, infraestructura en educación, deporte, recreación, estilos de vida saludable, cultura y sana convivencia en los resguardos Awá. 	<p>PDSP – DP: Convivencia social y salud mental - PTS</p>
Cosmovisión en salud y Medicina Tradicional Awá	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la pervivencia de la cultura de la salud Awá, a la formación, reconocimiento, trasmisión oral de la medicina tradicional Awá, encuentros, intercambios de saberes. - Comisión de diálogo intercultural y seguimiento al modelo - Proyectos de apoyo a la siembra y mantenimiento de huertas medicinales. - Concertación de reconocimientos al trabajo de médicos tradicionales, parteros, sistema de referencia tradicional. 	<p>PDSP – Dimensión transversal: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables. PTS</p> <p>Interculturalidad en salud.</p> <p>Normas, derechos en salud, grupos étnicos</p>

<p>Problemática territorial y DSS Awá</p>	<p>- Generación de espacios de diálogo y concertación de soluciones de alto nivel promovidos y liderados por las autoridades tradicionales Awá y Camawari con los Ministerios del Interior, Justicia, Minas y Energía, Vivienda y Agua, Agricultura, Defensa, Ambiente, Corte Constitucional y otras entidades estatales implicadas para el abordaje integral de la problemática territorial, situación humanitaria (campos minados, presencia de actores armados, cultivos ilícitos, otros, violación de DDHH, DIH), minería ilegal y megaproyectos agroindustriales que afectan el territorio, recursos y ambiente del pueblo Awá.</p> <p>- Generación de espacios de concertación para la solución de otras problemáticas de los DSS Awá, con las autoridades civiles del municipio, departamento, nación y cooperación internacional para su inclusión en los PMD, PDD, Plan Salvaguarda.</p>	<p>DSS – OMS.</p> <p>Sentencia T025 y autos Corte Constitucional, Plan de Salvaguarda, Plan de Vida del Pueblo Awá.</p> <p>PDD, PMD, PTS.</p>
---	---	---

Fuente. Este estudio

Costos de funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios de Salud

Los costos de funcionamiento de los EMS (Tabla 26) fueron proyectados con base en la consulta de diferentes fuentes: promedio de costos de profesionales y técnicos en salud, según el mercado regional del departamento de Nariño, por referencias de antecedentes y promedios históricos de costos del talento humano en el municipio, suministrados por la administración saliente del hospital local de Ricaurte y del cálculo de un factor de incentivo al trabajo en terreno, en resguardos apartados, de difícil acceso, condiciones climáticas, topográficas y limitadas comunicaciones.

Tabla 26.

Costos de un equipo médico de salud – EMS/mes y año

NOMBRE DEL COMPONENTE DE TALENTO HUMANO	COSTO/MES- SALARIO BASICO En millones de \$	+ FACTOR PRESTACIONAL + 1.7% mes	COSTO/AÑO \$
Un médico general	8.000.000	13.600.000	163.200.000
Un(a) enfermera profesional	6.000.000	10.200.000	122.400.000
Un(a) auxiliar de enfermería o de Salud Pública	3.000.000	5.100.000	61.200.000
Un(a) auxiliar de higiene oral	3.000.000	5.100.000	61.200.000
Un técnico de saneamiento o tecnólogo de promoción de la salud	4.500.000	7.650.000	91.800.000
Un promotor indígena de salud ⁴⁷	2.000.000	3.400.000	40.800.000
Costos logística de movilización, permanencia	5.000.000	5.000.000	60.000.000
Total costos de funcionamiento de un EMS		50.050.000	600.600.000

Fuente: construcción propia a partir de información del mercado regional y otras fuentes de información.

⁴⁷ El promotor indígena de salud, además de sus labores en salud hará también las veces de traductor. Las labores administrativas serán asumidas por parte de los auxiliares y jefes de enfermería.

Fuentes de los recursos

1. De la Unidad de Pago por Capitación (UPC), recursos que por vía del Sistema General de Participaciones (SGP), Sector Salud del presupuesto nacional, son entregados a las aseguradoras para que contraten la prestación de servicios de salud con los prestadores. Los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado son una cantidad anual fija de dinero por cada indígena afiliado, con la cual los prestadores deben cubrir las contingencias y administrar el riesgo en salud. La modalidad de contratación entre la EPS del Régimen Subsidiado en Salud y el hospital local o la IPS que opere el modelo debe ser la de facturación, mediante la cual se debe recuperar el capital o buena parte de los recursos invertidos en los costos de los EMS.

La operación financiera que soporta la sostenibilidad económica del Modelo por esta fuente de pago se hace con base en el cálculo del número de indígenas habitantes de cada zona a cargo de un EMS, multiplicado por el valor de la UPC (Tabla 27), según las más recientes disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ^[54], quedaría de la siguiente manera:

Tabla 27.

Proyecciones UPC 2016 y valores según población de las áreas asignadas a cada uno de los EMS

Valor UPC	Valor UPC + agregados	Valor con 500 afiliados, en millones de pesos	Valor con 1000 afiliados, en millones de pesos	Valor con 1500 afiliados en millones de pesos,	Valor potencial según % máximo de contratación 65%, en millones de pesos
UPC básica 2016	616.849,20	308.424.600,00	616.849.200,00	925.273.800,00	601.427.970,00
UPC + 3.04 % UP CDI	635.601,60	317.800.800,00	635.601.600,00	953.402.400,00	619.711.560,00
UP CDI + 11.47 zonas alta dispersión	708.505,20	354.252.600,00	708.505.200,00	1.062.757.800,00	690.792.570,00
Reto: gestión de UPC + 50% ley 691 de 2001.	925.273,80				

Fuente: construcción propia a partir de información oficial Resolución 5593 de 2015 y cálculos poblacionales.

Las anteriores proyecciones permiten concluir que el Modelo es autosustentable con los recursos de la UPC, siempre que se cumpla los siguientes requisitos:

- Absoluta transparencia, eficiencia, efectividad y eficacia en el manejo de los recursos para atención en salud en todos los procesos del sistema, especialmente en puntos críticos como contratación, facturación, glosas, flujo de pagos.
- Cada EMS deberá tener a cargo para su atención integral por lo menos mil personas, máximo mil quinientos indígenas, lo que implica una real cobertura universal, que pasa por la identificación oficial, formal y oportuna de cada integrante de los resguardos como ciudadano de este país.

- Gestionar ante el Ministerio de Salud y Protección Social el reconocimiento de los agregados de la UPC básica, así: UPC Diferencial Indígena (UPC básica + 3,04 % por tratarse de territorios indígenas - UPCDI).
 - La inclusión del municipio de Ricaurte en el listado del anexo técnico No. 1, zonas geográficas de alta dispersión, de la Resolución 5593 de 2015 ^[54] (UPCDI + 11,47 % por alta dispersión geográfica) y la gestión más importante: lograr el reconocimiento de hasta el 50 % + del valor de la UPC básica por ser territorio indígena y de difícil acceso, como lo estableció en su momento la Ley 691 de 2001 ^[55], mandato aún sin cumplirse.
2. De los recursos del SGP Sector Salud - Salud Pública de las Entidades Territoriales, del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud. Dado que buena parte de las acciones serán de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, susceptibles de financiar por esta vía.
 3. De los recursos propios del municipio de Ricaurte, Nariño, del departamento de Nariño: rentas propias, impuestos locales.
 4. Por tratarse de un modelo de atención en salud especial, para un pueblo indígena sujeto de “especial protección”, se propone la complementación de su financiación en aspectos logísticos, con la gestión de proyectos con recursos de Regalías Petroleras.
 5. Aunque el importante trabajo por la conservación de la salud de sus comunidades que realizarán los agentes comunitarios de salud y el que históricamente han hecho los médicos tradicionales del pueblo Awá es voluntario, estos agentes invierten buena parte de su tiempo en la atención de pacientes, incluso desatendiendo sus propias labores diarias para la provisión de alimentos de su familia, por lo que, a manera de compensación e incentivo, se propone la gestión de programas como “alimentos por trabajo y alimentos por capacitación”, que otrora desarrolló con éxito el WFP/PMA como bonificación al trabajo desempeñado por voluntarios en las comunidades.

Tabla 28.

Planteamientos del modelo intercultural de atención en salud frente a las funciones esenciales y elementos de la atención primaria en salud renovada

Funciones esenciales ASP - B.Starfield	Encontrado - estudio de campo Resguardos Awá: Nulpe, Vegas, Pueblo Viejo	Propuesta Awá.
<p>1. Primer contacto: Ante un nuevo problema de salud, las personas acuden a un centro o profesional de salud - puerta de entrada al sistema de salud.</p> <p>Subdimensiones:</p> <p>Accesibilidad: elemento estructural necesario para el primer contacto.</p> <p>Utilización de los servicios: el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un nuevo evento en salud, implica el fortalecimiento del nivel de atención.</p>	<p>En los resguardos indígenas del pueblo Awá no hay accesibilidad a los servicios de salud: con frecuencia de 1 o 2 veces/año un equipo médico de la ESE Local visita y atiende durante 3 o 4 días los resguardos más alejados.</p> <p>Presencia de 11 promotores indígenas de salud en los resguardos (Nulpe Medio 3, Gualcalá 1, Pialapi 3, Pueblo Viejo 1, Vegas 1, Ramos Mongón 2, Integrado 1) cumplen algunas acciones de promoción y VE.</p> <p>Existencia de profundas barreras geográficas, administrativas, socioeconómicas, humanitarias y culturales para el acceso de los indígenas Awá a los servicios de salud.</p> <p>Inadecuada infraestructura física en salud, sin medios y vías de comunicación, sin insumos, dotación. Ausencia de servicios públicos y sanitarios básicos</p>	<p>Creación y operación de Equipos Básicos de Salud - EBS (al menos 7), con presencia permanente 24/7 20/30 en Resguardos ubicados estratégicamente en todo el territorio Awá: Nulpe Medio, Pueblo Viejo, Ramos Mongón, Gualcalá, Chicandina, Charco Largo, Vegas, La Esperanza.</p> <p>EBS conformados por Médico, enfermera profesional, Odontólogo o higienista oral, auxiliar de enfermería, Auxiliar de Salud Pública, Promotor de Saneamiento y de Salud, médico tradicional, auxiliar administrativo.</p> <p>Instalación, adecuación de Centros de Salud (9) ubicados en los resguardos sedes de los EBS, dotados, con servicios públicos - sanitarios, insumos, energías alternativas, comunicaciones, autonomía y capacidad para resolver la baja complejidad en salud. En cada comunidad se instalarán UROC, UAIRAC manejados por mujeres Awá.</p> <p>Operación de un Sistema de Referencia y contrarreferencia que reconozca, valore e inicie desde las comunidades (sistema de transporte de pacientes en Chacana), ESE local y el resto de las Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS.</p>

<p>2. Continuidad: en cuidados, relación de largo plazo usuario y el profesional o centro de salud, relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Subdimensiones:</p> <p>Grado de afiliación: los usuarios identifican una fuente habitual de atención en salud y los centros de salud identifican la población candidata de sus servicios.</p> <p>Continuidad interpersonal: atención longitudinal y focalizada en la persona, no en la enfermedad.</p>	<p>En general no existe continuidad en los cuidados en salud para los indígenas Awá asentados en los resguardos más distantes.</p> <p>Generalmente solo los cuidados suministrados por la Medicina tradicional.</p> <p>Pocas familias logran acudir ocasionalmente al Hospital Local, pero invierten bastante tiempo, esfuerzo físico y recursos en los desplazamientos, que desestimula la búsqueda de la atención. Adicionalmente el desarraigo del paciente es otra barrera para la demanda de la atención.</p> <p>Los centros de salud son construcciones inutilizadas, inadecuadas, con equipos, dotación fuera de servicio, sin servicios públicos básicos, sin dotación, insumos, y sin presencia de EBS.</p>	<p>Los EBS definidos para los resguardos entrenados previamente en APS, Salud Pública, Vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública de Base Comunitaria, Interculturalidad en salud, con enfoque de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Salud Familiar, permanecerán 20/30 días al mes en los resguardos, recorrerán los resguardos satélites, visitas domiciliarias para evaluar (ficha familiar) uno a uno sus integrantes con foco en gestantes, niños, niñas, adultos mayores, detectar e intervenir oportunamente factores de riesgo y patologías, referir casos que trasciendan capacidad de resolución.</p> <p>Fuertes acciones EBS en PyP, saneamiento básico, seguridad alimentaria. Confianza de la comunidad: respeto, reconocimiento y valoración de la medicina tradicional, participación, empoderamiento comunitario.</p> <p>Dotación y adecuación de centros de salud, habilitación, medicamentos, insumos, pequeña cirugía, comunicaciones, referencia y contrarreferencia.</p>
<p>3. Coordinación: Enlace entre los servicios de atención, la persona recibe cuidados apropiados para sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de salud.</p> <p>Permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Subdimensiones:</p> <p>Sistemas de información: instrumentos de registro de información, la incorporación de esta al plan de atención de las personas y el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población.</p> <p>Integración de la información: transferencia de información y de recepción de otras fuentes involucradas en la atención de las personas.</p>	<p>No existe coordinación en la prestación de servicios entre la medicina tradicional y occidental; a pesar de la cobertura casi universal (por quienes fluye por algún lado el dinero de la UPC), existe aún un grupo de indígenas sin ningún tipo de identificación no afiliados al sistema.</p> <p>La atención efectiva es parcial, no opera formalmente el sistema de referencia y contrarreferencia, no hay ni inicio ni continuidad en la atención.</p> <p>No existe una herramienta para la identificación familiar de riesgos individuales y colectivos en salud y la planificación de intervenciones y acciones, cuidados.</p> <p>No existe un sistema de Vigilancia en Salud Pública de Base Comunitaria que opere desde los territorios Awá para la vigilancia, detección y reporte precoz de los principales eventos de interés en salud pública en los resguardos Awá.</p> <p>Los sistemas de información en salud no disponen de variables étnicas, no se reconocen categorías de enfermedades propias,</p>	<p>Definición de un sistema de RISS, que opere desde el nivel comunitario en los Resguardos, el hospital Local de Ricaurte que debe fortalecerse con servicios de mediana complejidad en especialidades como Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Anestesiología, y la red de prestación de servicios en la ciudad de Pasto para la prestación coordinada de servicios de salud a los Awá. Gestionar la operación de telemedicina con el Hospital Universitario Departamental de Nariño, como medio de asesoría resolución virtual de los problemas de salud.</p> <p>El papel fundamental de los EBS en los resguardos además de la atención en salud, será la valoración periódica de las familias Awá, la determinación de los riesgos individuales, familiares y colectivos en salud, su intervención, resolución, referencia y continuidad de los cuidados post contrarreferencia y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>La herramienta básica de registro y seguimiento de la información en salud será la ficha familiar Awá, que contendrá la información individual sobre el estado de salud de cada integrante, estado nutricional, factores de riesgo de patologías y EISP, estado de vacunación de niños, controles de CyD, Prenatales, ECNT, enfermedades propias.</p> <p>Adicionalmente los EBS construirán mapas de riesgos en salud, al estilo de Salas de Situación en Salud que serán la fotografía de la situación de salud de las comunidades a cargo.</p>

<p>4. Integralidad o globalidad: La Organización ofrece servicios integrales que la población requiere, identifica problemas orgánicos, funcionales o sociales, especialmente los más frecuentes en la población. Énfasis en prevención.</p> <p>Servicios disponibles: servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.</p> <p>Servicios proporcionados: servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee.</p>	<p>Actualmente no existe integralidad en la prestación de servicios de salud en los territorios Awá, es limitada en los Resguardos más cercanos y muy escasa en los más distantes.</p> <p>No se identifican riesgos ni problemas de salud, sin mayores acciones en prevención de la enfermedad.</p> <p>Los centros de salud ubicados en los resguardos están subutilizados, deteriorados, sin dotación, ni medicamentos ni insumos.</p> <p>No se proveen servicios de salud efectivos en los resguardos.</p>	<p>Equipos Básicos de Salud - EBS, con presencia permanente en Resguardos estratégicos: Nulpe Medio, Pueblo Viejo, Ramos Mongón, Gualcalá, Chicandina, Charco Largo, Vegas, La Esperanza, conformados por MD, enfermera profesional, OD o higienista oral, auxiliar de enfermería, Auxiliar de Salud Pública, Promotor de Saneamiento y de Salud, médico tradicional, auxiliar administrativo.</p> <p>Atención en salud de baja complejidad en los resguardos, enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, visitas familiares, VSP base comunitaria,</p> <p>Centros de salud con capacidad resolutive de baja complejidad (I nivel), en los mencionados resguardos, dotados, con servicios públicos y sanitarios, energías alternativas, insumos, medicamentos, pequeña cirugía, consulta externa, atención de la gestación, parto, puerperio, recién nacido, enfermedades de la infancia, jóvenes, adolescentes, adulto mayor, ECNT, enfermedades tropicales, trauma.</p> <p>RISS: comunidad - Agentes Tradicionales de la Salud - Centros de Salud - EBS - Chacana - Hospital Local de Ricaurte - Hospital Universitario Departamental de Nariño Pasto - Contrarreferencia.</p>
FUNCIONES SECUNDARIAS APS - B. STARFIELD		
<p>Enfoque familiar: la atención de la salud de los individuos está centrada en su contexto social más cercano: la familia.</p>	<p>No existe enfoque familiar en la atención en salud que se brinda actualmente en el municipio de Ricaurte, Nariño.</p>	<p>Los EBS harán diariamente visitas domiciliarias - aplicación de ficha familiar - detección e intervención precoz de factores de riesgo - evaluación nutricional, controles CyD, CPN, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, laboratorios básicos, evaluación sanitaria de la vivienda, vacunación, control de zoonosis y vectores. Tratamientos, exparasitación, empoderamiento familiar para el autocuidado en salud, con énfasis en la detección de factores de riesgo para la IRA, EDA, gestación y parto.</p>
<p>Orientación comunitaria: programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida.</p>	<p>No existe actualmente la prestación de los servicios de salud y no tiene en cuenta plenamente las particularidades en salud del pueblo Awá.</p>	<p>Fomento de la participación comunitaria en salud, empoderamiento de la comunidad en autocuidado en salud, vigilancia en salud pública de base comunitaria, referencia y contrarreferencia.</p>
<p>Competencia cultural: Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.</p>	<p>No existe enfoque diferencial ni inclusión del componente intercultural en los actuales programas de salud del municipio de Ricaurte, Nariño.</p>	<p>Inclusión del componente de Medicina Tradicional en el modelo de APS, coordinación, cooperación para propiciar la movilización social, participación comunitaria, detección, reporte e intervención comunitaria de factores de riesgo para enfermedades propias y de afuera.</p>

Tabla 29.

Elementos de la APS Renovada (OPS/OMS), comparación frente a los hallazgos del trabajo de campo y las propuestas recibidas durante los encuentros para la definición del modelo de atención en salud Awá

Elementos de un sistema de APS R - OPS/OMS	Encontrado talleres en los Resguardos	Propuesta
<p>Acceso y cobertura universal:</p> <p>-Eliminación de barreras geográficas, financieras, administrativas, socioculturales, organizacionales, género, y estructurales para la participación.</p> <p>- Utilización de los servicios de acuerdo a las necesidades individuales, familiares y comunitarias,</p>	<p>Cobertura no Universal en salud en Ricaurte, Nariño, un importante número de niños y niñas indígenas Awá de los territorios más dispersos sin documentación y en consecuencia sin aseguramiento; técnicamente no existen para el país.</p> <p>Los niños Awá son llevados desde su territorio a la cabecera municipal - cuando pueden caminar y valerse por sí mismos para ser registrados y obtener un documento de identidad.</p> <p>Acceso no efectivo a los servicios de salud. Los indígenas Awá de las zonas más distantes no acceden ni utilizan los servicios de salud, a pesar del aseguramiento en salud, múltiples barreras: geográficas, socioculturales, administrativas para el acceso efectivo a los servicios de salud.</p>	<p>Las autoridades territoriales del municipio de Ricaurte y departamento de Nariño deben garantizar la cobertura universal y acceso efectivo de los indígenas Awá a los servicios de salud, mediante la eliminación de todo tipo de barreras institucionales, la adecuación sociocultural del actual modelo de atención y la descentralización de servicios, cambios, ajustes y reorientación de servicios de salud del municipio de Ricaurte y departamento de Nariño, Colombia.</p> <p>Una de las primeras acciones para concretar el acceso efectivo de los indígenas Awá a los derechos en salud, especialmente niños, niñas y adultos mayores, debe ser la institucionalización de periódicas campañas de registro y cedulación en los resguardos más distantes; implica el desplazamiento de funcionarios y equipos al menos dos veces al año a los resguardos donde se establecerán los EBS. Seguidamente incluir a la totalidad de indígenas en el SGSSS, -Régimen Subsidiado. Una de las garantías de sostenibilidad del modelo.</p> <p>Los servicios de salud deberán prestarse de manera descentralizada y sistemática en al menos siete resguardos ubicados estratégicamente, mediante la operación de equipos básicos e integrales de salud - EBS, móviles, con autonomía logística y capacidad de resolución de baja complejidad, en coordinación y apoyo de agentes tradicionales de salud: médicos tradicionales, parteros, curanderos y su sistema de salud y con especial orientación en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>El modelo requiere la implementación de Tecnologías de la Información y Comunicación - TIC que permitan la complementación de los servicios, como telemedicina, telesalud que permitan por ejemplo que un médico de los EBS ubicado en el resguardo indígena de Nulpe Medio pueda presentar virtualmente un paciente con un caso complejo, una gestante, un niño con un cuadro respiratorio severo, etc. a los especialistas que están en el Hospital Universitario Departamental de Nariño y estos deben brindar en tiempo real la asesoría - complementación en el manejo.</p>

<p>Primer contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización de servicios sanitarios en niveles de atención. - Punto de entrada útil y accesible. - APS contribuye a la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales donde se da respuesta a las necesidades de salud. - Fortalecimiento del I nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un primer contacto solo para los indígenas de los resguardos más cercanos. - Los indígenas Awá asentados en los resguardos más distantes deben recorrer grandes distancias, invertir tiempo y recursos de los que no disponen, en los desplazamientos para buscar atención en la ESE Local. En ocasiones no acuden a los servicios de salud por las barreras de todo tipo que encuentran. - El sistema de referencia y contrarreferencia desde y hacia los resguardos y la cabecera con pacientes en grave estado es primitivo, se hace mediante el traslado a pie en extensos recorridos de hasta 18 horas diarias y más con pacientes cargados en "chacanas", (elemento construido con una guadua al que sujetan una cobija sobre la que descansa acostado el paciente). Los caminos generalmente en mal estado, su tránsito es laborioso. Algunos pacientes han muerto durante el traslado. - La nueva sede de la ESE local I nivel de Ricaurte está en construcción; pero en las actuales condiciones la ESE tiene una limitada y pobre capacidad instalada y de respuesta, sus instalaciones, equipos, talento humano, capacidad de resolución, medios y modelo centralizado de prestación de servicios, incluso su modalidad de contratación con las EPS desestimula la oferta de servicios en los resguardos. 	<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de APS deberá propiciar en las instituciones de salud la búsqueda sistemática de las familias Awá, la detección precoz de factores de riesgo en salud y su temprana intervención. - Las familias Awá y la comunidad "empoderadas" en salud serán los primeros "buscadores e informadores" de factores de riesgo en salud, el primer nexo de las familias con los servicios de salud. - Los agentes tradicionales de salud: parteras, médicos tradicionales y curanderos serán el primer eslabón de contacto e información de los EBS, - Los EBS realizarán rutinariamente visitas domiciliarias a todas las viviendas de su área de influencia, al estilo de "salud en casa", aplicarán la herramienta familiar para evaluación de riesgos en salud que contiene variables étnicas, reaccionarán de manera inmediata ante los hallazgos y reportes de alertas comunitarias en salud (por ejemplo, brotes, muertes), interviniendo inmediatamente sobre los factores de riesgo en salud, patologías y eventos de interés en salud pública detectados. - Para lo anterior, los EBS deberán disponer de manera permanente de medicamentos como antibióticos, antiHTA y para otras ECNT, líquidos IV, SRO, analgésicos, antipiréticos, antimaláricos y medicamentos para otras enfermedades tropicales, antiparasitarios, suero antiofídico, vacunas, equipos de pequeña cirugía, equipos para la atención del parto y la realización de programas de CyD, CPN; otros, elementos básicos de laboratorio clínico con equipos transportables, pruebas rápidas, toma de gota gruesa, hemogramas y demás pruebas básicas de laboratorio, insumos y dispositivos que permitan a los EBS resolver en terreno las principales emergencias médicas, en su defecto la estabilización de los pacientes y su pronta referencia. - Por su parte los agentes tradicionales de salud informarán de los requerimientos en materia de insumos para sus prácticas, ritos y cuidados en materia de medicina tradicional. - Adicionalmente los EBS deben disponer de fuentes de energías alternativas, como baterías solares para conservación de vacunas y algunos medicamentos que requieren refrigeración. - El sistema de referencia y contrarreferencia se operará cuando se requiera desde el resguardo de residencia del paciente hacia los EBS en los centros de salud y de estos hacia las instituciones de salud de mayor complejidad que hacen parte de las RISS. - La referencia y contrarreferencia necesariamente deben articular el sistema tradicional de referencia de pacientes en "chacana" y complementarse con los medios de transporte que puedan acceder a los resguardos con vías carreteables. - Se debe fortalecer el I nivel de atención de la cabecera municipal de Ricaurte, que deberá ofertar además de los servicios básicos de atención médica de baja complejidad en urgencias, hospitalización, sala de partos, pequeña cirugía, salud oral, laboratorio clínico, consulta externa, farmacia, programas de promoción y prevención, periódicamente consulta especializada de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna y Cirugía, además de la vinculación de médicos especialistas en Medicina Familiar y del mejoramiento de la capacidad tecnológica y de resolución de problemas de salud del II nivel de complejidad.
--	--	---

<p>Atención integral e Integrada:</p> <p>Los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluye provisión de servicios de Promoción y Prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa, apoyo para el autocuidado.</p> <p>Integralidad: función de todo el sistema, prevención, atención primaria, secundaria, terciaria, paliativa. Coordinación de actores del sistema, información para la acción.</p>	<p>En el momento no se brinda atención integral e integrada en salud en los resguardos Awá; la atención se brinda de manera centralizada y para las contingencias en salud, sin continuidad ni longitudinalidad en la gestión del riesgo clínico individual y familiar.</p>	<p>El modelo de APS debe generar los espacios para el abordaje integral e intersectorial de la salud en todos los niveles de atención, por ciclo de vida, autocuidado, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que deben incluir el sistema tradicional de salud, la medicina occidental y el trabajo con sectores como vivienda, educación, empleo, servicios públicos, comunicaciones, vías, seguridad alimentaria y el sector productivo entre otros, para lograr verdaderos resultados en salud.</p> <p>Los niveles de atención en salud del municipio de Ricaurte y del departamento de Nariño deben articularse en Redes Integradas de Servicios desconcentradas, de baja, mediana y alta complejidad que cumplan los requisitos del SOGC (habilitación) para la atención integral en salud, con un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia de base comunitaria, que parte de sus agentes tradicionales de salud, continua hacia los equipos básicos de salud EBS que permanecen en la comunidad, de estos hacia las Instituciones de salud de I, II o III nivel y la contrarreferencia cuando los usuarios terminan sus tratamientos y son regresados a su comunidad luego de la atención especializada. Este aspecto implica la reorientación de los servicios de salud⁴⁸ y la utilización de las TIC como Telemedicina para la complementación de los servicios.</p> <p>Las RISS estarán conformadas por los Centros de Salud ubicados en los siete resguardos indígenas Awá y la ESE local Hospital de Ricaurte (I nivel), el Hospital Civil de Ipiales y el Hospital San Andrés de Tumaco (II nivel) y el Hospital Universitario Departamental de Nariño (III nivel).</p>
<p>Orientación familiar y comunitaria</p> <p>APS no se apuntala exclusivamente en acciones individuales, desde la perspectiva de la salud pública hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar intervenciones con foco en la familia y comunidad.</p>	<p>Actualmente la prestación de servicios de salud en el municipio de Ricaurte es carente de enfoque familiar y comunitario.</p> <p>Existen grandes potenciales en el territorio Awá, el tejido social propio de las comunidades indígenas, las relaciones sociales de las autoridades y la comunidad, los agentes tradicionales de salud son una verdadera fortaleza para las acciones comunitarias a emprender.</p>	<p>El modelo de APS Awá tendrá como principal soporte el empoderamiento familiar en salud para propiciar la efectiva participación comunitaria en el autocuidado en salud, su vinculación en la vigilancia en salud pública comunitaria, de las acciones de promoción y prevención, en la red de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Los EBS convocarán las familias Awá de su área de influencia para formar redes de cuidadores y consejeros comunitarios de la salud, en especial las mujeres Awá serán capacitadas como consejeras comunitarias en salud, y se gestionará ante organismos de Naciones Unidas como el Programa Mundial de Alimentos WFP, el estímulo a la participación activa de la mujer Awá en el autocuidado familiar y comunitario en salud mediante la modalidad de "alimentos por capacitación y por trabajo".</p> <p>En este aparte, los EBS harán un gran trabajo en la promoción de la higiene personal, de la vivienda y la comunidad, con énfasis en la adecuada disposición de excretas, residuos sólidos, control de vectores, animales domésticos - zoonosis, uso de toldillos, filtros para agua segura para el consumo.</p>

⁴⁸ Según la OPS: "la reorientación de los servicios de salud, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la APS, los cuales deben garantizar servicios de APS como "puerta de entrada" (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación. Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social. Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención".

<p>Énfasis en Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad:</p> <p>Atención en salud más precoz en el proceso salud - enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y las secuelas.</p> <p>- Individuo: educación, promoción de la salud, empoderamiento para la prevención de la enfermedad, autocuidado en salud.</p> <p>- Familia, comunidad: coordinación Intersectorial para la prevención de la enfermedad.</p>	<p>Se cumple parcialmente por parte de la ESE local en algunos de los resguardos Awá más cercanos.</p>	<p>Debe ser el eje de un modelo de APS para el pueblo Awá, los EBS deben visitar los hogares Awá, valorar uno a uno sus integrantes y evaluar el riesgo en salud, promulgar, promover y estimular la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con estrecha vinculación de individuos, familias y comunidad, sus organizaciones, los Cabildos indígenas y demás autoridades y agentes tradicionales de cada resguardo, con las instituciones de salud y demás sectores para el autocuidado y la atención en salud.</p> <p>- Requiere adecuación de un programa de educación en salud con el apoyo de los agentes tradicionales de salud, la formación de auxiliares en salud pública con programas adecuados, orientado hacia promover la detección de los principales signos y síntomas de las infecciones respiratorias y diarreicas en niños, la desnutrición, los sintomáticos respiratorios, las enfermedades tropicales y de transmisión vectorial, los factores de riesgo de la gestación, parto y puerperio, y vincular a la familia en la Vigilancia en Salud Pública de Base comunitaria.</p>
<p>Atención apropiada:</p> <p>- Aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para el cumplimiento de los objetivos en salud, de manera tal que sus beneficios superen el impacto negativo del proceso S-E.</p> <p>- Calidad: conocimientos actuales, desarrollo tecnológico puestos a disposición para la identificación, diagnóstico, manejo de los problemas, necesidades en salud y potenciales.</p> <p>Pilares de la calidad: efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad, que integran la calidad técnica de los servicios y la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>No existe plenamente una atención apropiada en el municipio de Ricaurte, algunos programas institucionales de salud intentan una adecuación etnocultural.</p> <p>No se ponen plenamente a disposición de la atención en salud de pueblo Awá ni los conocimientos actuales ni la tecnología de punta para la atención de problemas y necesidades en salud.</p> <p>Durante la atención en salud que se brinda al pueblo Awá no se cumplen los requerimientos de las normas colombianas en materia de calidad en la atención en salud ni de habilitación en los resguardos, ni de acreditación en salud: humanización de la atención, gestión tecnológica, gestión del riesgo en salud, seguridad del paciente.</p>	<p>Una atención apropiada en salud en el marco de un modelo de APS para el pueblo indígena Awá debe partir del reconocimiento y respeto de su cosmovisión en salud, de sus agentes y medicina tradicional, de sus concepciones sobre los procesos de S-E y sus propios DSS, debe incorporar el enfoque de interculturalidad en salud en todos los programas institucionales de salud, que permitan superar las actuales barreras para el acceso efectivo que existe por esta causa.</p> <p>Durante todos los talleres se propuso la conformación de una IPS indígena que concentre la operación de los EBS en los siete resguardos, y que disponga de una sede en Ricaurte para la atención de I nivel en coordinación y complementación con la ESE local.</p> <p>Los EBS ubicados en los siete resguardos estratégicos, con base en igual número de centros de salud, dotados, autónomos, energías alternativas, dispondrán de equipos, insumos, medicamentos, dispositivos, comunicaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de los problemas de salud del pueblo Awá, incluyendo el sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Se requiere la utilización de las TIC, tales como telemedicina y telesalud para la complementación de los servicios en</p>

<p>Participación y control social, marco legal, institucional y organizativo.</p> <p>APS debe ser parte de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico.</p> <p>Participación social como garantía de transparencia, rendición de cuentas, promoción de EVS, autocuidado en salud, vinculación de la comunidad en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad y evaluación de las acciones institucionales en salud.</p> <p>Marco Legal e Institucional: conocimiento y dominio del marco legal e institucional, políticas, planes y programas del sector salud, normas, regulaciones legales del quehacer de los miembros de los EBS.</p> <p>Organización y Gestión Óptimas.</p> <p>- Organización y gestión óptimas de estructuras y funciones del sistema de salud.</p> <p>- Actores del sistema: buenas prácticas de gestión en la organización y provisión de la atención que garanticen estándares de calidad, oferta de lugares y condiciones de trabajo atractivas para una respuesta efectiva ante las necesidades de salud</p>	<p>Pobre o nula participación del pueblo indígena Awá en la planificación, ejecución y seguimiento de los programas institucionales de salud.</p> <p>La legislación colombiana promueve ampliamente la participación ciudadana y el control social en salud; veedurías, ligas de usuarios, rendición de cuentas, entre otras formas de control social están plasmadas en la CPN del 91 y otras normas menores.</p> <p>Adicionalmente los derechos generales y en salud de los pueblos indígenas, la autodeterminación, el derecho mayor de los pueblos ancestrales les permiten ser autoridad en su territorio y ejercer el derecho de la consulta previa y el control social a todos los programas, proyectos y planes que les afecten.</p> <p>En particular la sentencia T-025 de 2005 y autos consiguientes de La Corte Constitucional que ordenaron a todas las instituciones del Estado colombiano adelantar concertadamente las acciones y planes de salvaguarda necesarios para garantizar la pervivencia física y cultural del pueblo indígena Awá, como uno de los 34 pueblos ancestrales del país en vía de extinción.</p> <p>Normas Colombianas en salud que promueven el desarrollo de la APS, Ley 1438, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, decreto para la prestación de servicios de salud en zonas rurales dispersas de Colombia, la construcción del SISPI que incluyó recientemente APS en las propuestas del Sistema de Salud Propia e Intercultural de los pueblos indígenas de Colombia.</p> <p>Determinantes Sociales de la Salud en el concepto de Salud - Enfermedad.</p>	<p>La familia Awá deberá ser la unidad funcional más básica de salud en los resguardos, mediante el empoderamiento, autocuidado, vigilancia e intervención precoz de factores de riesgo en salud, vinculación familiar en la vigilancia en salud pública de base comunitaria, coordinación de acciones con los agentes tradicionales de salud. Familias y comunidad serán el foco de trabajo diario de los EBS.</p> <p>Los EBS deberán establecer relaciones basadas en el respeto, reconocimiento y confianza con los individuos, familias y comunidad de los resguardos indígenas Awá a cargo; en coordinación con los gobernadores de los resguardos y agentes tradicionales de salud, adelantar acciones para promover la participación comunitaria en la gestión en salud de su área de influencia, mediante la educación en salud, el empoderamiento comunitario en salud, la VSP de base comunitaria, el sistema de referencia y contrarreferencia y la evaluación sistemática de la atención brindada.</p> <p>La atención en salud que se brinde en el territorio Awá deberá ser permanente y con cobertura real y efectiva en todo el territorio Awá, adecuada culturalmente, con vinculación activa de los agentes tradicionales de salud en los EBS.</p> <p>La comunidad conformará comités de veeduría comunitaria en salud como apoyo al seguimiento periódico y sistemático de la atención.</p> <p>Bajo el direccionamiento legal del Instituto Departamental de Salud de Nariño, la Dirección Local de Salud y la ESE Hospital Local de Salud de Ricaurte, las instituciones de salud del nivel local y departamental, red de prestadores de salud del departamento se articularán en Redes Integradas de Servicios de Salud.</p>
--	--	--

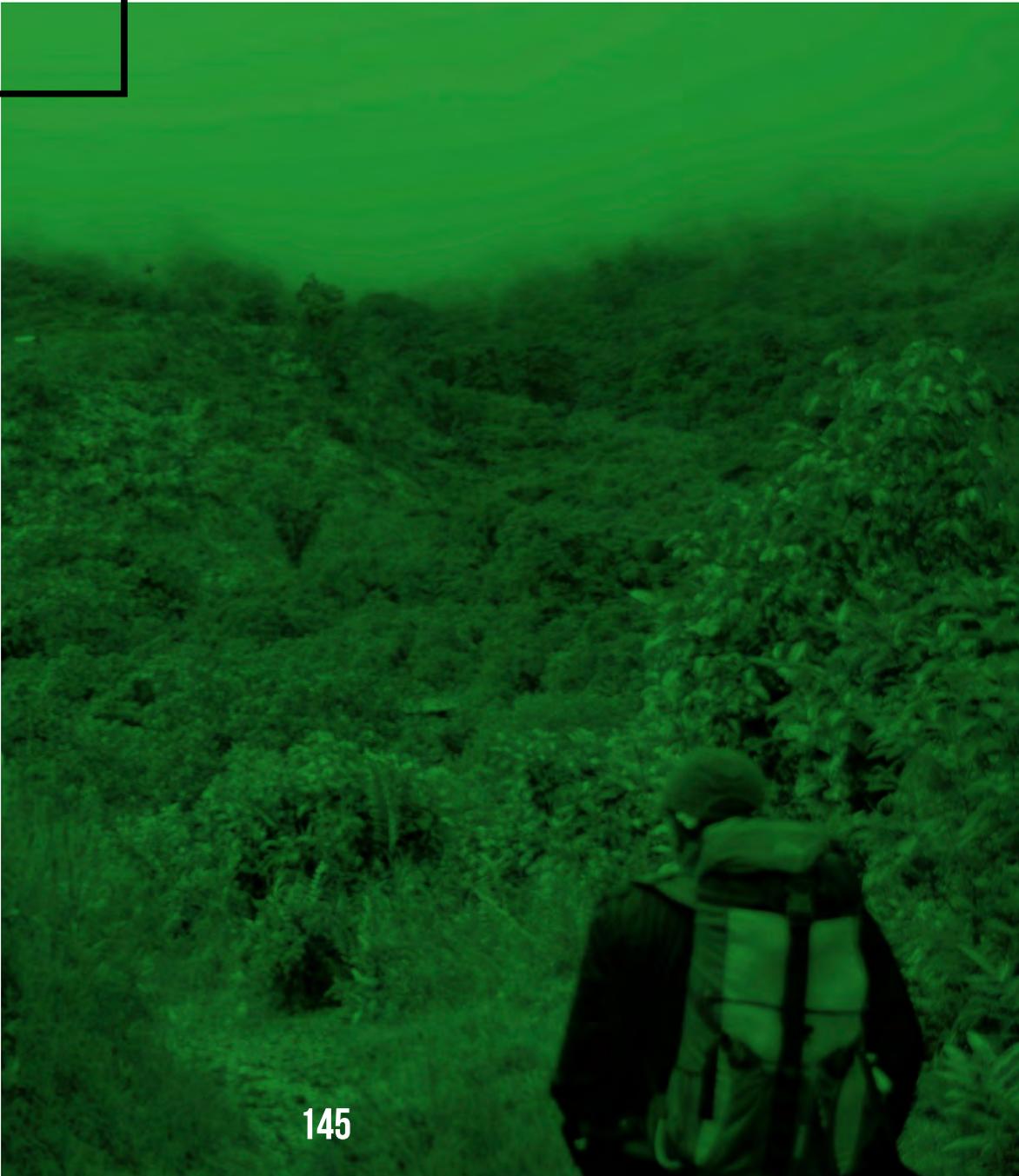
<p>Talento humano apropiado.</p> <p>Conformación de un equipo básico de salud - APS renovada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - EBS. - Agentes comunitarios de salud - Gestores - Administrativos. - Habilidades, competencia y conocimientos en APS, interculturalidad en salud, salud pública, capacidad resolutiva de baja complejidad. - Planificación de inversión en capacitación, educación continuada, entrenamiento, reentrenamiento, - Empleos, incentivos. <p>Competencias de los EBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genéricas: adaptación a las nuevas condiciones de trabajo, actualización permanente, superación de problemas, desafíos en el trabajo, comunicación, manejo de la información en salud, gestión de recursos y salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe talento humano pero limitado y concentrado en la prestación de servicios en la ESE local y periódicamente en algunos resguardos más cercanos. - Muy ocasionalmente algunas misiones médicas se desplazan a los resguardos más distantes, generalmente una vez al año. - No hay incentivos económicos para la conformación de equipos dispuestos a la prestación de servicios de manera descentralizada y permanente en los resguardos más distantes. 	<p>Se requiere la conformación y operación de al menos siete EBS con entrenamiento especial Salud Familiar, en APS, Salud Pública, Vigilancia en SP de base comunitaria.</p> <p>Los EBS deben reconocer, respetar y coordinar acciones para la atención en salud con el sistema tradicional de salud Awá, con enfoque de salud familiar, promoción y prevención, cada EBS tendrá sede permanente en los resguardos de Nulpe Medio, Pueblo Viejo, Ramos Mongón, Gualcalá, Chicandina, Charco Largo, Vegas y La Esperanza.</p> <p>Los EBS deben estar integrados por médicos generales, enfermeras profesionales, odontólogos, en su defecto higienistas orales, nutricionistas, agentes tradicionales de salud: parteros, médicos tradicionales, curanderos, elementos de conexión con los sistemas tradicionales de salud, psicólogos sociales comunitarios, con conocimiento de la cultura de los indígenas Awá, técnicos de salud: auxiliares en Salud Pública, auxiliares de enfermería, personal de apoyo administrativo para garantizar la sostenibilidad del sistema (facturación, costos), técnicos de saneamiento, preferiblemente indígenas Awá capacitados con programas técnicos, tecnológicos adecuados culturalmente (SENA: auxiliares en SP, Universidad de Nariño tecnólogos en Promoción y Prevención).</p> <p>Los EBS estarán integrados por al menos dos agentes tradicionales de salud: médico tradicional y partera, con quienes se realizará la coordinación intercultural en salud. De igual manera los promotores indígenas serán parte de los EBS.</p> <p>Los EBS laborarán 20/30 días al mes, durante su ausencia los promotores de salud y los agentes tradicionales asumirán la atención y vigilancia en salud en el territorio, aplicando la respectiva referencia cuando se requiera y manteniendo una permanente comunicación con el Hospital Local de Ricaurte.</p> <p>Los integrantes de los EBS deberán recibir a manera de estímulo un reconocimiento económico adicional respecto de los pagos a funcionarios residentes en el Hospital Local de Ricaurte, lo que compensará su trabajo permanente en terreno y en relativas difíciles condiciones de hábitat, convivencia y comunicación propias del territorio Awá.</p> <p>Sostenibilidad del modelo, su financiación se hará con cargo a los recursos del valor la Unidad de Pago por Capitación - UPC contratada por la IPS a crear o entre tanto de la ESE local con las EPS, preferiblemente bajo la modalidad de facturación, con recursos del Sistema General de Participaciones - SGP, sector Salud, rubros de Salud Pública, Intervenciones Colectivas y recursos propios del Municipio y Departamento.</p> <p>El valor de la UPC deberá negociarse hasta tratar de lograr su incremento en un 50 %, tal como lo prevé la ley 691/01, cuando se trate de proveer salud en territorios de difícil acceso y con presencia de grupos étnicos.</p>
---	---	---

<p>Prestaciones individuales, familiares y comunitarias de la APS.</p>	<p>No se cumplen totalmente en los resguardos, las comunidades no acceden a los servicios institucionales de salud.</p>	<p>Atención médica, odontológica de I nivel, controles de programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Infantil, del joven y adolescente, del adulto mayor, educación individual, grupal, vacunación, promoción de seguridad alimentaria, tratamientos y curaciones, intervenciones psicosociales familiares, salud bucal, visita y atención domiciliaria, cirugía menor, consejería familiar, intervenciones, Plan de Salud Pública, Determinantes Sociales de la Salud, relaciones con la comunidad.</p>
<p>Funciones de salud pública de los EBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. - Planificación. - Gestión de centros y servicios. - Evaluación y control de la calidad. - Formación. - Investigación. - Requerimientos legales. 		<p>Seguimiento, evaluación, análisis de la situación de salud de cada territorio asignado, vigilancia en salud pública, investigación, control de riesgos y daños a la salud pública, promoción de la salud, participación y control social en salud, políticas y capacidades institucionales de planificación y gestión, regulación, evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, desarrollo de talento humano y capacitación en Salud Pública, garantía de la calidad de servicios de salud, investigación en Salud Pública, reducción del impacto de las emergencias y desastres.</p>
<p>Acciones Intersectoriales</p>	<p>No existen, la atención en salud recae solo en el sector salud, no hay intersectorialidad para el abordaje de los DSS del pueblo Awá.</p>	<p>Se requieren acciones intersectoriales y transectoriales posicionadas en los Planes de Desarrollo y Planes Territoriales de Salud 2016 -2019 del municipio de Ricaurte y Departamento de Nariño, que impacten los DSS del pueblo Awá, mediante vínculos entre sectores de trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción, seguridad alimentaria, medio ambiente, comunicaciones, y la Cooperación Internacional especialmente con Organismos de Naciones Unidas y ONG con mandatos afines.</p>

Fuente. Este estudio

7

Discusión



A pesar del abundante desarrollo normativo que posee Colombia en materia de salud, en especial a partir de la creación del SGSSS mediante la Ley 100 de 1993 ^[10] y de las recientes reformas al Sistema que introdujeron la Ley 691 (Congreso de la República, 2001), la Ley 1438 (Congreso de la República, 2011), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (Davinson, 1997), promulgado en 2013, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (Congreso de la República, 2015) que eleva el derecho a la salud al rango de “Derecho Fundamental de la Salud” y de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) para Colombia, promulgada en febrero de 2016, que incorporan y desarrollan positivistas marcos conceptuales que incluyen la Atención Primaria en Salud y los enfoques de Determinantes Sociales de la Salud, de Derechos, Diferencial, Interculturalidad y Etnicidad, entre otros, el país continúa ofertando a lo largo y ancho del territorio nacional servicios de salud que privilegian y estimulan la atención hospitalaria de las enfermedades y contingencias en salud, con menos acciones y resultados en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con escasas adecuaciones culturales de sus programas de salud, incluso a pesar de que el país se reconoce como un “Estado multiétnico y pluricultural” (Constitución Política de Colombia, 1991).

El modelo actual de atención en salud del país ha generado resultados que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014) considera en general satisfactorios, pero como lo evidencian los resultados de la presente investigación, las cifras oficiales reflejan parcialmente la realidad del SGSSS y de la prestación de servicios de salud en las ciudades, cabeceras y centros poblados y enmascaran o diluyen los resultados de la no atención, la inoportunidad de la misma o el desconocimiento de las particularidades socioculturales en zonas rurales dispersas, donde se asientan por excelencia grupos poblacionales de campesinos, colonos y grupos étnicos en condiciones sociales, culturales y humanitarias especiales, que los sitúan en situaciones de vulnerabilidad respecto del resto de nacionales.

No solo las características de estas regiones: zonas de difícil acceso, complejas condiciones geográficas y climáticas, sin vías de acceso ni medios de comunicación, sin conexiones a servicios públicos, educación, vivienda, proyectos productivos, con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), excluyen a los grupos étnicos de los servicios de salud; la situación humanitaria y las características del sistema de salud también los excluyen, por lo que el mismo Ministerio de Salud reconoce que, en estas regiones, los indicadores de salud son más críticos.

Ante ese panorama, los pueblos indígenas del país han realizado históricamente movilizaciones sociales por la “reivindicación” y cumplimiento de sus derechos constitucionales, de los acuerdos internacionales que los amparan, de su jurisdicción especial, autonomía y autodeterminación; movilizaciones en las que han dejado en claro “que el bienestar de nuestras comunidades está directamente relacionado con el respeto y reconocimiento a nuestros derechos colectivos, a los territorios ancestrales, a la madre tierra, a nuestra cosmovisión de la vida y la salud, a nuestras creencias, usos y costumbres”; por lo que en el marco de su autonomía, y en un ejercicio de participación social en salud y democracia, han venido construyendo en los últimos años, junto al Ministerio de Salud, un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), marco de referencia del Modelo desarrollado por el pueblo indígena Awá de Ricaurte, Nariño.

Según el Congreso de la República (1993) (2011), las recientes leyes reformativas de la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, el PDSP (Minsalud, 2012), la Ley Estatutaria de Salud y la nueva Política de Atención en Salud (PAIS) promulgada en febrero de este año, abrieron

las puertas al diseño e implementación de modelos de atención que operen y respondan a los requerimientos y particularidades de estas comunidades y regiones del país. La discusión surge cuando los modelos de salud que las normas colombianas promulgan son construidos fuera del contexto y las realidades de las regiones y particularidades de los pueblos para quienes son dirigidos.

En consecuencia, por primera vez en la región, un pueblo indígena – los Awá de Ricaurte, Nariño, se reúne durante meses en su propio territorio, para reflexionar, discutir, proponer y concertar un modelo de atención en salud, que reconozca, respete e incorpore su cosmovisión de la salud y la vida en la atención descentralizada, individual, familiar y comunitaria en salud; aunque el Modelo tiene en cuenta fundamentos teóricos de APS y de DSS⁴⁹, trasciende esos conceptos teóricos, los adapta, formula bajo sus propias concepciones y adecúa a sus realidades, contexto y requerimientos, para concluir en un modelo que debe contribuir de manera significativa a la mejora de su actual situación de salud.

El modelo, esencialmente basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el empoderamiento comunitario, la participación social en salud, en la atención descentralizada y en la coordinación de las dos medicinas, supera de lejos los postulados teóricos de la OPS/OMS y los principios del SGSSS de Colombia, cuya esencia económica privilegia el negocio de la atención de la enfermedad y la rentabilidad económica sobre la social.

Para la ejecución del presente Modelo se requiere la articulación de todos los actores del Sistema de Salud colombiano, desde el Ministerio de Salud y otros relacionados como el Ministerio del Interior y Defensa (solución de la compleja problemática territorial, humanitaria y de seguridad descritas), Vivienda y Agua Potable, Agricultura, Educación, Comunicaciones, otros ministerios y entidades del orden nacional y regional, la Dirección Local de Salud y el hospital de Ricaurte en el nivel municipal, los aseguradores, la RED complementaria de servicios, entidades como el Instituto Departamental de Salud, la Gobernación de Nariño y demás dependencias involucradas y responsables de las respectivas acciones sobre los DSS del pueblo Awá y en la financiación y operación con éxito de los Equipos Móviles de Salud y del modelo en general.

La participación social del pueblo Awá, en su tarea en el autocuidado de la salud, la atención tradicional, la participación activa en la vigilancia en salud pública de base comunitaria y la cooperación internacional presente en la región, deberá confluir también para la complementación de acciones e intervenciones de acuerdo con sus mandatos. Esta necesaria coordinación intersectorial – resaltada en los fundamentos teóricos de la APS y los DSS generalmente no se da de manera efectiva en Colombia; el mismo sistema de salud marcha por separado en algunos programas, acciones y niveles; sin embargo, este modelo propone acciones lideradas por los EMS, las autoridades tradicionales, las instituciones de salud, como voceros para la convergencia de actores en el abordaje de la situación de salud y de vida aquí descritas.

⁴⁹ El autor realizó aportes en la facilitación técnica del proceso de reflexión, especialmente en aspectos relacionados con fundamentación teórica y evidencia sobre APS, DSS, funcionamiento del SGSSS de Colombia y prestación institucional de servicios de salud, mismos que fueron referentes para el análisis y toma de decisiones en materia de definición del modelo y la coordinación y complementación necesaria para el éxito y sostenibilidad del modelo.

Solo así se llevará a la práctica lo estipulado en nuestra generosa normatividad en salud y en materia de derechos de los pueblos ancestrales en Colombia y, solo así, la carrera hacia el exterminio de este pueblo ancestral se podrá detener.

8

Recomendaciones



A las autoridades sanitarias y civiles del municipio, la región y la nación:

En principio, el Modelo puede parecer oneroso, en consideración a los costos de funcionamiento, operación y sostenimiento de los EMS en el territorio Awá; no obstante, es la única alternativa para proveer atención en salud oportuna, efectiva, eficiente, con calidad, humanizada y adecuada culturalmente al pueblo indígena Awá asentado en los resguardos más apartados. Por lo anterior, su financiación requiere la coordinación intersectorial y unión de esfuerzos de todas las entidades pertinentes para su sostenibilidad económica y social; es decir, su financiación no solo será con cargo a la UPC que las aseguradoras contratan y pagan a los prestadores o a la IPS indígena que se constituya para su operación; deberán concurrir para este propósito, recursos especiales del orden central, regional y local, de sectores como salud pública, de los Planes Territoriales de Salud y de Intervenciones Colectivas – PIC, recursos propios y de otras fuentes del Sistema General de Participaciones.

Al Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del SGSSS, dar pleno cumplimiento a las disposiciones de la Ley 691 de 2001 (Congreso de la República, 2001) que, en su momento, estableció un incremento de hasta un 50 % de la UPC básica para proveer salud en territorios indígenas con alta dispersión geográfica, requisitos que históricamente el territorio Awá ha cumplido sin que se haya otorgado ese reconocimiento.

Los Ministerios de Salud y Educación de Colombia tienen un gran reto y tarea en la facilitación de escenarios académicos y mecanismos especiales para que jóvenes bachilleres indígenas Awá ingresen a las universidades públicas y se formen en carreras profesionales de las ciencias de la salud, para que posteriormente sean ellos mismos los que conformen los EMS y provean con mayor razón, apego y dedicación, la atención en salud a su pueblo, incluso como medida para garantizar la continuidad y permanencia de los profesionales que conformarán los equipos. Ese proceso debe incluir la facilitación de los programas médicos de educación continuada, que conduzcan a la constante cualificación de los EMS para su entrenamiento en el manejo y resolución en terreno de todo tipo de contingencias en salud. Al igual que se está haciendo en el departamento de Guainía, se recomienda promover la especialización gradual de los médicos generales que integrarán los EMS que operarán en el territorio Awá, en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

En cumplimiento de las disposiciones del Ministerio de Salud, en particular de la nueva PAIS, el departamento de Nariño deberá reorganizar muy pronto la RED de prestadores de servicios de salud con la infraestructura que dispone actualmente la entidad territorial, fortaleciendo el primer nivel de atención (los EMS en terreno, los siete puestos de salud y el hospital local de Ricaurte), promoviendo la reorientación de servicios a que haya lugar, de manera tal, que como lo plantea la OPS en materia de la APS se garantice la resolución en terreno de al menos el 80 % de las contingencias en salud y la operación de la RED de prestadores, para el restante 20 % hacia los hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad del departamento.

El uso de las TIC será fundamental para la complementariedad de la atención que en terreno brindarán los EMS; se deberá promover y ofertar para este Modelo las telecomunicaciones, la telesalud y telemedicina, de tal manera que, por ejemplo, un médico general del EMS tenga la posibilidad de examinar a una mujer Awá embarazada en el resguardo de Nulpe Medio, en la que sospeche una alteración de la gestación, del feto o de ambos, tomarle una

ecografía obstétrica portátil y en tiempo real y de manera virtual, el gineco-obstetra del Hospital Universitario Departamental de Nariño la valore, opine y oriente la mejor conducta a seguir con la mujer Awá.

El abordaje de los DSS que los propios Awá identificaron y que en esencia son los múltiples problemas relacionados con la alteración de la paz, la tranquilidad y autonomía de su territorio, que desde hace varios años y hasta la fecha ha sido afectado por el rigor del conflicto armado, la siembra de campos minados en los resguardos, las restricciones a la libertad para deambular, recolectar, cazar y pescar, que comprometen severamente su seguridad y soberanía alimentaria, las sistemáticas violaciones de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario al pueblo Awá, la afectación ambiental por actividades de minería ilegal y deforestación de extensas áreas de selvas y bosques para la siembra de monocultivos de palma aceitera y cultivos ilícitos y las fumigaciones aéreas con glifosato que han afectado fuentes de agua y cultivos de pancoger, son entre otros temas, parte de la agenda que debe discutirse, acordarse y resolverse al más alto nivel, en el escenario del Plan de Salvaguarda Awá que ordenó la Corte Constitucional como medida cautelar para garantizar la pervivencia de este pueblo ancestral.

Alrededor de esta agenda, debe convocarse a los ministerios, agencias y entidades del Estado del nivel nacional, regional y local, involucrados, para su abordaje integral. Sus decisiones y compromisos deben quedar plasmados en los respectivos planes gubernamentales de desarrollo y territoriales de salud, con acciones concretas y recursos para su progresiva inversión y superación.

En el mismo sentido, los ministerios y entidades responsables de las carteras de vivienda, educación, comunicaciones, vías, infraestructura, desarrollo productivo, agua potable y saneamiento básico, deberán acordar una agenda de trabajo, concertada con el pueblo Awá para adelantar acciones, planes, proyectos y programas que conduzcan también a la superación progresiva de las grandes inequidades en estos sectores y servicios, que identificaron los Awá como componentes importantes de sus DSS.

La Alcaldía Municipal de Ricaurte debe disponer de lo necesario para la implementación de una “Casa de Paso”, en la cabecera municipal, a manera de vivienda - albergue, acondicionada para brindar alojamiento, alimentación, incluso sitio de reposo para la convalecencia de los pacientes Awá, sus familiares o acompañantes que, por razones de sus cuadros clínicos, sean remitidos desde los resguardos más apartados a la cabecera municipal y, como en el caso de las gestantes, puedan permanecer los días necesarios en el albergue, para su recuperación en el puerperio. Esa casa será utilizada incluso como una alternativa para la permanencia y ejercicio de médicos tradicionales que con alternancia puedan hacer presencia en el casco urbano y acompañar “espiritualmente” a los pacientes Awá internos en el hospital local.

Las autoridades municipales de Ricaurte, en coordinación con la Registraduría Municipal del Estado Civil, deberán coordinar y adelantar las respectivas acciones y campañas en terreno, para la identificación de todos los indígenas Awá, con el propósito de garantizar el goce efectivo de sus derechos como nacionales de este país. En la actualidad, un número importante de niños y niñas Awá menores de cinco años y adultos mayores permanece sin identificación oficial del Estado colombiano. El autor del presente trabajo comprobó personalmente cómo las

familias Awá realizan largos desplazamientos con sus niños y niñas menores de cinco años⁵⁰, hasta la cabecera municipal de Ricaurte, en busca del Registro Civil.

A los prestadores (Hospital local e IPS indígena):

Modificar la forma de contratación de servicios con las aseguradoras, EPS o EAPB, de manera tal, que todas las actividades individuales y colectivas de atención en salud, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación realizadas, sean correctamente facturadas y soportadas ante las aseguradoras, con el propósito de garantizar la sustentabilidad económica del Modelo, lo cual implica abandonar la forma de contratación conocida como capitación, que es contraproducente para el éxito del Modelo, pues es un verdadero desestímulo a la búsqueda activa de las familias, a brindar la atención en terreno, a promover salud.

Reorientar los servicios actualmente con foco en la atención hospitalaria hacia la prestación descentralizada o extramural de la atención, de modo que los pacientes Awá de los resguardos más distantes sean valorados, identificados e intervenidos precozmente sus riesgos y condiciones de salud y atendidos en sus propios resguardos, según lo planteado en este Modelo, con énfasis en los niños, niñas, gestantes y adultos mayores. Así, se garantiza la RED de prestadores de toda la región, incluso brindada por instituciones de otros municipios como Cumbal y Chiles, más cercanos a los resguardos de frontera.

Adecuar desde lo cultural todos los programas y estrategias institucionales de salud, de acuerdo con la cosmovisión en salud del pueblo indígena Awá descrita en este trabajo, primordialmente las estrategias y programas de AIEPI, Entornos Saludables, Salud Sexual y Reproductiva, como producto de un proceso de diálogo de saberes y concertación entre la medicina facultativa y la medicina tradicional Awá.

A los aseguradores:

Facilitar los procesos necesarios para que la forma de contratación de servicios con los prestadores se modifique a la modalidad de facturación. Comprender que este Modelo se sostendrá parcialmente con los recursos de la UPC; por tanto, el porcentaje de contratación con el hospital local y la IPS indígena deberá ser el máximo posible permitido por la ley. El pago de los servicios prestados deberá estar desprovisto de barreras para la recepción de facturas, la imposición de glosas injustificadas, y demoras en el flujo de pagos a los prestadores.

Comprender y asimilar que si bien al inicio de la operación del Modelo, los costos pueden ser aparentemente elevados, en la medida en que las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la detección e intervención precoz de factores de riesgo, surtan los efectos deseados, el gasto en salud por la atención de contingencias se irá disminuyendo hasta llegar a un equilibrio financiero, en el cual las ganancias sociales serán siempre mayores que las económicas.

⁵⁰ Las familias Awá llevan a sus niños y niñas Awá cuando son mayores de cinco años hasta la cabecera municipal, *“porque a esa edad ya pueden caminar solitos”*, y recorrer extensas distancias por su cuenta. Entre tanto, permanecen sin identificación y, en consecuencia, sin la vinculación formal al Régimen Subsidiado en salud, en cuyo caso la atención que se les brinde no se facturará a las aseguradoras. Por esta causa, la cobertura universal en aseguramiento en salud no es una realidad en el territorio Awá.

Acoger plenamente y de inmediato las determinaciones de la Corte Constitucional, de la nueva PAIS, del Plan Decenal de Salud y la Ley Estatutaria de Salud, en cuyos mandatos se destaca la consagración del derecho a la salud como “Derecho Fundamental”, se ordena la prioridad de la atención a los niños, niñas, gestantes y adultos mayores, a los grupos étnicos y a las víctimas de la violencia. En conclusión, comprender que, por todas las vías legales posibles, la atención integral en salud del pueblo indígena Awá es una prioridad entre las prioridades del país.

Al pueblo indígena Awá y a la Organización Camawari:

Mantener una permanente coordinación del trabajo de los EMS con las autoridades tradicionales del pueblo Awá para el éxito del presente Modelo, para las garantías de la seguridad física de los integrantes de los equipos, el apoyo en la logística requerida durante la entrada, permanencia y salida de los mismos de terreno, la convocatoria y garantía de la asistencia de las familias que serán visitadas por estos, la movilización social para la participación activa en salud, que incluye el autocuidado en salud, la vigilancia en salud pública de base comunitaria y la definición de un grupo de agentes comunitarios de la salud, integrado por indígenas de cada comunidad que serán formados en temas de salud, y que con carácter voluntario⁵¹ apoyen en cada caserío, la identificación, intervención y notificación precoz de factores de riesgo individual, familiar y comunitario en salud.

Realizar una constante coordinación de los EMS con la medicina tradicional Awá, con sus agentes propios, incluso la vinculación de algunos médicos tradicionales en los EMS, durante los recorridos en las comunidades, visitas domiciliarias, para complementar y fortalecer la atención integral en salud. Por lo anterior, se recomienda a las autoridades y agentes tradicionales, la mayor disposición para el permanente diálogo intercultural, intercambio de saberes, apoyo y facilitación de la operación del Modelo.

Efectuar presión del más alto nivel, incluso ante la Corte Constitucional de Colombia y los organismos internacionales de Derechos Humanos, para que este Modelo, pensado, formulado y concebido por el pueblo indígena Awá de acuerdo con su cosmovisión de la salud y la vida y su realidad social, cultural e histórica exclusión y en concordancia con sus derechos constitucionales, los acuerdos internacionales que los amparan, las determinaciones de la misma Corte, de la situación humanitaria y de las profundas inequidades en salud y barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud, sea más que un modelo y se constituya en las bases de una verdadera política de atención integral en salud, no solo para el pueblo indígena Awá de Nariño, sino también para los otros pueblos indígenas del país declarados por la Corte como en vía de extinción.

Ejecutar las gestiones necesarias ante el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y demás actores del SGSSS, para lograr el reconocimiento de lo dispuesto en el parágrafo 2° del capítulo IV de la Ley 691 de 2001: “El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá fijar el valor de la UPC para los Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento

⁵¹ El carácter de “*trabajo voluntario*” que se recomienda para los agentes comunitarios de salud propuestos en el Modelo, no excluye que sean beneficiarios de estrategias que ya se ha implementado con éxito en el pasado, tales como “*alimentos por trabajo*”, “*alimentos por capacitación*”, que en su momento fueron apoyadas por agencias del Sistema de Naciones Unidas como el Programa Mundial de Alimentos.

(50%), por encima del valor de la UPC normal atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud” (Congreso de la República, 2001), tal como se ha demostrado en el presente trabajo, es el caso del pueblo indígena Awá.

A la Cooperación Internacional:

Alinear sus mandatos, proyectos, programas, intervenciones, recursos y misiones afines en salud y con los DSS del pueblo Awá a los propósitos de este Modelo, con el objeto de complementar las acciones planteadas y en las que la respuesta estatal sea insuficiente, en especial en el abordaje de los DSS. Agencias del sistema de Naciones Unidas que desde hace varios años están en la región como UNICEF, OPS/OMS, WFP/PMA, UNFPA⁵², FAO, ACNUR⁵³, OCHA⁵⁴, cuyas acciones e intervenciones en Derechos Humanos, programas de alimentación, de agua segura, educación, seguridad alimentaria, proyectos productivos entre otros, han hecho aportes importantes a la salvaguarda del pueblo Awá.

ONG⁵⁵ como Médicos sin Fronteras y Médicos del Mundo que desde hace varios años desarrollan acciones en la región, pudieran fungir como operadores parciales del modelo en la atención en salud en sectores del territorio Awá que no alcancen a ser cubiertos con los EMS.

Para finalizar, el alcance de los Acuerdos de Paz que se discute actualmente en la Habana Cuba y la anhelada terminación del conflicto armado con las FARC⁵⁶ en Colombia, son requisitos fundamentales para la normal operación del Modelo y para la solución parcial de los graves problemas territoriales, ambientales y de derechos humanos que impactan los DSS del pueblo indígena Awá, develados en este trabajo.

⁵² UNFPA: fondo del SNU para las poblaciones.

⁵³ ACNUR: agencia del SNU para los refugiados.

⁵⁴ OCHA: agencia del SNU para la coordinación de la atención humanitaria.

⁵⁵ ONG: Organizaciones No Gubernamentales.

⁵⁶ FARC: *Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia*, son un grupo guerrillero, de extrema izquierda, responsable de buena parte de las acciones contra el pueblo Awá de Colombia, de violaciones de sus derechos humanos y del DIH, del conflicto armado que se aún se libra en los resguardos Awá, de la siembra de extensos campos minados, de la restricción y confinamiento de comunidades, del desplazamiento forzado, masacres, torturas, infracciones a la misión médica, siembra de cultivos ilícitos y la cooptación del territorio como ruta estratégica desde y hacia el Océano Pacífico, para el tráfico de narcóticos, armas y demás insumos para la guerra.

Referencias

- Arboleda, L. (2008). El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1): 69-77.
- Asociación Probienestar de la familia colombiana (PROFAMILIA). (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010* (ENDS, 2010). Diario oficial. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Cabildo Mayor Awá de Ricaurte (CAMWARI). (2002). *Plan de Vida Awá*. s.n. https://siic.mininterior.gov.co/.../plan_de_vida_awa_de_ricaurte_camawari.pdf
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del informe final. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. “*por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dicta otras disposiciones*”. Diario oficial. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 691, “*mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*”. Diario oficial. www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. “*por la cual se hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../DE/.../ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. “*por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/...Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1753. “*por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ‘Todos por un nuevo país’*”. Diario oficial. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html
- Congreso de la República. (2015). Ley 1751. *Ley Estatutaria de la Salud, “por la cual se garantiza el Derecho Fundamental a la Salud en Colombia*”. Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/...Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf>
- Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). Diario oficial. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Corte Constitucional de Colombia. (2004). *Sentencia T- 025*. Autos 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011 y 173 de 2011. Diario oficial. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2011). *Auto 074/11*. [M.P. Luis Ernesto Vargas Silva]. Diario oficial. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2011/a174-11.htm>
- Corte Constitucional. (2018). *Sentencia T-001* [MP. Cristina Pardo Schlesinger]. Diario oficial. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-001-18.htm>
- Davinson, G., Jélvez, I, y Yáñez, S. (1997). *Investigación del diseño de un programa de salud*

- intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena.* Fundación de Desarrollo Educacional La Araucanía y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos.* Imprenta Nacional.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad.* Norma.
- Hospital Universitario Departamental de Nariño. (2015). *Boletín Epidemiológico Periodo Enero – septiembre 2015. Infecciones asociadas a la atención en salud.* s.n. https://issuu.com/hospitaluniversitariodepartamentald/docs/boletin_epidemiologico_iii_trimestr
- Inkal Awá. (2010). *Mandato Educativo del Pueblo Indígena Awá. Gabriel Teodoro Bisbicús, indígena Awá Líder Organización UNIPA.* s.n.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2010). *Indicadores Básicos de Salud de Nariño.* s.n. <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/431-indbassalud17>
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2014). *Indicadores Básicos de Salud de Nariño.* s.n. <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/431-indbassalud17>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). *Análisis de Situación de Salud Colombia (ASIS).* Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.* Diario oficial.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública.* Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Resolución 5593, por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016.* Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/.../Resolución%205593%20de%202015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). *Resolución Número 00429 del 17 de febrero. “por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.* Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/.../Resolución%200429%20de%202016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). *Planes Territoriales de Salud (PTS) 2020 – 2023.* Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx>
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución No. 008430. “por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.* Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Morse, J. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Editorial Universidad de Antioquia.
- Municipio de Ricaurte Nariño. (2013). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Ricaurte, Nariño.* s.n.
- Naciones Unidas. (2007). *Oficina Contra la Droga y el Delito. Colombia.* Monitoreo de cultivos de coca.
- Núñez, C-E, y Hurtado, I. (2010). *El desplazamiento forzado en Colombia: la huella del conflicto.* s.n. www.codhes.org/~codhes/imagenes/Articulos/AnalisisSituacionalfinal.pdf

- Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. (s.f.). *Diagnóstico de la situación del pueblo indígena Awá*. s.n. historico.derechoshumanos.gov.co/.../DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_AWÁ.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2020). *Pueblos indígenas y tribales*. s.n. <https://www.ilo.org/global/topics/indigenous-tribal/lang--es/index.htm>
- Organización Internacional del Trabajo. (1989). *Convención C-169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*. s.n. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación*. s.n.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente Comunitario de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. s.n. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. s.n. https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2004). *Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia*. Nuevas Ediciones Limitada.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. s.n. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2010). *Representación en Colombia. Tecnologías apropiadas para el suministro de agua en situaciones de emergencia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Interculturalidad en salud reproductiva, dónde estamos y cómo estamos*. s.n. bvsper.paho.org/.../20101222_interculturalidad_salud_reproductiva_aguzman.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud*. s.n. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf
- Organizaciones del pueblo indígena Awá UNIPA, CAMAWARI y ACIPAP. (2012). *Actualización del Plan de Salvaguarda Étnica del Pueblo Awá*. s.n. https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_awa_1.pdf
- Pan American Health Organization. (1978). *Declaración de Alma Ata*. s.n. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/.../Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Peña, T, y Pirela, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, Cultura y Sociedad*, 1(16):55-81.
- Pérez, B. (2011). *Diagnóstico de la situación del cumplimiento de los derechos de los niños y niñas del pueblo indígena Awá de Ricaurte Nariño*. Nariño. Organización Indígena

Camawari.

Perú. Ministerio de Salud. (2005). *Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*. s.n. bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf

Portela, H. (2002). *Cultura de la Salud Páez, un saber que perdura para perdurar*. Serie de Estudios sociales.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberatit*, 13(13):71-78.

Starfield Barbara. (2001). Primary care: balancing health needs, services and technology. *Integrational Journal of Integrated Care*,1(2):3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>

United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report*. s.n. [https://www.un.org/millenniumgoals/...MDG_Report/.../MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/...MDG_Report/.../MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)

Valdez, Z. (2013). Etnografía crítica. Surgimiento y Repercusiones. *Revista Comunicación*, 1(2). [https://doi.org/10.18845/rc.v21i1%20\(2012\).810](https://doi.org/10.18845/rc.v21i1%20(2012).810)

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial.

(Footnotes)

¹ El promotor indígena de salud, además de sus labores en salud hará también las veces de traductor. Las labores administrativas serán asumidas por parte de los auxiliares y jefes de enfermería.

² Según la OPS: “la reorientación de los servicios de salud, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la APS, los cuales deben garantizar servicios de APS como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación. Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social. Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención”.

Sobre el autor



HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ

Colombiano, nacido en Páez Cauca, Médico Cirujano - Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Alta Dirección del Estado – Escuela Alto Gobierno ESAP, Magister en Salud Pública - Universidad del Valle y Doctor en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Ha ejercido cargos desde técnico de saneamiento ambiental, alcalde municipal de Páez Cauca, médico general, asesor - coinvestigador del CIMDER y la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Profesional Nacional del Programa de Salud en Emergencias y Desastres de la OPS/OMS Colombia, Subgerente de Prestación de Servicios del Hospital Universitario Departamental de Nariño, Subdirector de Enfermedades No Transmisibles y Director de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. En la actualidad es docente de tiempo completo del programa de Medicina de la Universidad de Nariño, director del Registro Poblacional de Cáncer de Pasto, asesor, director y jurado de tesis de pregrado, especialización, maestría y doctorado en salud en Universidades de Colombia y México; ha sido docente del programa de Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, y es docente cátedra - invitado de la Maestría en Salud Pública de las Universidades de Nariño, Javeriana de Cali y del Valle, de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad de Cartagena y del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque en Bogotá.

Coautor de importantes políticas públicas en salud en Colombia; autor, coautor de libros y artículos de salud pública y conferencista invitado en diferentes eventos nacionales e internacionales de salud pública.



Editorial

Universidad de **Nariño**

Fecha de publicación: 07 de Febrero de 2022
San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

La situación de salud de los pueblos indígenas de Colombia es crítica: barreras geográficas, socioculturales y administrativas para el acceso efectivo a servicios de salud, profundas inequidades en salud: mayor mortalidad materna, perinatal, infantil, por enfermedades tropicales, desnutrición y tuberculosis, significativamente superiores respecto del resto de colombianos; entre tanto coberturas en inmunizaciones, control prenatal, atención de parto institucional, saneamiento básico, otros, son marcadamente inferiores, con negativo impacto, especialmente en el pueblo indígena Awá de Nariño Colombia, que según Naciones Unidas y la Corte Constitucional, es uno de los pueblos ancestrales en mayor riesgo de exterminio en el país por la crítica situación humanitaria y complejas condiciones de salud y vida que viven en sus territorios.

En contraste, el modelo de atención en salud de Colombia, basado en intermediación de aseguradoras y aseguramiento en salud, prestación institucional de servicios concentrados en cabeceras y centros poblados y prácticamente ausente en áreas rurales dispersas donde no se garantiza el acceso efectivo a pesar de la “cobertura universal” en salud, centrado en la enfermedad, pobre en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con incipientes avances en interculturalidad en salud, Atención Primaria en Salud - APS y Determinantes Sociales de Salud - DSS, en consecuencia un sistema de salud que no es compatible, ni responde a las particulares condiciones socioculturales de vida y necesidades en salud de los indígenas, con una particular cosmovisión de la vida y salud, basada en relaciones con el territorio, sus agentes propios, la medicina tradicional, el equilibrio y armonía con el entorno, que asocian con la salud y en su defecto con la enfermedad.

Ante este panorama y frente a las determinaciones de la Corte Constitucional de Colombia relacionadas con la implementación de medidas cautelares para la protección física y cultural de los indígenas Awá, el presente estudio basado en métodos cualitativos propuso la concertación de un modelo intercultural de salud, con fundamentación teórica en APS y DSS, que articula la cosmovisión en salud del pueblo Awá de Nariño Colombia al sistema de salud colombiano, para contribuir de manera efectiva en la disminución de las inequidades en salud, la disminución de barreras de acceso a servicios, al diálogo y coordinación de las medicinas facultativa y tradicional Awá, a la atención intercultural, oportuna y de calidad, al mejoramiento de las condiciones de salud, vida y a la pervivencia física y cultural de los Awá.

La iniciativa del modelo fue aprobada por autoridades tradicionales del pueblo Awá, se realizó una extensa revisión documental, la internación del autor y grupo de salud de la organización Camawari por varios meses en el territorio Awá, su convivencia con comunidades apartadas y el desarrollo de metodologías cualitativas con la finalidad de establecer elementos de su cosmovisión en salud, su percepción de los servicios institucionales de salud y consolidar sus propias propuestas para un modelo de atención intercultural efectivo. El modelo fue socializado y aprobado en diferentes espacios ante autoridades tradicionales del pueblo Awá, comunidad e instituciones de salud.

La incorporación del Modelo en planes de desarrollo serán los escenarios que garantizarán su implementación, sostenibilidad técnica, administrativa y económica y la participación proactiva del pueblo Awá crucial para la sostenibilidad social y cultural del modelo. La coordinación intersectorial y transectorial serán la columna vertebral de la progresiva intervención y solución de los complejos Determinantes Sociales de la Salud del pueblo Awá, aquí develados.



**Editorial
Universidad de Nariño**