

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL
EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA COMUNIDAD ETTE ENNAKA**

JOSÉ LUIS MOLINA GÁMEZ

NELSON GARCÍA PÉREZ

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ
2019**

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL
EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA COMUNIDAD ETTE ENNAKA**

JOSÉ LUIS MOLINA GÁMEZ

NELSON GARCÍA PÉREZ

Tesis presentada como requisito para optar al título de Magíster en Salud Pública

Asesor

Lorena Mesa Melgarejo.

Dra. Salud Pública. Mg en Salud Pública. Mg en Economía de la Salud. Enfermera

Co-asesor

Emy Shilena Torres Villalobos

Magíster en Ciencias - Bacterióloga.

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ
2019**

Agradecimientos:

“Al Rey de los siglos, al inmortal e invisible, al único y sabio Dios, sean el honor y la gloria por los siglos de los siglos”.

Agradecemos a Dios por su bendición y ayuda en este proceso de formación, y por concedernos la oportunidad de contribuir, a través del conocimiento, a un mundo más equitativo, con oportunidades para todos.

A nuestras familias por ser nuestra inspiración para alcanzar este objetivo, y por su constante apoyo y ánimo cuando las situaciones se tornaban adversas.

A la Dra. Lorena Mesa por ser nuestra guiadora en este trabajo investigativo y por enseñarnos a dar lo mejor de nosotros.

A la profesora Emy Shilena Torres por su compañía y asesoría en el trabajo de campo con los indígenas y el análisis de los resultados de esta investigación.

A la facultad de Ciencias Económicas y administrativas de la Universidad Santo Tomás por cada enseñanza y gestión realizada para perfeccionarnos como profesionales de la salud pública.

RESUMEN

Introducción. El reconocimiento de la percepción de los pueblos indígenas sobre su situación de salud es fundamental para el desarrollo de intervenciones coherentes con los problemas en salud identificados. Este estudio se propuso reconocer la percepción Ette Ennaka sobre la situación de salud de los niños del asentamiento Narakajmanta, y su triangulación con elementos epidemiológicos para construir un ASIS intercultural.

Metodología. Estudio mixto, diseño explicativo secuencial, y de corte transversal.

Resultados. La percepción acerca de la situación de salud de los niños no fue buena, consideraron que existe un aumento de enfermedades respiratorias y diarreicas, dado por factores como: malas características físicas de su territorio actual, destrucción y contaminación de sus recursos naturales y culturales, inseguridad alimentaria, poca adherencia de las nuevas generaciones a las tradiciones y rituales, vulneración de sus derechos, subestimación de la medicina tradicional y escasez de recursos económicos, por la transformación de su modelo socio-económico. Adicionalmente, perciben mala atención de los servicios de salud y baja capacidad de infraestructura física y organizacional para responder a sus necesidades en salud.

Discusión: La situación de salud de la primera infancia en Narakajmanta es similar a la de otros niños indígenas en el mundo, caracterizados por alto índice de enfermedades infecciosas y parasitarias, y dificultades para el acceso a los servicios de salud. Este es el primer ASIS con perspectiva intercultural en la primera infancia Ette Ennaka, representando un importante insumo para el desarrollo de estrategias dirigidas a la superación de la problemática en salud.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
2. OBJETIVOS	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD –ASIS-	9
4.1.1. Definición	9
4.1.2. Marco epistemológico de los ASIS	9
4.1.3. Aspectos metodológicos para la construcción del ASIS en Colombia	12
4.1.4. Limitaciones de la metodología ASIS para grupos étnicos-indígenas	12
4.2 INTERCULTURALIDAD	13
5. ESTADO DEL ARTE	16
5.1. CONTEXTO DE SALUD EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS	16
5.2. SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA INDÍGENA	17
5.3. ASIS INTERCULTURAL EN LOS PUEBLOS ANDINOS	18
5.4. MARCO NORMATIVO DEL ASIS EN COLOMBIA	20
5.5. MARCO LEGAL DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD INDÍGENA EN COLOMBIA	21
5.6. SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL (SISPI)	22
5.7. LOS ETTE ENNAKA – COSMOVISIÓN Y VIDA	24
6. DISEÑO METODOLÓGICO	27

6.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	27
6.2. TIPO DE ESTUDIO	27
6.3. EMPLAZAMIENTO DEL ESTUDIO	27
6.4. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA POBLACIONAL	27
6.5. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	27
6.5.1. Fase I - Componente cuantitativo-descriptivo	27
6.5.1.1. Recolección de datos	28
6.5.1.2. Caracterización del contexto territorial	28
6.5.1.3. Caracterización del contexto demográfico	29
6.5.1.4. Análisis de los efectos de salud	29
6.5.1.5. Abordaje de los Determinantes Sociales de Salud	30
6.5.2. Fase II – Análisis del ASIS desde una perspectiva intercultural.	30
6.5.2.1. Participantes en entrevistas y grupos focales	31
6.5.2.2. Metodología para entrevistas y grupos focales	31
6.5.3. Fase de triangulación - Perspectiva Indígena/ Perspectiva Occidental	33
6.6. CATEGORÍAS ANALÍTICAS/VARIABLES	34
7. ASPECTOS ÉTICOS	36
8. RESULTADOS	37
8.1. FASE I - COMPONENTE CUANTITATIVO – DESCRIPTIVO	37
8.1.1. Caracterización del contexto territorial	37
8.1.1.1. Localización y extensión territorial	37
8.1.1.2. Temperatura y humedad	38
8.1.1.3. Hidrografía	38
8.1.1.4. Vías de comunicación y tiempo de traslado	
8.1.2. Caracterización del contexto demográfico	38
8.1.2.1. Tamaño y estructura poblacional	39
8.1.2.2. Movilidad forzada	40
8.1.3. Análisis de los indicadores de salud	41
8.1.3.1. Mortalidad.	41
8.1.3.2. Morbilidad	42

8.1.4. Abordaje de los determinantes sociales de la salud	44
8.1.4.1. Seguridad alimentaria	44
8.1.4.2. Coberturas del SGSS	44
8.1.4.3. Recursos económicos	44
8.1.4.4. Condiciones de vivienda y servicios públicos	45
8.1.4.5. Acceso a infraestructura de los servicios de salud	45
8.1.4.6. Acceso a educación	46
8.2. FASE II - ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN INDÍGENA	47
8.2.1. Factores determinantes de la salud percibidos	47
8.2.1.1. Territorio	47
8.2.1.2. Recursos naturales y seguridad alimentaria	48
8.2.1.3. El cumplimiento de la Ley de Origen	49
8.2.1.4. El reconocimiento de la cultura y los derechos como pueblo indígena.	49
8.2.1.5. Economía familiar	50
8.2.2. Concepción del proceso salud – enfermedad	50
8.2.2.1. El significado Ette de la buena salud en los niños	50
8.2.3. Percepción de la respuesta social a los problemas de salud	54
8.3. ANÁLISIS INTERCULTURAL – PERSPECTIVA ETTE ENNAKA / PERSPECTIVA OCCIDENTAL	55
9. DISCUSIÓN	60
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS	63
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
12. ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Normatividad colombiana relativa al enfoque étnico y derechos en salud de los pueblos indígenas.	21
Tabla 2. Indicadores demográficos de tamaño, volumen y estructura poblacional	29
Tabla 3. Distribución de temáticas y participantes en grupos focales	32
Tabla 4. Tipos de Fuentes y criterios para las entrevistas.	33
Tabla 5. Categorías y variables analíticas	34
Tabla 6. Indicadores demográficos de la población infantil Ette Ennaka (0 a 5 años)	41
Tabla 7. Nivel educativo de población indígena Ette Ennaka en asentamiento Narakajmanta	47

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Localización asentamiento Narakajmanta	37
Figura 2. Distribución de los grupos de edad (meses) de niños Ette Ennaka entre los 0 y 5 años	40
Figura 3. Morbilidad por grandes causas en niños Ette Ennaka (0-5 años), 2013-2018	43
Figura 4. Morbilidad por subgrupo de causas en Ette Ennaka (0-5 años), 2013-2018	43

ANEXOS

	Pág
ANEXO 1. INSTRUMENTO PARA ENCUESTA POBLACIÓN ETTE ENNAKA, 2018	71
ANEXO 2. GUIÓN ENTREVISTA	76

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas es un desafío, ya que no sólo puede ser contemplado desde un punto de vista epidemiológico, sino que requiere el estudio de la percepción de cada pueblo, respecto de los factores que determinan su salud y la respuesta social dada a los problemas que han sido reconocidos a nivel comunitario; teniendo como base fundamental la concepción salud – enfermedad propia de cada pueblo.

Este trabajo de investigación se propuso analizar, desde una perspectiva intercultural, la situación de salud de los niños indígenas Ette Ennaka, que están en la primera infancia (0 a 5 años de edad) y que hacen parte del asentamiento Narakajmanta, en la vereda Puerto Mosquito de Santa Marta (Magdalena). Hasta el momento no existen estudios que permitan conocer la situación de los niños Ette, sólo se han reportado perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas de Colombia, de manera general, sin reconocer la percepción que tiene este pueblo acerca de sus problemas en materia de salud. Lo anterior se relaciona con el desconocimiento del enfoque intercultural en los análisis de salud y con la invisibilidad de los pueblos indígenas en los sistemas de información estadística en salud nacionales; de las 41 fuentes de información disponibles en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), sólo 21 contienen la variable étnica con el registro de pertenencia a pueblo indígena, y de éstas, únicamente 9 tienen la cobertura total de los pueblos indígenas. Adicionalmente, no es suficiente con tener la variable de pertenencia a pueblo indígena, sino que se debe contar con la especificación del grupo indígena en cuestión. En consecuencia, el planteamiento de esta situación da una muestra del reto que se debe asumir al investigar esta temática.

Para los pueblos indígenas, el conocimiento de su situación de salud, bajo una metodología intercultural, abre la oportunidad de tener una visión recíproca, acerca de cómo es vista su situación de salud por el sistema de salud occidental y cómo ésta es considerada desde su propia óptica. Por otra parte, la diversidad cultural de los pueblos en Colombia, cada uno con su propia cosmovisión, da cuenta de que los Análisis de Situación de Salud (ASIS) deben realizarse de forma particular a cada pueblo para identificar de manera más acertada, las necesidades reales de cada uno.

Del mismo modo, el ASIS intercultural, de la primera infancia Ette, se convertirá en un insumo necesario para la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio Cultural (SISPI) que permita la implementación de un sistema eficaz y eficiente para la superación de los problemas de salud prioritarios de la niñez.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo a través de una metodología mixta que incluyó una primera fase cuantitativa descriptiva, basada en la información disponible registrada en los sistemas de información en salud y en encuestas realizadas directamente en la comunidad; y una segunda fase de consulta intercultural, aprobada mediante concertación con el cabildo gobernador y la mesa de autoridades tradicionales, que permitió la participación de la comunidad en el análisis de la percepción acerca de la situación de salud de la primera infancia Ette asentada en Narakajmanta.

De manera importante se destaca el proceso de socialización de los resultados de investigación con la comunidad, a través de reuniones con autoridades, padres de familia, profesores, programa de atención a la primera infancia, que permitieron la priorización de los problemas de salud de los niños, desde una perspectiva intercultural.

Al final del trabajo se presentan los problemas priorizados y se dan algunas recomendaciones y estrategias planteadas en este ejercicio de interculturalidad, para mejorar la situación de salud de la primera infancia Ette Ennaka.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el mundo existen aproximadamente 90 millones de indígenas que habitan en 90 países. Por siglos, los indígenas han conservado y protegido la gran biodiversidad de sus territorios, cumpliendo así un papel fundamental en la preservación del patrimonio biológico y cultural de los países en los que residen [1]. Sin embargo, estos pueblos enfrentan una situación de vulnerabilidad enmarcada en la exclusión social, a la que se suman factores como la pobreza extrema, el analfabetismo, la carencia o falta absoluta de servicios sociales, la destrucción o expulsión de su territorio ancestral, el desplazamiento forzado y las violaciones de los derechos humanos; que en conjunto amenazan con la posible extinción de algunos pueblos [2].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), para lograr la equidad en la región de las Américas, ha tenido como un asunto prioritario la salud de los pueblos indígenas, ya que es de gran diversidad cultural; en ella habitan más de 600 pueblos étnicos, representando aproximadamente el 10% de la población total y el 40% de la población rural de esta región [3]. A través de la Iniciativa de Salud por los Pueblos Indígenas, promueve la participación de estos pueblos en la planeación y ejecución de sus propios programas y planes en salud, para abordar los problemas en salud, de una manera coherente con su concepción salud-enfermedad [4]

Una de las principales líneas de acción para la implementación de esta iniciativa es el desarrollo de modelos de atención interculturales. Sin embargo, la base para su implementación es el análisis de la situación de salud (ASIS), bajo una perspectiva intercultural, que posibilite un diálogo entre el sistema occidental y el sistema tradicional indígena, más allá de la óptica epidemiológica, para integrar la percepción y perspectiva de la comunidad en las intervenciones en salud [4,5].

A pesar de que en el año 2006 se acoge en Colombia el ASIS, como insumo para el desarrollo de los planes en salud; aún no existe una metodología para la construcción de ASIS interculturales. Las experiencias en la construcción de ASIS interculturales han sido realizadas mayormente en el Perú, donde se cuenta con un documento técnico que aporta lineamientos metodológicos para la realización de los mismos [6].

Dentro de los problemas de salud priorizados en los pueblos indígenas se resalta las altas tasas de morbilidad y mortalidad de los niños. En América Latina, la mortalidad de los niños indígenas es mayor que la de los no indígenas (60%); mientras que por cada mil nacidos mueren 48 niños indígenas, en el resto de la población, mueren 30. Adicionalmente, la probabilidad de que un niño muera antes de los cinco años es cercana al 70% [4]. La frecuencia es más alta cuando no existe un control de la natalidad y el acceso a los servicios de salud es escaso; rasgos no únicos, pero sí característicos de los pueblos indígenas [7,8].

En Colombia, residen alrededor de 87 a 102 pueblos indígenas plenamente identificados [9,10]. Respecto a la salud de los niños indígenas, el 18,6% mueren antes de los cinco años, siendo la mortalidad infantil 2,79 veces superior a la de los no indígenas. El 70% de los niños sufre de desnutrición crónica, el 63% está sumergido en pobreza estructural y el 47,6 %, por debajo de la línea de miseria. A esto se suma la vulneración de los derechos, por causa del conflicto armado. Los departamentos más afectados son Guajira, Meta y Magdalena [11].

Según la Defensoría del Pueblo, la mala situación de la niñez indígena, es dada en parte por la limitada pertinencia de los programas de salud materna e infantil, dada por un sistema de salud que no responda a sus necesidades y que contribuye al subregistro de mortalidad y morbilidad y a errores en la determinación de las causas de los decesos [12]. Es necesario y urgente, analizar la situación de salud de los niños, desde un contexto intercultural, que permita un contraste, pero a la vez la congruencia entre los indicadores de salud más relevantes y la percepción de salud indígena para la generación de intervenciones eficaces en los programas de salud.

La construcción de ASIS en pueblos indígenas no resulta fácil. Particularmente en Colombia, el sistema de información en salud no discrimina por grupo indígena específico, ya que de las fuentes de información disponibles sólo los registros de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) indígenas registran datos de esta forma. Por lo anterior, se hace difícil el estudio identificar la situación de salud de estas poblaciones [11,13].

La presente investigación, analiza la Situación de Salud de la primera infancia del pueblo indígena Ette Ennaka asentado en Narakajmanta, zona rural de Santa Marta (Magdalena). Los Ette son una comunidad sobreviviente del proceso de colonización que a lo largo de los últimos 4 siglos ha desarrollado una variedad de estrategias para su supervivencia física y cultural. En las últimas décadas fueron víctimas de los terratenientes y del conflicto armado que les prohibieron hablar su lengua y practicar su cultura, expulsándolos de su territorio ancestral, del cual migraron a otros lugares formando nuevos asentamientos como el de Narakajmanta en Santa Marta, por lo cual son un pueblo en proceso de reestructuración poblacional y cultural. [13,14].

Los Ette han vivido marcados por la precariedad en sus condiciones socioeconómicas, vías de acceso e inseguridad alimentaria. El analfabetismo alcanza el 52,5%, y el 13,1% han sufrido más de 1 día de ayuno a la semana [9], lo que podría estar marcando en la población diversos grados de desnutrición. La población ha sido referencia constante de la prensa; reportando muerte principalmente de niños por enfermedades infecciosas, principalmente infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda, varicela, tuberculosis y una dermatosis en la piel, conocida como prurigo actínico [15-18].

Debido a cuestiones inherentes a la cultura Ette y al poco acceso a los servicios de salud, se pueden presentar subregistros de mortalidad y morbilidad, que no permiten una medición real de la condición de salud de esta población, debido al gran número de muertes ocurridas en comunidad, que quedan sin ser notificadas ante el SISPRO [15]. Esta situación debe ser abordada de manera integral bajo un enfoque intercultural, teniendo en cuenta la cosmovisión y percepción de la población para diseñar programas de salud pertinentes con la situación de salud de la población.

Es importante resaltar que la información acerca del pueblo Ette Ennaka es escasa, a diferencia de otros pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, que han sido objeto de múltiples investigaciones. En este contexto, se constituye en objeto de investigación la situación de salud de la primera infancia del pueblo indígena Ette, desde una perspectiva intercultural construyendo con esta comunidad un análisis de la situación de salud de sus niños; de acuerdo a las percepciones de los entes directamente involucrados en la atención a la niñez, como sus padres o cuidadores, los líderes indígenas

o cabildos, médicos tradicionales, e incluso actores del sistema de salud que realizan intervenciones en esa comunidad. Esto permitirá la priorización de problemas en salud para el planteamiento de estrategias e intervenciones eficaces, coherentes con el pensamiento Ette y pertinentes a sus necesidades en salud.

La presente investigación deriva del proyecto “Propuesta de un modelo de salud desde los enfoques salud intercultural y enfermería transcultural para la población indígena Ette Ennaka del departamento del Magdalena”, aprobado y financiado por Colciencias en la convocatoria 744 del año 2016, para proyectos de Ciencia, tecnología e innovación en Salud, con código141574456012.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ¿Cuáles son las características de la situación de salud de la niñez Ette Ennaka, que está en la primera infancia, en el asentamiento Narakajmanta de Santa Marta (Magdalena), en el 2018; para la construcción de un Análisis de Situación en Salud desde una perspectiva intercultural?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Caracterizar la situación de Salud, de la primera infancia Ette Ennaka en el asentamiento Narakajmanta en Santa Marta (Magdalena), 2018; para la construcción de un Análisis de Situación de Salud desde una perspectiva intercultural.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el contexto territorial y demográfico de niños entre los 0 y 5 años de edad.
- Identificar las características esenciales de la niñez de la primera infancia y sus condiciones de vida.
- Identificar los principales problemas de salud de los menores entre 0 y 5 años, bajo el enfoque intercultural.
- Conocer la percepción de la comunidad frente a las problemáticas de situación de salud de los niños de su etnia.
- Proponer vías de resolución de problemas de salud que afectan a los niños y niñas entre 0 y 5 años, partiendo de la priorización de las situaciones en salud.
- Proponer vías de resolución de problemas de salud que afectan a los niños y niñas entre 0 y 5 años, partiendo de la priorización de las situaciones en salud.

3. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto surge como respuesta a la urgencia de continuar acciones para lograr los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); específicamente, el de reducir la mortalidad en la primera infancia, ya que, aunque se obtuvieron logros significativos en el alcance de los Objetivos del Milenio (ODM), todavía siguen existiendo grandes brechas entre regiones y al interior de los países [19, 20].

Por consiguiente, este estudio se encuentra alineado con los ODS y con el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 de Colombia, que proponen garantizar una vida sana y la reducción de las desigualdades, en especial la reducción de la mortalidad infantil en menores de 5 años [20,21]. Los resultados dan cuenta de la situación de salud de la primera infancia de la comunidad indígena Ette Ennaka, bajo un enfoque intercultural, brindando un insumo importante a los actores de los sistemas de salud tradicional y occidental para la implementación de un Sistema de Salud Indígena que apunte a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los niños Ette Ennaka, así como el mejoramiento de otros indicadores de salud.

A nivel de generación de conocimiento, éste trabajo permite realizar aportes para la construcción de ASIS interculturales en pueblos indígenas en Colombia, ya que está basado no solamente en indicadores epidemiológicos, si no que da cuenta de la percepción indígena; respondiendo así a la imperiosa necesidad de interpretar datos provenientes de poblaciones indígenas bajo una perspectiva coherente con su concepción salud-enfermedad, al involucrar el contexto epidemiológico, pero también el componente ambiental y sociocultural. De esta manera se realiza un abordaje global de todos los elementos que caracterizan la salud de la primera infancia para acercarse a una comprensión más real de su estado de salud, con la visión de que en futuro próximo se implementen modelos de salud interculturales caracterizados por estrategias de mejoramiento de la calidad de la salud acordes con el pensamiento indígena.

4. MARCO TEÓRICO

Hablar sobre los niños indígenas y su proceso de atención en salud individual y colectiva junto con sus resultados en salud, es reconocer la existencia de comunidades que han sido invisibilizadas política, social, económica y culturalmente. La presente sección está dedicada a explorar el marco epistemológico del ASIS y la interculturalidad.

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD -ASIS-

4.1.1 Definición: Los ASIS son:

“procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes; sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados, y la evaluación de su impacto en salud” [22].

A través de éstos se pueden identificar y priorizar las necesidades en salud de una población para el diseño de programas e intervenciones que apunten a resolver los problemas de salud identificados. Por consiguiente, los ASIS se convierten en herramientas que permite diagnosticar la situación de salud desde una perspectiva holística, ya que no sólo dan cuenta de los procesos salud-enfermedad, sino que además integran el estudio de las características demográficas y condiciones de vida de las poblaciones, con un enfoque diferencial, para estimar potenciales desigualdades enmarcadas en el contexto histórico, territorial, social, cultural, político y económico de cada grupo poblacional [22].

4.1.2 Marco epistemológico de los ASIS. Los procesos de construcción de los ASIS se han venido desarrollando bajo diferentes enfoques teóricos y modelos conceptuales, de acuerdo a la comprensión de la relación entre el proceso salud-enfermedad y sus determinantes. De manera que se ha ido avanzando en el concepto de salud, ya no como el resultado de la interacción de elementos biológicos, sino como un fenómeno de carácter

social, dado por las condiciones de vida y la participación social de los pueblos en su propio desarrollo.

El ASIS está enmarcado en el paradigma de la producción social de la salud (PSS), propuesto por Morris, que plantea el entendimiento de la realidad, desde una perspectiva integral de las áreas que competen al ser humano como individuo, pero también como parte de una sociedad. Este enfoque marca el principio para entender la salud como un fenómeno social determinado no solamente por elementos orgánicos o biológicos, sino también por las condiciones sociales y económicas que inciden sobre las poblaciones, requiriendo un marco transdisciplinar para entender un proceso tan complejo. [23].

Otro principio que sustenta el ASIS, es el de la incertidumbre, propuesto por Heisenberg, el cual plantea que existe una variabilidad en todo lo que queremos medir; por lo cual no se puede evaluar la magnitud y posición de cualquier evento de interés social mediante una sola disciplina, sino que es necesario un enfoque multidisciplinar para entender su verdadera dimensión [24].

La teoría de la complejidad abrió un nuevo camino a enfoques teóricos, como el de causalidad, de Mac Mahoon, que sustenta que las relaciones entre las causas de un proceso forman una estructura compleja difícil de ser entendida a plenitud [25]; la ecoepidemiología, propuesta por Mervyn Susser, que argumenta que al analizar el fenómeno de la salud se deben considerar diferentes niveles de organización (biológico, individual, grupal, social), dando una nueva forma de entender la epidemiología: la epidemiología social [26]. También autores como Nancy Krieger, seguidora de Susser, expresa la prioridad que debe darse al monitoreo de las desigualdades sociales en salud, teniendo como base la epidemiología social, en donde los datos disponibles estén discriminados por género, etnia, edad o cualquier otro grupo poblacional con vulneración económica y social, para medir el avance en la meta de reducir las desigualdades sociales en salud [27].

En Latinoamérica se dio el surgimiento de la medicina social, a través de líderes políticos como Salvador Allende en Chile, que dio aproximaciones para la comprensión de los

condicionantes sociales de la salud, explicando que la salud de una población depende directamente de su condición socioeconómica [28].

Posteriormente, Jaime Breilh, propuso el concepto de los determinantes sociales de la salud, y que actualmente son la base fundamental de los ASIS. A través de este nuevo paradigma argumenta cómo la epidemiología causal, al igual que la epidemiología eco-social; no resultan suficientes para entender las relaciones entre las condiciones de vida, el sistema social y la salud misma; ni para explicar las diferencias existentes en la vulnerabilidad de distintas clases sociales a un mismo riesgo; así como las relaciones naturaleza-sociedad y su influencia en la salud colectiva. Por consiguiente, propone, entonces, el método de la epidemiología crítica como la apropiada para entender el proceso de salud-enfermedad de los colectivos [29].

De acuerdo a lo anterior, el proceso de construcción del ASIS, cuyo propósito principal es servir de insumo para el desarrollo de planes y políticas en salud, debe estar fundamentado en un enfoque epidemiológico crítico, que permita no sólo la comprensión de la complejidad de las interacciones biológicas, sociales, culturales e históricas, sino también la priorización de los problemas del colectivo; ya no entendido como una población, tal como lo hace la epidemiología convencional, que lo define como una simple sumatoria de individuos, sin distinguir particularidades que den cuenta de las desigualdades sociales.

Adicionalmente, la epidemiología crítica de Breilh encuentra puntos comunes con el saber de los pueblos indígenas; “el modo de vida saludable”, descrito por el autor, sobrepone el modo de vida de la comunidad antes que los estilos de vida personales. Esta concepción resulta significativa en la cosmovisión indígena, donde la salud es concebida como un bien colectivo; así mismo la preeminencia de lo saludable y protector en el método de Breilh, se alinea con la concepción de lo bueno, natural, bello y placentero del pensamiento indígena. Por lo anterior, este método sustenta en gran parte los ASIS interculturales [30].

El presente estudio se fundamenta también en la llamada epidemiología intercultural, la cual no analiza únicamente lo establecido institucionalmente, sino los códigos o categorías creados socioculturalmente, para la identificación de los factores de protección, destrucción o amenaza del equilibrio de los colectivos. Consecuentemente, este método permite una

doble mirada, en sentidos que algunas veces resultan opuestos, pero que pueden encontrarse para establecer puntos de negociación entre el sistema occidental y el sistema tradicional, permitiendo la producción social de la salud, expresada en el bienestar común dentro de una sociedad pluricultural [31].

4.1.3 Aspectos metodológicos para la construcción del ASIS en Colombia

El proceso de construcción del ASIS comienza con unas entradas o insumos consistentes en una gestión de datos provenientes de censos, registros administrativos, bases de datos, encuestas, cartografía social o cualquier otro dato que aporte información relacionada con la salud de una comunidad o sus determinantes. Luego de la etapa de recolección se realiza la transformación de los datos obtenidos, a través de métodos de análisis y modelos de presentación de la información analizada. Finalmente se da un proceso de consolidación y sistematización y divulgación de los resultados [32].

La metodología planteada para la construcción del ASIS en las entidades territoriales de Colombia está basada en una macroestructura que consta de tres partes o capítulos fundamentales: el primero abarca la caracterización de los contextos territorial y demográfico; el segundo, el abordaje de los efectos de salud y sus determinantes: análisis de la mortalidad, morbilidad y de los determinantes sociales de la salud; y el tercero, la priorización de los efectos de salud [32].

Para la caracterización del contexto territorial se definen indicadores de localización, características físicas del territorio y accesibilidad geográfica; en la caracterización del contexto demográfico se describen indicadores de tamaño y volumen poblacional, estructura y dinámica demográfica y movilidad forzada. En el análisis de los efectos de salud y sus determinantes se estiman tasas de mortalidad por causas y grupos poblacionales. Así mismo se estima la morbilidad, según la lista establecida por la OMS, los eventos agudos y crónicos de alto costo, precursores, y de notificación obligatoria; y la discapacidad [25, 32].

Por último, se realiza un abordaje de los determinantes intermediarios de la salud (circunstancias materiales, factores conductuales, psicológicos y culturales, sistema

sanitario), y estructurales de las inequidades en salud (biológicos, estrato, etnia, raza, nivel educativo, ocupación, ingresos) [25,32].

En la etapa final del ASIS se brinda un espacio para que la entidad territorial priorice sus problemas en salud, basado en los resultados del análisis de los efectos de salud y sus determinantes sociales, con el fin de formular planes y políticas en salud.

4.1.4 Limitaciones de la metodología ASIS para grupos étnicos-indígenas

Como se mencionó anteriormente, el proceso de construcción del ASIS en Colombia se hace bajo diversos enfoques, señalando el enfoque diferencial, como uno de los más fundamentales, por reconocer las diferencias entre los grupos poblacionales y dirigir su mirada a las poblaciones sometidas a exclusión social y vulneración de sus derechos. Este enfoque tiene dos dimensiones: el enfoque por ciclo vital y el enfoque étnico; este último abarca seis etnias reconocidas, cada una diferenciada por tener su propia historia, ancestros, mitos, religión, lengua y características físicas: indígenas, afrocolombianos, raizales, negros, palenqueros y Rroms (gitanos) [32].

4.2 INTERCULTURALIDAD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Iniciativa de Salud por los Pueblos Indígenas, se ha propuesto abordar de una manera sistemática los problemas que aquejan a las poblaciones indígenas. La falta de conocimiento que el talento humano en salud convencional tiene de la medicina tradicional indígena y la concepción salud enfermedad deriva en un diagnóstico de la situación de salud que no se ajusta al estado real de salud y dista mucho de la perspectiva indígena, arrojando como consecuencia la ineficacia de los modelos de salud y planes de mejoramiento, ya que muchas veces éstos constituyen una verdadera amenaza para los principios culturales de estas comunidades étnicas [33,34].

El término interculturalidad significa “entre culturas” y supone un intercambio equitativo. “La interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno

de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales” [33]. Consecuentemente, se propone romper con la hegemonía de una cultura sobre otra e intenta resaltar y a la vez reforzar la identidad cultural de cada pueblo.

La interculturalidad en salud cobra importancia cuando se es consciente de las particularidades que tiene cada pueblo indígena en la concepción salud-enfermedad. Es así como existe para cada etnia un conjunto de enfermedades que sólo pueden ser estudiadas desde la perspectiva de la medicina tradicional indígena, basada en la concepción particular de cada pueblo [34].

La salud intercultural puede efectuarse desde tres frentes operativos que terminan siendo progresivos: La salud intercultural como acción-movilización, la salud intercultural como gestión y la salud intercultural como cambio. En el desarrollo de este estudio se sentaron las bases para el tercer frente, que reúne esfuerzos de intercambio de saberes para dar lugar a la verdadera salud intercultural. A través del análisis de situación de salud se dio lugar a la interacción entre la percepción de la comunidad indígena, y la óptica epidemiológica, trabajando en común en la definición y priorización de problemas; para la búsqueda y optimización de recursos en el cumplimiento de los compromisos y acciones y en la evaluación de los planes de mejoramiento de la calidad de la salud para encontrar respuestas comunes. [34,35].

Es preciso entonces, un trabajo profundo desde el punto de vista, no sólo, teórico, sino metodológico que ayude a descifrar los problemas que impiden la integración de los sujetos para lograr una transformación social. Así mismo, la construcción de la interculturalidad supone no sólo la suma de las diferentes perspectivas de quienes integran una sociedad, sino una mirada global y analítica donde se pueda profundizar en las distintas perspectivas de los sujetos actores de la sociedad, y éstas puedan recrearse y a la vez multiplicarse [33].

El ejercicio de una verdadera interculturalidad exige no sólo acciones a nivel de las poblaciones indígenas sino la trascendencia de este concepto a las entidades gubernamentales para que se pueda no solamente implementar modelos de atención intercultural, sino que de manera simultánea emerjan y se adopten herramientas complementarias como la vigilancia epidemiológica intercultural [34]. Para lograr lo anterior

se requiere superar algunos problemas en el sistema de notificación en salud , tales como la falta de categorización de los datos en los sistemas de vigilancia epidemiológica y encuestas de salud por grupo étnico, la complejidad de los formularios de información epidemiológica, la baja calidad en el registro de eventos de notificación obligatoria o de alto costo y por último, el nulo reconocimiento de los promotores de salud indígena como fuente importante de información epidemiológica, ya que ellos son los que pueden dar cuenta de los casos de morbilidad y mortalidad que no fueron atendidos por el sistema convencional [33,34,35]. Lo anterior es descrito en este trabajo investigativo, donde se demuestra que las fuentes secundarias no resultan suficientes para dar información acerca de los indicadores de salud indígena en la población Ette Ennaka.

El trabajo intercultural es la base para el desarrollo del “multiculturalismo crítico y democrático”, que se origina en el reconocimiento de la visión y derechos culturales de cada pueblo. Si se quiere construir democratización y equidad será necesaria una “visión cultural solidaria” sustentada en el análisis con enfoque intercultural [33]. Finalmente, la interculturalidad supone un reto, que consiste no en buscar que tienen los “unos” en particular con los “otros”, sino en descubrir entre dos o más culturas, elementos que puedan ser adaptados para ayudar a superar las inequidades sociales [34].

5. ESTADO DEL ARTE

5.1 CONTEXTO DE SALUD EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS

La ONU ha estimado que los pueblos indígenas ocupan los primeros puestos a nivel de pobreza, desempleo, analfabetismo y baja calidad en salud. Específicamente en el aspecto de salud, la esperanza de vida de algunos pueblos indígenas es alrededor de 20 años menos que los demás pueblos. En cuanto a las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el SIDA, la malaria, entre otras enfermedades infecciosas, se ha evidenciado que afecta de forma desproporcional a los indígenas. Así mismo la mortalidad materna e infantil tiene tasas que superan sustancialmente la de otros pueblos, aspecto que va en detrimento de estas comunidades, ya que los niños representan el futuro de todo pueblo y la mujer representa, sobre todo en los pueblos indígenas, el poder de la vida, la protección de la familia y una fuente de saberes que han sido heredados por generaciones y que son claves para la permanencia cultural de estos pueblos [36].

En Colombia, los indígenas han tenido que luchar política y socialmente para poder obtener, y aún más, garantizar su derecho a la salud y aunque se han logrado grandes avances en aspectos jurídicos y políticos, que han permitido un aumento en la cobertura del aseguramiento en salud, a través de la ejecución de planes a nivel nacional y de las entidades territoriales, todavía se refleja una mala situación de salud marcada por las altas de mortalidad y morbilidad, principalmente infantil, que supera más de dos veces (2.79) la de población no indígena en Colombia. Así mismo la mortalidad materna ha alcanzado las 355,65 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Así mismo, las tasas más altas de letalidad por eventos de notificación obligatoria, se encuentran en esta población; por ejemplo, la tuberculosis extra-pulmonar y el tétanos neonatal [36,37]. Adicionalmente, al problema de calidad de vida y salud, se suman aspectos sociales como el desplazamiento forzado, causado por el conflicto armado, con 130.524 víctimas en la actualidad; y la exclusión social que someten a estas comunidades a un alto estado de vulnerabilidad [37].

A través de la Iniciativa de Salud por los Pueblos indígenas, más de 100 países han creado un marco normativo para la aplicación de la medicina tradicional, logrando el respeto y

posicionamiento de sus saberes ancestrales en un dialogo intercultural con el sistema occidental [37,38].

Sin embargo, en Colombia poco se ha logrado, a pesar de los avances en normatividad e investigación. Lo anterior, dado en parte por los intereses de los entes gubernamentales responsables de la gestión de la salud, que tienden, mediante sus políticas, a universalizar el concepto occidental de salud; la subestimación de la medicina tradicional por desconocimiento de la gran variedad de abordajes de los procesos salud–enfermedad en las comunidades indígenas, y del gran valor diagnóstico, pertinencia y efectividad de la medicina indígena; y el poca o nulo desarrollo de modelos interculturales que sustenten las bases de un sistema de salud intercultural [39,40].

5.2 SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA INDÍGENA

Según la Organización Mundial de la Salud, el término primera infancia se refiere a la etapa del ciclo vital que comprende desde la gestación hasta los 8 años de edad; en Colombia, este término comprende sólo niños y niñas hasta los 5 años de edad. Esta etapa es considerada la más importante en el ciclo de vida de un individuo. Diversos estudios han comprobado que el desarrollo temprano saludable en lo físico, socioemocional, lingüístico-cognitivo repercute de manera positiva a lo largo de la vida [41].

Uno de los indicadores más importantes para medir la calidad de vida de un pueblo o nación es la muerte de menores de cinco años, ya que refleja la situación nutricional y la disponibilidad, utilización y acceso a los sistemas de salud, evidenciando a la vez el ejercicio de los derechos humanos más fundamentales: el derecho a la vida y a la salud, por eso se constituyó en un aspecto fundamental de los ODM y actualmente sigue haciendo parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por esto resulta un aspecto fundamental la disminución de casos de mortalidad infantil en todos los países del mundo [42].

La situación de salud de la primera infancia indígena no ha mejorado sustancialmente a través de las décadas, aunque si bien ha disminuido, en Latinoamérica la mortalidad de niños indígenas supera en un 60% a la mortalidad de niños no indígenas. La desigualdad

aumenta al considerar la mortalidad en niños menores de 0 – 5 años, ya que puede alcanzar incluso el 70% [42,43].

La desnutrición, el inadecuado uso de la tierra, las enfermedades infecciosas y la falta de un tratamiento médico adecuado y oportuno son las principales causas de que los niños indígenas colombianos mueran antes de cumplir los 6 años. Más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se debe a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles. Entre 2009 y 2013 la población indígena registró un total 3.043 muertes en menores de cinco años para un promedio anual de 609 muertes. Aunque, la tasa de mortalidad descendió en 6,12%, para el 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 [11].

Sobre las causas de la mortalidad durante el periodo comprendido entre 2009 y 2013 la primera causa, que aportó el 16,79% (511 casos), fue la de los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal, no especificada; en segundo lugar, otras enfermedades bacterianas, con el 12,03% (366 casos) [11].

Acerca del comportamiento del indicador por departamentos, se observa que 17 de los 30 departamentos donde se presentaron muertes infantiles están por encima de la tasa nacional indígena que para 2013 fue de 30,44, de tal manera que Bolívar y Magdalena, presentaron las tasas más altas de mortalidad infantil. Para el Magdalena el número de muertes en menores de 5 años fue de 11 niños, aportando 1,79 muertes de niños indígenas menores de 5 años al total nacional [11].

5.3 ASIS INTERCULTURAL EN LOS PUEBLOS ANDINOS

Como una subdivisión del Organismo Andino de Salud (ORAS) se creó la Comisión Andina de Salud Intercultural, que dentro de sus propósitos impulsa la inclusión de todos los pueblos indígenas en los sistemas de información en salud de los países andinos; para disponer de datos específicos, y no generalizados, de cada pueblo indígena que habita en los países andinos. De esta manera se podrá contar con un sistema de registro de

información con un verdadero enfoque étnico para facilitar la construcción de ASIS interculturales. [44].

Particularmente, en el Perú se ha venido adelantando este proceso de construcción de ASIS mediante el diseño de herramientas metodológicas que han permitido analizar la situación de salud de algunas etnias de la Amazonía, obteniendo grandes resultados en la priorización de problemas y la creación de planes y políticas para superar los obstáculos en salud de forma amigable con su concepción, entorno y territorio [6].

La guía metodológica desarrollada en el Perú surgió de un trabajo mancomunado entre el Ministerio de Salud, la Dirección General de Epidemiología y los grupos indígenas, obteniendo excelentes resultados ya que se logró la realización de ASIS interculturales en los pueblos indígenas Shipibo-Konibo, Shawi, Aymara – PUNO, Nanti y en los pueblos de la Amazonía Peruana [45].

Cabe resaltar que en la construcción de los ASIS interculturales se logró la participación activa de actores claves de cada pueblo indígena en los talleres de consulta llevados a cabo en grupos focales que trataban cada componente determinante de la salud indígena: territorio y ambiente, economía, sociedad y cultura, salud-enfermedad, evaluación del sistema de salud, entre otros. Así mismo, incluyeron representantes del Ministerio de Salud del Perú con el fin de tener el diálogo intercultural. Es importante aclarar que fue clave en este proceso el contraste entre los datos cuantitativos, analizados por el método epidemiológico clásico, con la percepción de cada pueblo, respecto a su situación de salud [45].

Los ASIS al final dan cuenta de la concepción salud- enfermedad, muestran la percepción indígena acerca de la situación de salud, evalúan la respuesta de las entidades prestadoras de salud a las necesidades de la población indígena, evalúan también la capacidad de los recursos humanos, biológicos y de territorio con lo que cuenta el sistema de salud tradicional; y al final, dan lugar a la priorización de problemas sociales y de salud para la propuesta conjunta de estrategias al mejoramiento de la salud, basada en la negociación entre el sistema tradicional y el sistema convencional para lograr el ideal de la interculturalidad, garantizando el respeto por la cultura indígena.

En Colombia, se ha hecho un diagnóstico de salud del pueblo Wayuu, y se ha documentado acerca de las desigualdades de los Nasa [46]. Sin embargo, propuestas concretas para un modelo de atención en salud, sólo se han desarrollado para los Wayuu. Para este último, se realizaron talleres y reuniones con representantes del gobierno de Colombia y Venezuela para proponer un modelo de atención con perspectiva intercultural y binacional [47]. Experiencias de interculturalidad también se han tenido en el Ecuador, particularmente en el Cantón Loreto [48].

5.4 MARCO NORMATIVO DEL ASIS EN COLOMBIA

El proceso de ASIS comenzó a formalizarse en Colombia, a través del decreto 3518 de 2006, que estableció que debía basarse en la información provista por los sistemas de vigilancia en salud pública y otro tipo de informaciones demográficas y sociales que aportaran a la priorización de problemas en salud pública [49].

También, la creación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), por la Ley 1122 de 2007, en la que se estableció la importancia de contar con un perfil epidemiológico para definir las necesidades principales en salud para la orientación del PNSP [50]. Posteriormente el Decreto 3039 de 2007 en su capítulo IV y VI enfatiza la importancia del ASIS para los planes de desarrollo y la responsabilidad de los actores en salud para su estudio y divulgación en las entidades territoriales [51].

Así mismo la resolución 425 de 2008, que determina la construcción de diagnósticos en salud en las entidades territoriales [52]; el decreto 4107 de 2011, que crea la Dirección de epidemiología y Demografía como entidad encargada de promover y liderar el proceso de ASIS [53]; la resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y se define el ASIS como su principal insumo para la estructuración de planes y programas en salud [54].

5.5 MARCO LEGAL DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD INDÍGENA EN COLOMBIA.

La normatividad colombiana relacionado con el Enfoque Diferencial Étnico ha ido evolucionando en el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, de la mano con el desarrollo de Convenios internacionales para la protección de estos pueblos. Las primeras reglamentaciones tuvieron diversas limitaciones para garantizar la autonomía de los pueblos indígenas, pero finalmente han permitido el desarrollo de lineamientos específicos para la implementación de planes y políticas que no sólo reconozcan el valor de la medicina tradicional, sino que permitan un enfoque diferencial en la atención de estas poblaciones indígenas (tabla 1).

Tabla 1. Normatividad colombiana relativa al enfoque étnico y derechos en salud de los pueblos indígenas.

Reglamentación	Objetivo
Ley 89 de 1890	Reglamentar la organización de los cabildos y resguardos indígenas [55].
Decreto 1811 de 1990	Ratificar la autonomía de los pueblos indígenas; reconocer las autoridades tradicionales y la prestación del servicio de salud de forma gratuita [56]
Constitución Política de 1991	Reconocer la diversidad étnica y declaró la protección de los pueblos indígenas [57].
Ley 691 de 2001	Ratificación del Convenio Organización Internacional del Trabajo. Participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia [58]
Ley 1164 de 2007	Garantizar el derecho a todas las comunidades étnicas a proteger su salud mediante el reconocimiento y regulación de la medicina tradicional [59].
Ley 1438 de 2011	Incorporar el enfoque diferencial en la política nacional y regional. Establece que el Sistema de Atención Primaria en Salud, debe ser orientado por el principio de la "interculturalidad [60]

Decreto 1953 de 2014	Adoptar el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) [61]
Decreto 780 de 2016 (recoge la Resolución 5078 de 1992)	Definió la cultura médica tradicional como el conjunto de prácticas, valores y saberes que ancestralmente han servido a las poblaciones indígenas para prevenir, diagnosticar y explicar las enfermedades [62]

Fuente: Propia

A pesar de los grandes avances, el desarrollo de la salud intercultural en el país ha sido un proceso largo que todavía resulta insuficiente para llegar a un verdadero modelo intercultural de salud. En esto es evidente que todavía existe una hegemonía del conocimiento biomédico occidental sobre el saber indígena y su medicina tradicional ya que la materia prima principal para proponer un modelo de salud es el diagnóstico del estado de salud, y si éste se deriva de la aplicación de metodologías e instrumentos que no reconozcan la cultura y perspectiva indígena nunca será posible el mejoramiento de la salud de las poblaciones indígenas.

Dentro de este contexto jurídico, el Departamento Nacional de Planeación desarrolló en el año 2012 una guía para la implementación de planes y políticas nacionales y territoriales, teniendo en cuenta la variable étnica [63]. En el 2016 se expiden los lineamientos para la atención con enfoque diferencial a grupos étnicos en entidades territoriales. Lo anterior, con el fin de proveer orientaciones que permitan la incorporación del enfoque de derechos en las políticas, planes y programas nacionales y regionales para la atención diferencial de los grupos étnicos, de tal manera que se traduzca en estrategias específicas para grupos étnicos, y de esta manera generar las condiciones de igualdad de oportunidades y de desarrollo social integral [64].

5.6 SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL (SISPI)

El artículo 74 del decreto 1953 de 2014 define el SISPI como:

“el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es

fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas” [61].

El SISPI estimula entonces la participación de los pueblos indígenas en la construcción de su propio sistema de salud, pero no para constituirse en una estructura aislada, sino para armonizarse e integrarse con el sistema de salud colombiano. A través de él, los territorios indígenas podrán proponer e implementar acciones en salud pública, mejorar la gestión del riesgo, formar y capacitar los recursos humanos con los que cuenta la medicina tradicional, generar y usar su conocimiento en salud, crear o mejorar las estructuras involucradas en la prestación del servicio en salud y, sobre todo, preservar la salud propia, pero dentro del contexto de la salud intercultural [61].

La circular 11 del 5 de marzo del 2018, da directrices a los entes gubernamentales para avanzar en la construcción de la implementación del SISPI a nivel territorial, en diálogo con el SGSS, para propender el cuidado de la salud propia, pero también la puesta en marcha de la salud intercultural. Para lo anterior, se han propuesto encuentros entre actores del sistema de salud occidental, representado por el ministerio de Salud, las IPS indígenas; y el sistema de salud tradicional, representado por autoridades indígenas, médicos tradicionales, parteras, entre otros; con el fin de promover no sólo a valoración de la salud indígena; sino la educación, participación y negociación entre los diferentes entes involucrados en la prestación de servicios de salud a poblaciones indígenas [65].

Los principios que rigen el SISPI: accesibilidad, complementariedad terapéutica, reciprocidad e interculturalidad [65], reflejan la búsqueda de la integración entre la medicina tradicional indígena y la medicina convencional, en un ejercicio que sólo será posible a través de planes, programas y acciones derivadas de un ASIS intercultural que permita la evaluación de la situación de salud desde una mirada compleja, abarcando los aspectos epidemiológicos propios de la medicina convencional, pero también la percepción de las poblaciones indígenas de acuerdo a su cosmovisión y al contexto cultural, social e histórico que enmarca cada pueblo.

Cabe resaltar que el propósito del SISPI cobra fuerza dentro de la política de Atención Integral en Salud, dada a través de la resolución 429 de 2016; la cual retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud, con enfoque familiar y comunitario para garantizar la equidad en la atención en salud, basada en los principios de oportunidad, integralidad y calidad; a través de procesos de priorización de problemas llevados a cabo por las mismas comunidades [66, 67].

5.7 LOS ETTE ENNAKA – COSMOVISIÓN Y VIDA

Uno de los grupos étnicos de Colombia es la población Ette Ennaka, más conocidos como los Chimilas. Según el Censo poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 1.614 personas hacen parte de esta etnia, de las cuales el 52% son hombres (840) y el 48% mujeres (774) [9]. Dicha población corresponde sólo al 0,12% de la población indígena de Colombia. La lengua nativa de este pueblo se denomina Ette Taara y es hablada solamente por el 23,5% de la población, lo que corresponde en su gran mayoría a los líderes y ancianos. La mayor parte de la comunidad Ette Ennaka se encuentra ubicada en un resguardo en el municipio de Sabanas de San Ángel, que está dividido en dos territorios separados a su vez por varios kilómetros de tierra llamados, respectivamente, Issa Oristunna (con aproximadamente 1.551 Has) y Ette Butteriya (con 988 has) [68].

Los resguardos Issa Oristunna, y Ette Butteriya se encuentran ubicados en zona rural del municipio de Sabanas de San Ángel y constituyen tierras que en su mayoría son planas, de tipo sabana, con temperaturas altas y secas durante la mayor parte del año. Existe también un asentamiento ubicado en el Cesar (corregimiento Chimilla, municipio El Copey) [13,68]. En el caso de Santa Marta, el asentamiento recibe el nombre de Narakajmanta.

Las vías de acceso a los resguardos Issa Oristunna y Ette Butteriya constituyen vías terciarias no pavimentadas. El tramo principal que comunica a Sabanas de San Ángel con los dos resguardos es despavimentado y suele ser fuertemente afectado en épocas de lluvia, impidiendo el acceso de vehículos y motos, dejando como única opción a los indígenas el transporte en animales de carga y a pie. Aunque ambos resguardos se ven afectados, los habitantes de Ette Butteriya resultan ser los más perjudicados por ser un territorio un poco más alejado de la vía principal. La vía de acceso desde Santa Marta a

Narakajmanta constituye un camino de herradura, de terreno firme, sin embargo, en las épocas de lluvia se convierte en una vía en mal estado en la cual los vehículos no pueden transitar libremente. El costo aproximado del transporte hasta Santa Marta es de \$11.000 pesos, M/C [68].

Los Ette Ennaka se encuentran mayormente ubicados en el área rural (82,7%), cifra que resulta inferior al resto de población indígena del país, donde el 21,43% habitan en áreas urbanas. El analfabetismo alcanza más de la mitad de la población (52,5%), siendo mayor en los hombres. Así mismo, la disponibilidad de alimentos es incierta, aproximadamente el 13,1% de la población sufre al menos 1 día de ayuno a la semana [8, 59].

Desde los años 1994, 1995 y 1997 y 2000 la comunidad experimentó migraciones, por causa de la violencia ocasionada por el conflicto armado, diversas familias emigraron desde los resguardos en San Ángel hasta Santa Marta. En el año 2007 también se experimentó una nueva oleada de violencia que desalojó muchas familias en el resguardo Ette Butteriya, migrando muchas de ellas al asentamiento Narakajmanta [68,69].

La cosmología del pueblo Ette Ennaka está basada en la concepción del cosmos como una unidad conformada por varios estratos que van disminuyendo a través de ciclos destructivos marcados por cataclismos. Cada ciclo de destrucción está marcado en el tiempo dando lugar a nuevas eras. Precisamente, la guerra contra los españoles representa uno de los ciclos de destrucción que dejó como secuelas la violencia y decadencia del pueblo Ette. Los sueños tienen un lugar importante dentro de la cultura y la sociedad, a través de las interpretaciones de los sueños transmiten sus saberes a las generaciones y el mismo acto de soñar representa vivir la realidad de una manera profunda y privilegiada. Además, representan una manera de interactuar con deidades, ancestros y entidades sobrenaturales [13, 70].

La medicina tradicional está basada en el uso de plantas medicinales y es usada frecuentemente por el pueblo. Sin embargo, ha sufrido un impacto negativo debido a la pérdida progresiva que han sufrido de su territorio ancestral, lo que ha dificultado el acceso a plantas que por siglos han sido usadas en los ritos y curaciones. El tabaco es la planta

más usada, tanto por hombres como mujeres y se le atribuye un papel importante en las meditaciones, y en la protección del ser [13,68]

Las mayores dificultades que experimenta este pueblo están representadas en primer lugar por la carencia de control de su territorio ancestral, y la insuficiencia de tierras para la producción agrícola que garanticen su pervivencia física y cultural. Así mismo, la división de su actual territorio, en dos resguardos y tres asentamientos, no facilita la comunicación e integración como un solo pueblo y de alguna manera unos miembros de la comunidad se ven más privilegiados que otros en cuanto al acceso a las vías de comunicación. Lo anterior redundaría en el poco acceso a los servicios de salud; ya que, si bien se cuenta con una IPS propia, ésta se encuentra en el municipio más cercano y sólo atiende una vez por semana en cada resguardo y en un horario limitado. Esta problemática afecta directamente el estado de salud porque no se cuenta con personal de salud ni con atención primaria dentro del resguardo, presentándose una situación similar en el asentamiento Narakajmanta [68].

La comunidad ha sido objeto de la prensa notificando muertes y casos de enfermedades infecciosas en los niños, tales como la gripe AH1N1, lepra, tuberculosis y una dermatosis de la piel conocida como el prurigo actínico, lo cual sugiere una alta incidencia de morbilidad y mortalidad en esta población indígena [16,17,18].

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se desarrolló siguiendo una metodología mixta, llevada a cabo en dos etapas; la primera, contempló la recolección y análisis de los datos cuantitativos arrojados por el sistema de información en salud de Colombia; en la segunda, se recogieron y analizaron los datos de tipo cualitativo (entrevistas, grupo focales), con el objetivo de explicar y profundizar los datos cuantitativos de forma coherente con la cosmovisión indígena [71, 72].

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Mixto, diseño explicativo secuencial, y de corte transversal.

6.3 EMPLAZAMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló con integrantes de la comunidad étnica indígena Ette Ennaka, asentada en Narakajmanta en la vereda Puerto Mosquito de Santa Marta- Magdalena.

6.4 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA POBLACIONAL

La población Ette Ennaka asentada en Narakajmanta, constituye un grupo de 160 personas. La muestra poblacional consistió en un total de 119 personas, calculada con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, de los cuales 35 eran niños entre los 0 y 5 años.

6.5 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

El estudio se realizó en dos grandes fases: la primera bajo el método cuantitativo-descriptivo, analizando los datos provistos por el sistema de información en salud y la segunda, siguiendo la metodología cualitativa, al basar su análisis en la información obtenida en la comunidad.

6.5.1 Fase I - Componente cuantitativo-descriptivo. Para la realización de este componente se siguieron los lineamientos de la Guía metodológica para la realización del

ASIS, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [32]. Durante esta fase se realizó primeramente una recolección de datos de fuentes primarias y secundarias, y posteriormente, la caracterización de los contextos territorial y demográfico, el análisis de los efectos de salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

6.5.1.1 Recolección de datos. Para la búsqueda de información se tomaron únicamente las fuentes oficiales que registraban la variable étnica, y dentro de ella la población indígena. De acuerdo con lo reportado en el perfil epidemiológico de los grupos indígenas en Colombia, de las 41 fuentes disponibles en el Sistema de Información de la protección Social (SISPRO), sólo 21 reportaron la variable étnica, y de éstas sólo 9 tiene cobertura de datos de grupos indígenas [11]. Sin embargo, en las que se pudo obtener información referente a los Ette Ennaka fueron las siguientes:

- Registro de Estadísticas vitales – Defunciones DANE 2008-2017.
- Registro de Estadísticas vitales – Nacimientos DANE 2008-2017.
- Registro de estadísticas de afiliación a la salud, BDUA, DANE, 2017
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS 2013 -2018
- SIVIGILA 2009-2016 Salud.
- Registro de Población en situación de desplazamiento, 2018.
- Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS 2013-2018 de la EPSI Dusakawi.
- Registro de personas con discapacidad, 2017.
- Cuenta de Alto costo, VIH, 2017.

Adicionalmente, se elaboró un instrumento para la recolección de datos a nivel de la comunidad. Este consistía de una encuesta en la que se incluyeron variables demográficas, nutricionales, de efectos de salud (mortalidad y morbilidad), y respectivas a la cobertura del SGSSS y las condiciones socioeconómicas (anexo 1).

6.5.1.2 Caracterización del contexto territorial. Para la caracterización del territorio se describieron indicadores como la localización (límites geográficos y extensión territorial), las características físicas del territorio (altitud y relieve, hidrografía y zonas de riesgo,

temperatura y humedad) y la accesibilidad geográfica (vías de comunicación, tiempo de traslado y distancia en kilómetros desde la comunidad más alejada hasta la cabecera municipal).

6.5.1.3 Caracterización del contexto demográfico. La caracterización del contexto demográfico se realizó a partir de los datos recolectados en la aplicación de la encuesta. En este componente se estimaron indicadores relacionados al tamaño y volumen poblacional, la estructura demográfica (estructura poblacional por sexo y por edad). De igual manera, se identificó la población víctima de desplazamiento para la evaluación de aspectos como la movilidad forzada (tabla 2).

Tabla 2. Indicadores demográficos de tamaño, volumen y estructura poblacional

Tipo de indicador	Indicadores
Indicadores de tamaño y volumen poblacional	• Población total • Número de viviendas • Número de hogares por vivienda • Número de niños (0-5 años) por hogar • Número de niños (0-5 años) por vivienda
Indicadores de estructura demográfica	• Población masculina • Población femenina • Población total entre los 0 y 5 años • Población entre los 0 y 5 años masculino • Población entre los 0 y 5 años femenina • Grupo etario (en meses) de niños entre 0 y 5 años • Porcentaje de mujeres en edad fértil • Razón de niños (0-5 años): mujeres en edad fértil
Indicador de movilidad forzada	• Población víctima de desplazamiento

6.5.1.4. Análisis de los efectos de salud. Para la identificación y análisis de los efectos de salud se calcularon porcentajes de mortalidad y morbilidad de los niños entre los 0 y 5 años de edad. Sin embargo, la estimación de la mortalidad no fue posible a partir de las bases de datos de defunciones de los Registros de Estadísticas vitales del DANE, debido

a que no están discriminadas por grupo indígena específico. Como consecuencia, se aplicó la autopsia verbal¹. El instrumento utilizado para la realización de las autopsias verbales fue validado por el Instituto Nacional de Salud (INS) para estimar causas y porcentajes de mortalidad sentida en poblaciones vulnerables donde existe subregistro de mortalidad, al no registrar las defunciones ocurridas al interior de las comunidades.

Para el análisis de la morbilidad se tomaron los RIPS de la EPSI Dusakawi, para los años 2013-2018, determinando los porcentajes de causas de morbilidad, de acuerdo a la clasificación de la OMS, en grupos de causas y subcausas. Adicionalmente se analizaron los datos de talla y peso, recogidos durante las encuestas, para calcular los grados de desnutrición, de acuerdo a los valores de referencia de la OMS.

La longitud (cm) de los niños fue tomada con infantómetro y cinta métrica, y el peso con báscula de hasta 30 Kg (Salter Max). Primeramente, se evaluó la relación talla para la edad y posteriormente la relación peso/talla. De tal manera que cuando se encontraron valores que estaban por debajo de la mediana, los casos se clasificaron como desnutrición, de acuerdo a la desviación estándar (DE) < -1 DE, desnutrición crónica leve; < -2 DE, desnutrición crónica moderada, <-3 DE, desnutrición crónica severa.

6.5.1.5 Abordaje de los Determinantes Sociales de Salud. Se abordaron los determinantes intermedios y estructurales. Para los primeros, se estimaron indicadores relacionados con las circunstancias materiales (condiciones de vida y vivienda, acceso a servicios públicos, disponibilidad de alimentos, entre otros), y el sistema sanitario (hogares con acceso a servicios de salud, número de IPS habilitadas, coberturas de vacunación, etc). Para el abordaje de los determinantes estructurales se analizaron aspectos relacionados con los ingresos, el nivel educativo, y la ocupación.

6.5.2 Fase II – Análisis del ASIS desde una perspectiva intercultural. Para el análisis de la situación de salud, desde un enfoque intercultural, se tomó como referencia el

¹ Herramienta para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde cuando enferma hasta que fallece sin atención médica [61]. Es un instrumento de estudio del proceso enfermedad, atención en salud y muerte [73].

documento técnico “aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana” [6]. Esta guía aporta estrategias para realizar los ASIS, teniendo como base fundamental la concepción salud-enfermedad indígena.

En esta fase se llevó a cabo un abordaje cualitativo-descriptivo, a partir de grupos focales y entrevistas a miembros de la comunidad (líderes de la mesa de autoridades, médicos tradicionales, madres y padres de familia, traductores de la lengua Ette Tara, personal de atención a la primera infancia, que participaron en el estudio. En este ejercicio se analizaron las percepciones que se tienen acerca del proceso de atención de la salud en el SGSSS y de la atención brindada por la medicina tradicional indígena, con el fin de contextualizar el resultado en salud de los casos seleccionados.

6.5.2.1 Participantes en entrevistas y grupos focales. Las entrevistas y talleres de grupos focales se realizaron al interior del asentamiento Narakajmanta, con la participación de integrantes de la comunidad que fueron seleccionados como fuentes de información por el cacique indígena y la cabildo gobernadora. El componente temático, número y tipo de participantes de cada grupo focal se realizó de acuerdo a lo descrito en la tabla 3. Los grupos focales fueron desarrollados en un tiempo de 40 minutos cada uno.

6.5.2.2 Metodología para entrevistas y grupos focales. Las entrevistas fueron semiestructuradas, focalizadas en la concepción salud–enfermedad y particularmente en la salud de los niños indígenas [64]. Estas se realizaron con base en los resultados más relevantes del perfil epidemiológico de los niños de la comunidad Ette Ennaka. Se elaboró un guion temático de la entrevista (anexo 2), que incluyó una serie de preguntas dirigidas a conocer la concepción de salud-enfermedad, las características físicas y habilidades que son consideradas como propias de un niño sano, las metodologías culturales empleadas para diferenciar entre un niño sano y uno enfermo, los requerimientos y condiciones necesarias para la buena salud de los niños, el significado y uso de la lactancia materna y la percepción de la vacunación como estrategia para prevenir enfermedades. En este proceso se tuvo el acompañamiento de un indígena traductor de la lengua Ette Tara. Finalmente, se realizaron 6 entrevistas, 3 a la fuente 1 (padres y madres de familia) y 3

amiembros de la fuente 2 (autoridades tradicionales, profesores, personal de atención a la primera infancia), con un promedio de duración de 20 minutos cada una (tabla4).

Tabla 3. Distribución de temáticas y participantes en grupos focales.

No.	Grupos Focales	No. participantes	Tipos de participantes
1	Grupo Territorio y cultura	5	Cacique indígena, cabildo gobernadora, médico tradicional, autoridades tradicionales (ancianos) (2)
2	Grupo Recursos naturales y Seguridad alimentaria	6	Padres (2), madres (2) Cabildo gobernadora, cacique indígena
3	Grupo Economía	6	Padres (3), madres (2), cabildo gobernadora
4	Grupo Cambio sociales	7	Cacique indígena, autoridades tradicionales (2), profesor centro educativo y de lengua Ette Tara, miembros de la comunidad (2).
5	Grupo Salud- enfermedad	6	Cacique indígena, cabildo gobernadora, coordinador de atención a la primera infancia, madres (2), padres(2)
6	Respuesta social	6	Cabildo gobernadora, coordinador de atención a la primera infancia, madres (2), padres(2).

Para el desarrollo de los grupos focales se tomó como documento orientador el Plan Salvaguarda del Pueblo Ette Ennaka, en el cual se realiza un diagnóstico, desde la misma percepción Ette, de la problemática sufrida en cuanto en territorio, derechos humanos, gobierno propio, economía y soberanía alimentaria, educación e identidad cultural [68]. Lo anterior sirvió como material de base para el abordaje de los factores determinantes de la salud Ette, el proceso salud-enfermedad y la respuesta social a los problemas de salud en la comunidad de Narakajmanta.

Para cada uno de los componentes del ASIS intercultural se conformaron en total 6 grupos focales. En el abordaje de los factores determinantes de la salud se conformaron 4 grupos, cada uno con una temática específica: los problemas relacionadas con el territorio, la alimentación, la economía y los cambios sociales. Para abordar el proceso salud-

enfermedad, específicamente sobre los problemas de salud que la población ha identificado en los niños, y evaluar la prestación de servicios de salud, se conformaron dos grupos focales. La discusión se realizó a través de las técnicas metodológicas: lluvias de ideas, análisis DOFA y árbol de problemas [6, 74].

Tabla 4. Tipos de Fuentes y criterios para las entrevistas.

Tipo de fuente	Criterios	No. Entrevistas
Fuente 1 Madres, padres y/o cuidadores de los niños que participaron en el estudio.	• Madre, padre o cuidador de niño menor de 5 años que ha estado enfermo en los últimos 2 años o que sea un caso relevante del perfil epidemiológico realizado. • Padre o madre de niño que ha sido atendido en institución de servicio de salud del municipio y/o por el médico tradicional. • Convive o ha convivido con el niño hace más de dos años. • Es residente en el asentamiento Narakajmanta.	3
Fuente 2: Informantes clave identificados a partir de las referencias en los grupos focales.	• Funcionarios(as) de Servicios de Salud de las instituciones de salud que prestan servicios de salud u otros servicios sociales a los indígenas Ette Ennaka asentados en Narakajmanta. • Líderes de la comunidad indígena Ette Ennaka: cacique, cabildo indígena, integrantes de la mesa de autoridades, médicos tradicionales y parteras.	3

6.5.3 Fase de triangulación - Perspectiva Indígena/ Perspectiva Occidental

Los resultados de la fase cuantitativa y su componente epidemiológico se contrastaron con los hallazgos en la fase cualitativa para encontrar diferencias, semejanzas o puntos de

congruencia, entre la mirada occidental y la perspectiva indígena; respecto a la concepción del proceso salud-enfermedad, la significancia e influencia de los factores determinantes de la salud y la respuesta social dada a los problemas de salud de la comunidad Ette Ennaka asentada en Narakajmanta.

6.6 CATEGORÍAS ANALÍTICAS/VARIABLES

Para el componente cuantitativo descriptivo en el ASIS de los niños entre 0 y 5 años se tuvo en cuenta las categorías y variables descritas en la tabla 5.

Tabla 5. Categorías y variables analíticas.

Categoría	Variable
Contexto territorial	
Características físicas	Extensión territorial
	Altitud y relieve
	Hidrografía
	Temperatura
	Humedad
Accesibilidad geográfica	No. Vías de comunicación pavimentadas
	Tiempo de traslado desde la comunidad hasta la cabecera municipal
	Distancia (Km) desde la comunidad hasta la cabecera municipal
Contexto demográfico	
Estructura demográfica	No. Población total
	No. Población masculina
	No. Población femenina
	No. niñas
	No. de niños
	Edad (meses)
	Sexo
	No. hogares por vivienda
	No. niños (0-5 años) por hogar
	No. niños (0-5 años) por vivienda
	Razón de niños (0-5 años): mujeres en edad fértil

Análisis de indicadores de salud	
	Talla (cm)
	Peso (Kg)
Mortalidad	% Mortalidad perinatal, neonatal e infantil
	% Muertes por infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda
Morbilidad	% Morbilidad por grandes causas
	% Morbilidad por subgrupos de causas
	% Desnutrición
Determinantes sociales de la salud	
Condiciones socioeconómicas	Materiales de paredes y techos en las viviendas
	%Viviendas con disponibilidad de servicios públicos
	Nivel educativo
Seguridad alimentaria	No. días/semana con 3 comidas diarias (disponibilidad de alimentos)
	Tiempo de la lactancia materna
Acceso a los servicios de salud	% Afiliación a SGSS
	% Niños con coberturas de vacunación

6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se realizó bajo los principios de la declaración de Helsinki y cumplió con la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 [75], que establece que en la investigación realizada en seres humanos deben prevalecer la dignidad, la integridad, la seguridad y los derechos de los participantes del estudio. Se recibió aprobación del comité de ética de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta, que verificó la revisión de los protocolos de investigación y el cumplimiento del proceso de consentimiento informado. Posteriormente fue avalada por el Comité de posgrado de la maestría en Salud Pública de la Universidad Santo Tomás, sede Bogotá,

Así mismo se cumplió con los aspectos mencionados en el artículo 11, al establecer que la investigación tenía un riesgo mínimo, y que no afectaba la integridad física o mental de los participantes en el estudio. Adicionalmente, se realizó el cumplimiento del capítulo II mediante la realización de un acuerdo formal con las autoridades indígenas, bajo el cual se aprobó el estudio y se definieron los beneficios que la comunidad indígena Ette Ennaka esperaba del mismo.

El respeto a los principios morales y culturales fue crucial en este trabajo; otorgando una atención especial a la comunidad, en donde la consideración y cortesía, primaron como actitudes importantes en el desarrollo del estudio. También se procuró abstenerse de intervenir en aspectos que afectaran su privacidad y vida íntima, a menos que fuera indispensable para determinar los problemas de salud de esta población.

El respeto a la Autonomía, se evidenció cuando la comunidad en general, bajo la dirección del cabildo y la mesa de autoridades, decidieron qué actores se involucrarían directamente en el proyecto como colaboradores del mismo; además de permitir que cada indígena estuviera libre de participar en la investigación. Finalmente, la confidencialidad; que involucra el derecho que tiene la persona a que se respete el secreto en la información proporcionada al investigador, fue constante durante la ejecución del proyecto.

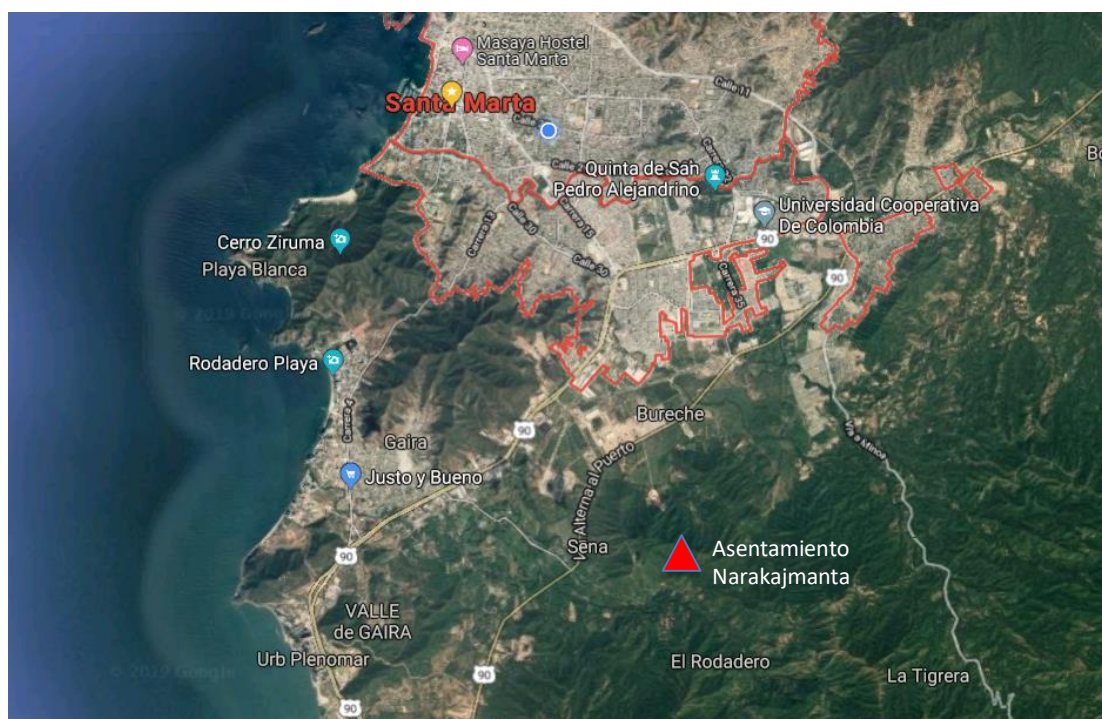
8. RESULTADOS

8.1 FASE I - COMPONENTE CUANTITATIVO-DESCRIPTIVO

8.1.1 Caracterización del contexto territorial

8.1.1.1 Localización y extensión territorial. El asentamiento Narakajmanta, está localizado en un terreno de 92 hectáreas, en una finca llamada anteriormente El Recuerdo, en la vereda Puerto Mosquito, zona rural de Santa Marta, sobre estribaciones noroccidentales de la Sierra Nevada (figura 1). El territorio fue habitado por los Ette Ennaka en el año 2002, gracias a las gestiones de los líderes indígenas y a cooperaciones internacionales. Sin embargo, la comunidad no cuenta aún con registro de escritura pública que oficialice el territorio como propiedad de los Ette y lo constituya en un resguardo indígena.

Figura 1. Localización asentamiento Narakajmanta.



Fuente: Google Maps, 2019, [76]..

8.1.1.2 Temperatura y humedad. El clima se caracteriza por ser cálido y seco, con una temperatura media anual de 28°C, que oscila entre los 23 y 34°C, la humedad relativa y la precipitación media anual corresponden al 77% y 362 mm., respectivamente. Existen variaciones climáticas, como es natural, por efectos de fenómenos meteorológicos que afectan la región.

8.1.1.3 Hidrografía. El territorio está a orillas del Río Gaira, el cual crece a en las montañas de la Sierra Nevada de Santa Marta y desemboca en Puerto Gaira en el Mar Caribe. Las crecientes originadas en épocas de lluvias (mes de octubre) han causado deslizamientos de piedras desde las montañas hasta algunas viviendas indígenas, por lo que constituyen un factor de riesgo que amenaza el bienestar de la comunidad durante el invierno en esta zona. A pesar de ello, el río constituye una ventaja importante para la comunidad, puesto que es su principal fuente de abastecimiento de agua para el consumo; y además se convierte en una fuente de diversión no sólo para la comunidad, sino para ciudadanos de Santa Marta que lo consideran como un buen balneario.

8.1.1.4 Vías de comunicación y tiempo de traslado. En cuanto a la accesibilidad y disponibilidad de vías de comunicación, para acceder desde Santa Marta al asentamiento, existe una carretera pavimentada llamada la “vía alterna”, que conduce hasta la entrada de la vereda Puerto Mosquito en un tiempo estimado, desde el centro de la ciudad, de 25 minutos. La vereda Puerto Mosquito no cuenta con vías pavimentadas que se caracterizan por ser muy pedregosas y rodeadas de pendientes. Para llegar al asentamiento es necesario tomar un vehículo que transite 20 minutos hasta la entrada que señala el territorio como asentamiento indígena de los Ette Ennaka, y desde allí caminar por espacio de 10 minutos por un camino pedregoso y resbaladizo hasta la zona donde se concentran las viviendas indígenas; en un total el trayecto es de aproximadamente 1 hora.

8.1.2 Caracterización del contexto demográfico. Se logró aplicar la encuesta a 119 personas de la comunidad indígena Ette Ennaka asentada en Narakajmanta, correspondiendo con la muestra poblacional establecida. Esto permitió conocer la distribución, estructura y características poblacionales.

8.1.2.1 Tamaño y estructura poblacional. El tamaño y estructura poblacional de los Ette Ennaka ha sido medido por diferentes entidades; existe un censo registrado por el DANE en el año 2005, otro realizado en el año 2012 por el Consejo Noruego para Refugiados (NCR) y un último establecido por la propia comunidad indígena en el 2013 para el diseño de su Plan de Salvaguarda, el cual fue presentado ante el Ministerio del Interior. El censo DANE reportó 1613 personas integrantes de esta etnia indígena en todo el país, el censo del NCR, 1471 indígenas; mientras que el censo elaborado por el Plan Salvaguarda, 2238.

La población está distribuida en zonas rurales y urbanas de diferentes departamentos de Colombia; sin embargo, los principales resguardos y asentamientos están localizados en los departamentos de Magdalena, Cesar y Guajira, principalmente; teniendo su mayor concentración en el primero, con los resguardos Issa Oristunna, Ette Butteriya y el asentamiento Narakajmanta.

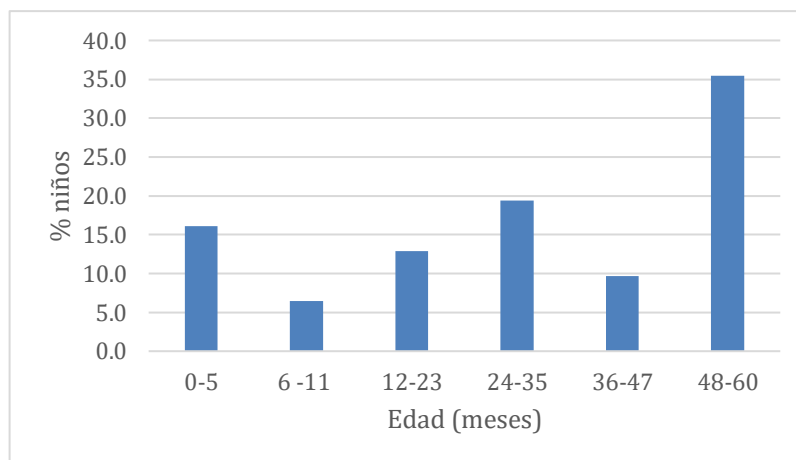
En el asentamiento Narakajmanta, objeto de este estudio; el censo del DANE (2005) mostró 89 personas indígenas residentes en Santa Marta. En el 2012 el censo realizado por el NCR (2012) reportó 130 personas y 27 familias y en 2013, el censo del Plan de Salvaguarda, 119 personas y 28 hogares. En este estudio se captaron 119 personas distribuidas en 32 viviendas, en las cuales habitaban 36 familias. El promedio de personas por hogar fue 5.1 y de hogares por vivienda 1.05.

La distribución por sexos y edad del total de indígenas residentes en Narakajmanta, mostró un predominio del sexo femenino, 55.5% (66) de mujeres frente a 44.5% (53) de hombres. La edad promedio de las mujeres fue 18.8 años, el porcentaje de mujeres en edad fértil (14-49 años) fue 43.3% y el promedio de embarazos por mujer 4.7, con un mínimo de 1 y un máximo de 12.

Respecto a los niños entre los 0 y 5 años, se obtuvo una cantidad de 35 niños, correspondiendo al 21,9% del total de la población residente en este asentamiento. En la distribución por sexo de este grupo se halló un predominio, no muy marcado, del sexo masculino, 54.3% (19); frente al femenino, 46% (16); sin embargo, la relación es de un niño por cada niña (1.19). La edad promedio de estos niños fue 30,1 meses, pero en la

distribución por grupos de edad (en meses), el grupo más frecuente fue el de los niños entre 48 y 60 meses (35.5%), seguido del grupo entre los 24 y 35 meses (19.4%) (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los grupos de edad (meses) de niños Ette Ennaka entre los 0 y 5 años



Fuente: Propia

La razón de niños (0-5 años) por mujer en edad fértil es de 0,96, o sea que por cada mujer en edad fértil hay aproximadamente un niño; y el promedio de niños (0 -5 años) por vivienda y por hogar es 1.1. y 1.0, respectivamente (tabla 6).

8.1.2.2 Movilidad forzada. Los niños Ette que están en la primera infancia son hijos de padres o nietos de abuelos desplazados por la violencia, ya que, según el Plan de Salvaguarda y las entrevistas realizadas a la población, el asentamiento Narakajmanta surge en el año 2002 como producto de la migración forzada de los Ette Ennaka desde los resguardos Issa Oristunna, Ette Butteriya y corregimientos aledaños al municipio de Sabanas de San Ángel (Magdalena) hasta Santa Marta. Lo anterior surgió como producto del conflicto armado; por una parte, la entrada de los grupos guerrilleros del siglo pasado a las veredas y pueblos de la región donde está localizado Sabanas de San Ángel, que produjo el reclutamiento de jóvenes indígenas Chimilas, mediante falsas promesas; y por otra parte, el surgimiento de grupos paramilitares en la zona entre los años 1994 a 1997 lo cual produjo enfrentamientos que provocaron altas migraciones principalmente en los años 2001 y 2007 [61].

El Registro único de Víctimas (RUV) evidencia un incremento de la migración por desplazamiento forzado, con un compromiso del 42% de la población indígena. Este dato es importante, debido a que el único grupo indígena que habita la zona son los Ette. Adicionalmente, en el 2007 la migración de indígenas correspondió al 83% (1492), alcanzando su máximo número.

Tabla 6. Indicadores demográficos de la población infantil Ette Ennaka (entre 0 y 5 años)

Indicador demográfico	n
Población total	119
Población masculina	53
Población femenina	66
Promedio de personas /hogar	5.1
Promedio Hogares /vivienda	1.05
Razón niños:mujer	0.96
Promedio de niños (0-5 años) por hogar	1.1
Promedio de niños (0-5 años) por vivienda	1.0
Población infantil masculina	16
Población infantil femenina	19
Edad (meses) promedio de niños	30.1

Fuente: propia.

8.1.3 Análisis de los indicadores de salud

8.1.3.1 Mortalidad. La búsqueda de información para el análisis de la mortalidad se realizó en los datos reportados por el DANE entre los años 2008 a 2018, a través del cubo de Estadísticas Vitales, que registra la información correspondiente a defunciones fetales y no fetales; pero en efecto, a pesar de que algunos datos revelan la pertenencia étnica indígena, no se encontró información desagregada por grupo indígena específico; que pudiera dar cuenta de la mortalidad de los Ette en Santa Marta. Además, la búsqueda, resultó más difícil

de lo esperado porque los Ette Ennaka no son el único grupo indígena que habita en Santa Marta.

Como una estrategia para la obtención de estos datos se recurrió al estudio de la mortalidad sentida, mediante el método de autopsias verbales; encontrándose 4 muertes de niños menores de 5 años, informadas para el período de 2010 a 2018. Estas muertes correspondieron al 25% de las muertes presentadas en el asentamiento durante este período. De las 4 muertes, 2 correspondieron a mortalidad perinatal, por nacimiento pre-término; las otras dos muertes fueron infantiles (un niño de 7 meses y una niña de 3 años), ambas por Enfermedad Diarreica Aguda.

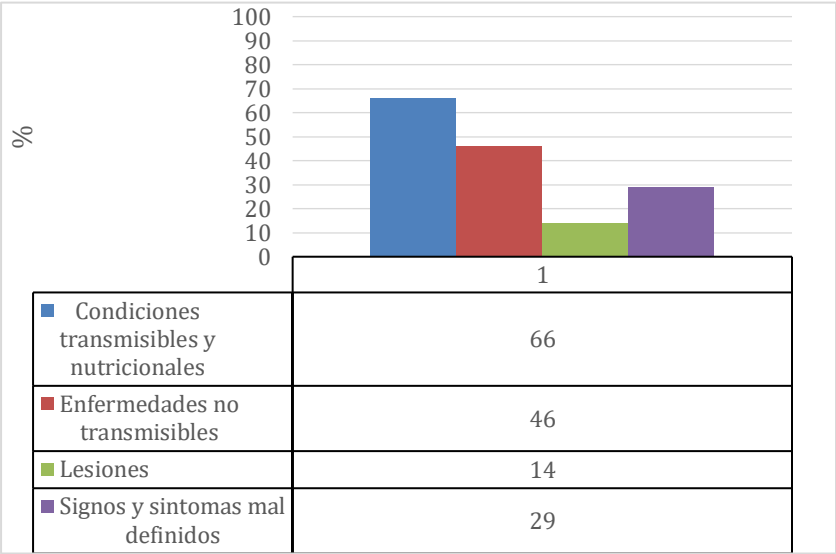
8.1.3.2 Morbilidad. La búsqueda de información de morbilidades se realizó en las bases de datos que contienen información de los RIPS de la EPSI Dusakawi. Para el hallazgo de los datos se filtró la información para indígenas Chimilas (Ette Ennaka) atendidos en Santa Marta, sin embargo, en la información obtenida no fue posible determinar si los datos pertenecían a indígenas residentes del asentamiento Narakajmanta, o procedentes de otros municipios del Magdalena, ya que en Santa Marta la institución de salud de alto nivel de complejidad, Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, presta sus servicios como IPS a toda la población Ette Ennaka en el departamento del Magdalena.

A pesar de ello, se estimaron las causas de morbilidad de niños Chimilas entre los 0 y 5 años, residentes en el departamento del Magdalena tomando los RIPS de la EPSI Dusakawi, desde los años 2013 a 2018, con el fin de tener una aproximación de las causas de morbilidad de la primera infancia en este grupo indígena específico, teniendo en cuenta que es un mismo pueblo indígena, y que las prácticas culturales y características sociodemográficas son similares en los diferentes resguardos.

De acuerdo a lo anterior, se realizó el análisis de la morbilidad por grandes causas, entre los años 2013 y 2018, encontrando que las condiciones transmisibles y nutricionales fueron las más frecuentes (figura 3), alcanzando más de la mitad de los casos (66%), de los cuales las infecciones respiratorias representaron el 62% (figura 4); sin embargo, éstas últimas representan, a nivel general, el 41% de los subgrupos de causas. Le siguen, el subgrupo

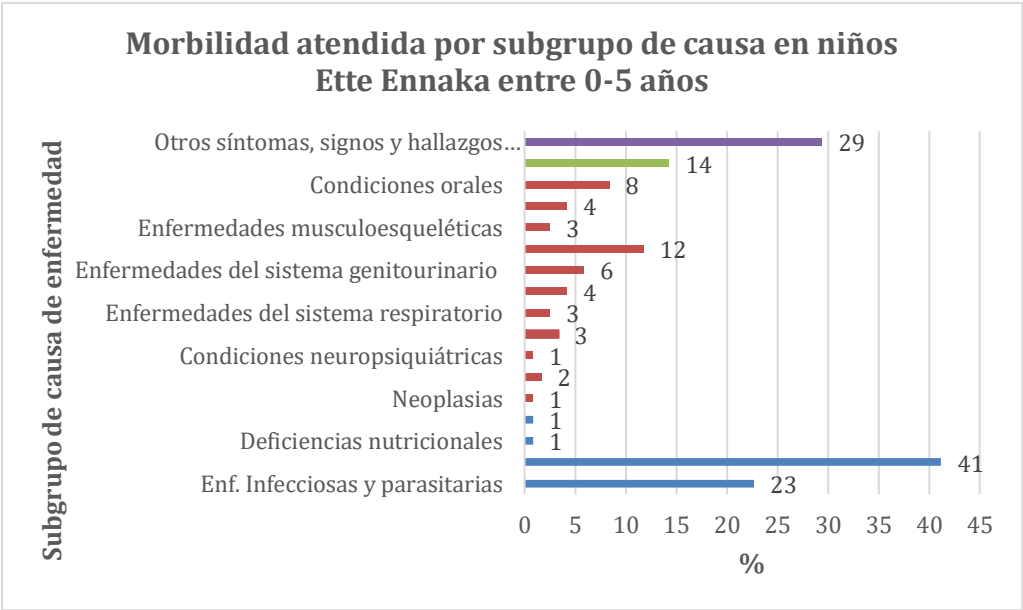
Signos y síntomas mal definidos (29%), y el subgrupo otras enfermedades infecciosas y parasitarias (23%) (figura 4). Otra causa frecuente son las enfermedades de la piel (12%).

Figura 3. Morbilidad por grandes causas en niños Ette Ennaka (0-5 años), 2013-2018



Fuente: propia.

Figura 4. Morbilidad por subgrupo de causas en Ette Ennaka (0-5 años), 2013-2018



Fuente: propia.

Sin embargo, estos datos no pueden atribuirse a niños indígenas del asentamiento Narakajmanta puesto que las bases de datos recogen la información de todos los niños Ette Ennaka distribuidos en los diferentes resguardos del Magdalena.

A pesar de ello se realizó el análisis de los datos antropométricos (talla, peso, perímetro cefálico, perímetro torácico), lo cual permitió concluir que el 17.1% tenían baja talla para la edad, 8.5% sufrían desnutrición leve (< -1 DS) y el 8.6%, desnutrición moderada (< -2 DS), de acuerdo a los valores de referencia de la OMS. En cuanto a la relación peso/talla un 2.9% presentaron denutrición leve (< -1 DS) y otro 2.9% desnutrición moderada. Sin embargo, es importante resaltar que sólo el 5.7% presentaron tanto baja talla para la estatura como bajo peso para la talla.

8.1. 4 Abordaje de los determinantes sociales de la salud

8.1.4.1 Seguridad alimentaria. Respecto de la lactancia materna, el 38.2% de los niños tuvieron lactancia materna exclusiva y el promedio de duración de la misma fue de 1,3 años. En cuanto a la disponibilidad de alimentos, el DANE registra que el 13.1% de la población sufre al menos 1 día de ayuno a la semana [9]; y en las encuestas realizadas el 75% de la población indicó no consumir las 3 comidas diarias.

48-60	35,5
TOTAL	

		Edad
Ma Cristina Pedroza Martinez	x	1
Sheila Sofia Pedroza	x	2
Usnaby Sandrith Ariza	x	3
Liliana Neiva Granados	x	3
valeri Juliana Martinez Neiva	x	4

8.1.4.2 Coberturas del SGSS. Respeto al acceso a servicios de salud. La afiliación a los servicios de salud fue el 100% al régimen subsidiado de salud, de los cuales el 71.4% pertenecía a la EPS Indígena Dusakawi y el 28.6% a otras aseguradoras del régimen subsidiado. La IPS indígena Gonawindúa presta los servicios de primer nivel de atención y los programas de Promoción y Prevención. En cuanto a la atención institucional del parto, el 66.7% de los nacimientos fueron atendidos institucionalmente, de los cuales el 16,6%

correspondieron a cesáreas. Finalmente, en la evaluación de la Cobertura de vacunación, se encontró que un 17% de los niños, no tenían el esquema de vacunación completo y tampoco asistían a los controles de crecimiento y desarrollo.

8.1.4.3 Recursos económicos. Un 15% de los varones, jóvenes y adultos (17-60 años) se encuentra empleado en fincas aledañas, principalmente en épocas de cosecha; el valor del jornal es de un promedio de \$15.000/ día, sin prestaciones sociales. El resto de la población masculina se dedica a hacer sus propios cultivos para mantener la alimentación básica de su familia. Las mujeres, madres de familia son en su mayoría artesanas (87%) y se dedican a tejer mochilas y otras artesanías para ofrecer en ferias de exposición, a través de la agremiación de mujeres tejedoras.

8.1.4.4 Condiciones de vivienda y servicios públicos. En la infraestructura de las viviendas se encontró que 41.7% poseían paredes de madera burda, tabla o tablón, el 33.3% de bloque, ladrillo, piedra, madera pulida y el 25% de zinc, tela, cartón, latas, desechos plásticos. En cuanto al material de los pisos el 66,7% de las viviendas tienen pisos de tierra y el resto de cemento.

Se evaluó también la disponibilidad de servicios públicos de energía eléctrica, gas, acueducto y alcantarillado encontrándose que sólo el 6,8% de las viviendas contaba con energía eléctrica y ninguna con el resto de los servicios públicos. El combustible utilizado para cocinar es la leña en el 92% de las viviendas.

Respecto al saneamiento básico, éste tampoco se hace efectivo, los indígenas tienen como principal fuente de suministro de agua, el río; o el agua que logran recoger en tanques de almacenamiento en épocas de lluvia; la primera es aprovechada para su acceso a las casas a través de un sistema de bombeo través de mangueras, pero únicamente a las viviendas que se encuentran en la cabecera del asentamiento. Por otra parte, el 69.2% de las viviendas cuentan con inodoro conectado a pozo séptico y el resto, no tiene servicio sanitario. La eliminación de basuras se hace a través de la quema.

8.1.4.5 Acceso a infraestructura de los servicios de salud. El asentamiento no cuenta con un puesto de salud propio, ni con promotores de salud por parte de la IPS; pero se

cuenta con un coordinador de atención a la primera infancia que está vinculado con una fundación que ejecuta programas de educación y promoción de la salud. Por otra parte, el acceso a las instituciones de salud, es difícil; para acceder a la más próxima se debe contar con un tiempo de 2 horas y 30 minutos, o de 1 hora si se toma un vehículo, esto en temporadas secas porque en épocas de lluvia puede tardar más. Sin embargo, la población no cuenta con un vehículo tipo carro que los transporte en casos de emergencia en salud, sólo el 5% de las familias cuentan con motocicleta, el porcentaje restante debe pagar un transporte en motocicleta que cuesta alrededor de \$5.000 (cinco mil pesos m/c) para acceder a la carretera principal y de allí tomar un vehículo de transporte público que tiene un valor aproximado de \$1.600 (mil seiscientos pesos m/c). El valor puede incrementarse si es necesario contratar un carro para el transporte de enfermos o ancianos.

La infraestructura de las IPS que prestan los servicios de salud es limitada, se cuenta con la IPS indígena Gonawindúa, de baja complejidad, que presta el servicio de consultas externas y actividades de promoción y prevención de la salud; y con el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, que presta los servicios de alta complejidad.

8.1.4.6 Acceso a educación: Todos los niños de 5 años se encontraban asistiendo a la escuela del asentamiento, en el grado de transición. Los niños menores de 4 años se encuentran en el nivel educativo tradicional *momate*, en el cual reciben instrucciones propias de la cultura, cosmovisión y vida indígena; esta es impartida por el Consejo de Mayores y los padres.

En cuanto a la escolarización del resto de encuestados, se encontró que en el grupo de los niños entre los 6 – 12 años se encuentran el 100% en básica primaria, del grupo etario entre los 11 y 15 años se encuentra sólo el 28% en bachillerato; del grupo entre los 16 a 20 años, se encuentra el 100% en bachillerato; del grupo entre los 21 a 26 años se encuentra un 24% en el nivel técnico.

El nivel universitario sólo se encontró en el grupo de edad entre los 27 a 31 años, con un 17%. El grupo entre los 32-37 años, tiene un 50% de personas en Bachillerato, pero ninguna en nivel técnico o universitario. Cabe resaltar que a medida que se avanza en los grupos de edades por encima de los 32 a 37 años se observa una disminución en el grado de

escolaridad al llegar al grupo de personas mayores de 52 años donde el nivel de escolaridad es del 0% (tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de Nivel educativo de la población indígena Ette Ennaka en Narakajmanta, 2018.

Edad	Nivel educativo										
	Primaria										Universitario
	Ninguna	Momate	Transición	1°	2°	3°	4°	5°	Bachiller	Técnico	
4		100									
5			100								
6-10				38	25	25		12			
11-15					0	12		48	28		
16-20									100		
21-26	20							11	45	24	
27-31								33	50		17
32-37						17	17	17	50		
38-42						50	30	20			
42- 47	50			50							
47- 51	50				50						
>52	100									100	

Fuente: propia.

8.2 FASE II - ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN INDÍGENA

La realización de los talleres de consulta, con los grupos focales permitió la percepción de la comunidad acerca de los factores que consideran como determinantes de la salud de los niños y del pueblo. Finalmente, se logró conocer los problemas de salud que la comunidad consideró como prioritarios de resolver, para que los niños gocen de salud y bienestar, de acuerdo a su cosmovisión y perspectiva indígena.

8.2.1 Factores determinantes de la salud percibidos

8.2.1.1 Territorio. El territorio se consideró fundamental porque representa la esencia misma del pueblo Ette Ennaka; citando directamente las palabras de un líder tradicional, se

evidencia la importancia del mantenimiento del mismo *“El territorio para nosotros es donde se recrea la cultura y permanece, porque ahí están los códigos, las señales y los símbolos, que es lo que nos da a nosotros el conocimiento para poder vivir e interactuar como hermanos, porque toditos somos hijos de Yaau”* (E1). En consecuencia, para los Ette Ennaka el territorio es el que permite la existencia del pueblo y su pérdida significa, la extinción de sus prácticas culturales y de su distinción como pueblo indígena. Del mismo modo es valorado como un regalo del dios *Naara Yao*, no sólo para su supervivencia, sino para el aprendizaje, ya que a través del conocimiento del territorio se adquiere la sabiduría para el mantenimiento de las prácticas y saberes culturales que son transmitidos generacionalmente.

Particularmente, el territorio donde se localiza Narakajmanta, es percibido por los líderes tradicionales como un terreno con pocos lugares sagrados en comparación con la gran cantidad con la que contaba su territorio ancestral; estos lugares son claves para el mantenimiento de la salud porque en ellos se logra una comunicación directa con Yao para recibir la sabiduría para la toma de decisiones importantes del pueblo, adquirir nuevos aprendizajes y obtener el conocimiento para la curación de enfermedades. Así mismo, en ellos se obtienen las plantas medicinales que usan en el tratamiento de las enfermedades que afectan al pueblo. Esta situación ha repercutido en la afectación de las prácticas médicas culturales, limitando la acción de los médicos tradicionales para curar las enfermedades y generando el desconocimiento y la desconfianza de las nuevas generaciones en la medicina tradicional (GF1).

8.2.1.2 Recursos naturales y seguridad alimentaria. La disposición de fuentes de agua y de tierra apta para la agricultura se consideraron factores importantes que impactan la salud del pueblo Ette. *“El agua tiene un gran valor espiritual para el pueblo Ette Ennaka. Los manantiales de donde nace el agua son sagrados, son la sangre de nuestra Madre Tierra* (E2).

La comunidad en Narakajmanta cuenta con el recurso del agua de manera constante porque está bordeada por un río; sin embargo, plantean que éste ha sido contaminado por los *wachas* (no indígenas), lo que ha afectado la salud de toda la comunidad, pero principalmente la de los niños.

Respecto a la disponibilidad de tierra apta para la agricultura, la comunidad dio a conocer que no cuenta con un terreno que permita la agricultura porque la tierra es considerada poco extensa, pedregosa y escarpada; lo que limita la agricultura tradicional, que normalmente está basada en la diversidad y rotación de los cultivos, sin el uso de agroquímicos; afectando así la seguridad alimentaria de cada familia; ya que los productos agrícolas son para el autoconsumo familiar. De la misma manera, consideran que el cambio climático es una reprensión de Yao por la contaminación y el maltrato de la tierra y la destrucción de sus lugares sagrados; lo que justifican en la baja productividad de sus cultivos (GF2).

8.2.1.3 El cumplimiento de la Ley de Origen. La obediencia a la *ley de origen*, instrucciones o consejos de las autoridades tradicionales, es considerada un factor principal que determina la salud de la población: *“Nuestra ley de origen son las normas que Yao nos manda, que debemos obedecer a las autoridades tradicionales y a nuestros padres para que nos vaya siempre bien en todo; también nos manda que debemos creer en los sueños para comunicarnos con Yao y tener armonía con él y así estar sanos tanto espiritual como físicamente”* (E1). Para los Ette el no cumplimiento de los ritos de bautizos de niños, el entierro de muertos y la despedida e inicio de un nuevo año acarrea malas consecuencias trayendo enfermedades o malas situaciones. De forma semejante, el no acatar las recomendaciones de los médicos tradicionales, como el no visitar ciertos lugares, el mantenimiento de ciertas posturas al comer, o el no dejar a los niños solos cuando se visitan lugares desconocidos; es percibido como la causa de muchas enfermedades. De tal manera que la enfermedad es concebida como un mal que ronda en el ambiente y que se puede contraer en ciertos lugares y momentos específicos.

8.2.1.4 El reconocimiento de la cultura y los derechos como pueblo indígena. Debido a los cambios sociales generados por el conflicto armado, que trajeron como consecuencia el desplazamiento de familias, desde los resguardos Issa Oristunna y Ette Butteriya en Sábanas de San Ángel (Magdalena), hasta Santa Marta, originando el asentamiento Narakajmanta; la comunidad planteó la importancia del reconocimiento de sus derechos como pueblo indígena para gozar de una buena salud y bienestar, ya que manifestaron que por causa de la violencia muchos de sus derechos básicos fueron vulnerados, hasta el punto que sufrieron la pérdida de algunas autoridades tradicionales, miembros de su familia

responsables del sustento económico, pero sobre todo la prohibición de su lengua, impactando negativamente en la transmisión de los saberes y prácticas culturales (GF1).

También resaltaron el desconocimiento de la cultura Ette por parte de funcionarios del Sistema de Salud colombiano, ya que se ven obligados a practicar algunas acciones que van en contra de su cosmovisión indígena; tales como la práctica de vacunación en niños, la realización de cesáreas y la toma de medicamentos químicos (GF1)

8.2.1.5 Economía familiar. Los cambios sufridos por los Ette Ennaka, a nivel territorial y social, han impactado también en la economía familiar; algunos padres de familia se han visto obligados a dejar la práctica tradicional de sembrado de sus propios cultivos para emplearse en fincas cercanas, como se mencionó antes. Además, resaltaron que esta actividad se da de manera irregular durante el año, solamente en las épocas de cosecha [GF3).

En efecto, en la mayoría de los hogares los padres manifestaron no contar con los recursos económicos suficientes, al menos para cubrir las necesidades básicas de la familia, lo que redundaba en la incapacidad de comprar medicamentos o de adquirir atenciones médicas que no cubre el Plan Obligatorio de Salud (POS); así como de acceder a los servicios de salud cuando se requiera, debido al requerimiento de pago de transporte (GF3).

8.2.2 Concepción del proceso salud - enfermedad

8.2.2.1 El significado Ette de la buena salud en los niños. Para los Ette Ennaka, los niños deben tener un buen entorno Ambiental y familiar, ya que esto los afecta a nivel físico y mental, es decir, gozar de la naturaleza que tiene su alrededor, ser libre de jugar, subirse en los árboles en las rocas o piedras de la madre Tierra, bañarse y jugar en el río. En cuanto a las diferencias entre un niño sano y uno enfermo, manifestaron que esto es percibido en su Pensamiento Ette, a través de la actitud y aptitud del niño, porque en la cultura la observación del comportamiento del niño es muy importante; cómo se mueve, cómo se desplaza en su entorno, si juega o no juega, si se comunica con sus padres, con las personas mayores, con las demás personas “*wacha*” hombre blanco y con los demás compañeros de su edad. *“Desde nuestro pensamiento Ette, el comportamiento es muy importante para saber si está bien o mal de Salud, si está bien de salud va relacionarse*

libre y de forma espontánea, no hay diferencia entre el género del niño sea masculino o femenino” (E3).

Es de resaltar la importancia del sueño en el niño, para los Ette un niño que no duerme se considera enfermo, ya que el sueño es vital para esta cultura porque a través de los sueños se comunican con el dios Yao *“Los niños en la cultura Ette sano puede ir al río solo a bañarse, puede lanzarse de una Piedra o Roca, subirse en un árbol, lanzarles piedras a los pájaros juega con la naturaleza libremente, si un niño hace esto es un niño sano, de lo contrario nuestros niños están enfermos, ya que estos permanecen en la casa no interactúan con la naturaleza están en el hogar con sus padres. También es importante resaltar el sueño en el niño, el niño que duerme está sano, lo contrario no está normal, está enfermo el sueño en nuestra comunidad es esencial es vital para estar sano” (E1).*

En cuanto a los cuidados y precauciones que debe aplicar el padre para que los niños no enfermen se considera fundamental la obediencia a las instrucciones de las autoridades tradicionales (caciques, médicos tradicionales, mesa de autoridades). Generalmente el Cacique manda a los padres de familia que deben dejar solos a los niños cuando estos puedan sentarse o gatear para que se desarrollen en su ambiente natural, *“la sobreprotección no existe porque el niño debe ser libre para que explore todo lo que brinda la Madre Tierra, bajo la supervisión de sus progenitores para que los niños desarrollen físicamente y mentalmente” (E1).* El Cacique acostumbra a visitar a los hogares sin avisar y recuerda la orientación y consejos para supervisar el cuidado y evitar que se pierdan las costumbres de crianza propias de la cultura, también interviene sobre estos aspectos en las reuniones de asamblea de la comunidad, las ceremonias espirituales y el centro educativo.

Una madre de familia expresó acerca de lo que más le gustaba hacer a los niños pequeños. *“Lo que más le gusta hacer en nuestro ambiente es jugar, corren de un lugar a otro, juegan mucho con la Madre Tierra, contactos físicos con los otros niños, crean sus propios juegos con la naturaleza, hacen el chivo, que maromean mucho” (E5).*

En cuanto a las condiciones necesarias para que haya buena salud para los niños los Ette Ennaka consideran que es fundamental que el niño crezca en un entorno natural y goce de

una familia que tenga buenas relaciones no sólo en el entorno familiar propio, sino con el resto de las familias del asentamiento; *“el entorno debe ser “sano”, libre de contaminación, aire puro de la Naturaleza, las buenas relaciones entre las familias del resguardo, el espacio donde el niño pueda desarrollarse donde se pueda desenvolverse por sí solo como ser humano”* (E6).

Al abordar el tema de la influencia de la alimentación en la salud de los niños Ette se encontró que su cosmovisión exalta el valor de la alimentación natural basada en el consumo de cultivos orgánicos de granos (maíz, frijol, guandul) tubérculos (yuca, ahuyama, ñame), huevos y pescado; para un buen desarrollo de los niños *“lo que no puede faltarles a los niños de Narakajmanta es la Naturaleza es lo básico y fundamental para su optima salud, la Alimentación natural sin químicos, porque cuando nuestros ancestros, nuestros padres, nos criaron nunca consumimos alimentos procesados con químicos todo era natural lo que nuestra madre naturaleza nos ofrecía, la caza, la pesca, los tubérculos, huevos criollos que nos brinda “Yao “por medio de nuestra madre Tierra, hay que volver a nuestras raíces cultivar y no brindarles los Alimentos a nuestros niños de ahora, porque se nota mucho en la salud de nuestros niños se nos enferma más ahora que antes es necesario retomar lo natural de nuestro entorno, porque ahora se sufre mucho de dolencias musculares y hueso, dolores de cabeza, los niños ahora crecen más rápido y una gordura falsa, así como crecía la yuca con el agua y la tierra natural sin químicos así crecíamos los niños fuertes y saludables* (E1)

También es importante resaltar que las madres y padres Ette consideraron que la falta de recursos económicos es un factor que les impide tener una alimentación normal y constante, ya que muchas familias no consumen diariamente las tres comidas. Esto se relaciona de forma directa con el cambio social que tuvo esta comunidad al emigrar al asentamiento Narakajmanta, en el que, según la percepción de la comunidad, no cuentan con calidad y extensión suficiente de tierra para cultivar, de acuerdo a las prácticas agrícolas tradicionales, ni para criar animales domésticos, que sirvan de fuente de alimentación para las familias (GF3).

Un aspecto que llama la atención es la prioridad concedida a los adultos sobre los niños; en la administración de la alimentación. Las razones dadas por algunos miembros de la

comunidad es que, tradicionalmente, a la primera persona en el hogar a la cual se entregan los alimentos es al mayor (padre), y por último a los niños porque consideran que el que trabaja necesita alimentarse mejor (E3).

Otras consideraciones que resultan interesantes de la cultura Ette son la convivencia cercana de los niños con los animales, generalmente no existe una prevención con los animales domésticos y consideran a los animales como parte de su hogar porque conviven con ellos; por otro lado, la no utilización de calzado en casa (solo es utilizado para salir de ella) y el “comer tierra “ ya que creen que esto es necesario para ser más fuertes, porque tienen la concepción de que de la tierra se toma el calcio para sus huesos y músculos (E3).

Respecto a la lactancia materna las madres y autoridades manifestaron que culturalmente no son enseñados que debe ser exclusiva, como enseña el sistema occidental; ya que según su cosmovisión la “madre tierra” es la que provee los alimentos que el niño necesita para crecer sano; sin embargo la duración de la lactancia se deja a disposición del niño, hasta cuando quiera abandonarla: *“Al niño desde los dos meses hay que darle alimentación de lo que tenemos de la naturaleza para que lo fortalezca y no hay una duración exclusiva hasta que el mismo niño no quiera tomar más teta de la madre es un vínculo de amor entre la madre y el niño es de él no de la mama y cuando él quiera y donde este ella se la tiene que dar sin tener pena delante de las demás persona no se acostumbra a limpiarse antes ni después que va tomar la teta de la madre, podemos decir que la leche de la madre es donde viene todo los nutrientes que Yao le da para prevenir las enfermedades y crecer sano y fuerte podemos ver que el niño que no se alimenta con esta leche es propenso a enfermarse en toda su vida”* (E1).

De otro lado, la percepción acerca de la vacunación no es buena; culturalmente las vacunas no son aceptadas, y que si vacunan a sus hijos, es sólo para no perder los beneficios de los programas de ayuda que les ofrece el gobierno: *“nosotros todos esos programas del gobierno, nos hemos ido adaptando a decir sí, porque si no tenemos nuestros niños vacunados no podemos tener beneficios, pero no estamos de acuerdo con las vacunas porque sabemos que dentro de esos líquidos vienen enfermedades para nuestros hijos se observa que los niños después de aplicarles esas vacunas tienen fiebres, dolor cabeza,*

llanto, dolores musculares y no vemos con agrado estas vacunas, aunque permitamos que nos vacunen” (E2) .

Finalmente al compartir los resultados del ASIS epidemiológico, la comunidad Ette Ennaka de Narakajmanta reconoció que en la población infantil se presentan frecuentemente muchas enfermedades, y que éstas no sólo se atribuyen a la desobediencia a la ley de origen, sino también a la contaminación de la tierra: *“podemos decir que las enfermedades más propensas en la comunidad en la Infancia son las gripas, diarreas pero sabemos muy bien que las gripas se dan cuando comienzan las lluvias que sale la desintoxicación de la madre tierra el vapor y nosotros somos los que la tomamos porque le hemos hecho daño a la naturaleza sobre todo los wachas y sufrimos las consecuencias también nosotros también consumimos el agua del rio sin tratarla ni hervirla porque le quitamos todo lo natural de ellas y nuestros hijos también la consumen así culturalmente es normal” (E2) .*

8.2.3 Percepción de la respuesta social a los problemas de salud. La comunidad resaltó que el sistema de salud del país no les brinda un trato diferencial y que la manera como está diseñado no es acorde a su realidad, enfatizaron que es muy difícil acceder a los servicios de salud por no contar con un puesto de salud al interior del resguardo, y la logística que implican los trámites para acceder a los servicios les dificulta en gran manera el gozar de una buena atención; en parte por la distancia que existe entre su lugar de asentamiento y las IPS que los atienden, y los escasos recursos económicos que poseen para el transporte (E1).

En cuanto al apoyo de personal capacitado, de promoción y prevención o asistencial, manifestaron que, a diferencia de los que habitan en el resguardo mayor (Isa Oristunna), ellos carecen de promotores de salud que les sirvan de guía para la aplicación de los tratamientos médicos y su evolución, como acompañantes de los enfermos durante los traslados a las instituciones de salud y como orientadores en los trámites de diligencias médicas. La comunidad también indicó como un gran problema, el hecho de tener que sufrir algunas muertes o discapacidades de algunos de sus miembros por la imposibilidad de asumir tratamientos de alto costo que no cubre el POS del sistema occidental (GF6).

Por otra parte, las autoridades indígenas expresaron su descontento e indignación al ver cómo su prácticas y saberes de la medicina tradicional no son valoradas por el sistema de salud colombiano. Muchos de sus médicos tradicionales, rezanderos y parteras viven en condiciones desfavorables, por lo que plantearon que debe haber un reconocimiento social y económico de la labor fundamental que cumplen estas personas en su sistema de salud tradicional (GF6).

Finalmente, se encontró una coherencia entre los cambios sociales sufridos por la población indígena Ette Ennaka , por causa del conflicto armado; ambos grupos son víctimas de la violencia. Sin embargo, la comunidad no percibe un trato especial, en el que disfruten del enfoque intercultural, enmarcado por las leyes colombianas que protegen los derechos de los indígenas; sino que, por el contrario, sienten que, además de cargar con el peso de la exclusión social, a la que están sometidos por razones inherentes a su pensamiento, cultura, lengua y costumbres, sino que también deben sufrir las vejaciones que experimentan diariamente los desplazados en este país (GF6).

8.3 ANÁLISIS INTERCULTURAL – PERSPECTIVA ETTE ENNAKA / PERSPECTIVA OCCIDENTAL

Los resultados de la fase cuantitativa, del ASIS “de perspectiva occidental” fueron contrastados con la percepción indígena, acerca de la situación de salud. En esta triangulación se encontraron algunas diferencias y congruencias que constituyen la base de este ASIS con perspectiva intercultural.

Los resultados mostraron las grandes diferencias entre la perspectiva occidental y la perspectiva indígena, respecto de la concepción salud-enfermedad. Para los Ette Ennaka la salud no está circunscrita a la no presentación de ninguna enfermedad o lesión, tal como es definida occidentalmente, sino que es concebida como un estado de equilibrio físico, mental, espiritual y social. Además, no se limita a contemplar al individuo, sino al colectivo, la salud se considera un bien común, y este bienestar depende de estar en armonía con Yao, ya que según el pensamiento Ette, las enfermedades, destrucción de la tierra y demás circunstancias adversas son originadas en la falta de comunión con Yao, al perder la

sabiduría para la revelación e interpretación de los sueños, y en la desobediencia a sus órdenes naturales y espirituales.

Respecto a los determinantes de la salud, la población encuentra una profunda diferencia entre los propios y aquellos que la salud occidental ha determinado; enfatizando en que mientras éstos sean desconocidos o mal comprendidos por nuestro sistema de salud, los niños Ette Ennaka no podrán disfrutar de la salud y el bienestar que deben gozar como niños indígenas.

Dentro de éstos, el territorio ocupó un lugar primordial. La interpretación de los resultados de las entrevistas y grupos focales muestra que la salud y el bienestar de los Ette depende en gran parte de su territorio; éste representa “el todo”, es la explicación misma de su existencia, la provisión dada por el dios Yao; no sólo para su sustento alimenticio, sino para obtener la sabiduría del pensamiento Ette. Es en el territorio, donde los Ette consideran que el niño, a través de esa profunda y espiritual relación con la “Madre Tierra” adquiere el conocimiento del mundo, se alimenta y se desarrolla para ser un adulto sano, tanto física como espiritualmente.

El modelo occidental, bajo el cual se realizó la fase cuantitativa del ASIS, no plantea una asociación tan completa entre el territorio y la salud de una comunidad; sólo se limita a describir sus características físicas, accesibilidad y riqueza de recursos naturales (vocación para agricultura y ganadería, minerales e hidrografía), mirándolo mayormente desde una óptica explotacionista y extractivista; muy alejada del conservacionismo que caracteriza a las comunidades indígenas [11].

Sin embargo, se debe también hacer referencia a la similitud encontrada entre la percepción que tienen los Ette de las características físicas del territorio que les asignaron para el asentamiento Narakajmanta (poco extenso, pedregoso y no apto para el cultivo); y los estudios realizados por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) que concluyeron que, solamente el 1.4% de las tierras asignadas a resguardos indígenas, sirven para la agricultura; el otro 1%, para actividades pecuarias [11].

En cuanto a la seguridad alimentaria, se observó que, aunque el beneficio de la lactancia materna es claro dentro del pensamiento Ette, por considerarla un regalo de Yao; además, culturalmente, el mismo niño es quien decide cuando dejarla; la lactancia exclusiva hasta los 6 meses no es promovida por la cultura, como sí lo es por el sistema convencional. Lo que se traduce en una diferencia conceptual que tendrá que ponerse en negociación para definir los planes y programas de intervención respectivos a este tópico.

Adicionalmente, los métodos para garantizar la seguridad alimentaria tienen una diferencia sustancial; el método occidental de cultivo busca la sobreproducción de la tierra a través de grandes extensiones de monocultivos y el uso de plaguicidas y fertilizantes; mientras que el sistema de cultivo *kañña* de los Ette, busca la diversificación de los cultivos en pequeñas zonas, la rotación durante el año, sin la utilización de productos químicos.

Por otro lado, cabe resaltar que los recursos económicos, que originalmente no hacían parte de los factores que culturalmente los Ette Ennaka consideraban como determinantes de su salud, han ganado ahora un lugar importante, por el hecho de estar en una situación de exclusión dentro de la estratificación actual de la sociedad y de tener como única opción para entenderse con el mundo occidental, el poder adquisitivo del dinero. Lo anterior es concordante con los cambios que experimentan muchos grupos indígenas en la Región de las Américas [3]. Al mirar la cosmovisión indígena el significado de riqueza/pobreza; la riqueza es entendida, desde una mirada holística, como la capacidad de poseer de manera conjunta: cultura, lengua, tierra, liderazgo social, unión de pensamiento con la comunidad y una sociedad con principios de solidaridad y reciprocidad [4].

Lo anterior es un asunto que amerita comprensión desde la perspectiva occidental, ya que la obtención de recursos económicos por los Ette, está enfocada en el autoconsumo familiar, exclusivamente; no en la producción a gran escala, propia del sistema occidental. Por lo que, la evaluación de los ingresos familiares no debe limitarse a considerar la cantidad de ingresos monetarios, sino la disponibilidad de recursos agrícolas y de vivienda.

Existe también una fuerte connotación espiritual de la salud de los Ette, dada por el cumplimiento de la *Ley de Origen*, otro factor considerado determinante de la salud, pero que, al ser contrastado con la perspectiva occidental, no tendría ninguna implicación en la

salud de los niños. La obediencia a la *ley de Origen* es concebida como un elemento garantizador del futuro del niño Ette. El indígena ve la obediencia a las autoridades tradicionales y el cumplimiento de los rituales como una fuerza protectora. En el modelo occidental no se tienen en cuenta elementos en los que no haya un sustento científico de su impacto en la salud; por ser de un corte plenamente positivista; pero aun así las experiencias vividas nos enseñan que tal vez el pensamiento Ette no esté alejado de la realidad occidental porque siempre trae muy buenas consecuencias el obedecer a padres, autoridades o a cualquier otro superior.

Por otra parte, al comparar los resultados de los indicadores de morbilidad con la morbilidad sentida por la comunidad, se encuentran puntos de congruencia: las condiciones transmisibles y nutricionales que resultaron ser el grupo de causa más prevalente, fueron también las más frecuentes, de acuerdo a lo percibido por la comunidad, ya que manifestaron una alta frecuencia de enfermedades respiratorias, diarreicas y de la piel.

Siguiendo en este análisis, otro aspecto que podría tomarse como positivo, desde la perspectiva epidemiológica occidental, es el resultado del cubrimiento de la vacunación; que, a pesar de no ser aceptada culturalmente, se considera alta, teniendo en cuenta que se trata de un grupo indígena. Sin embargo, desde la perspectiva del Consejo de Mayores Ette, esto evidencia el sometimiento de la cultura Ette a los paradigmas y modelos del sistema occidental, al tenerlo como requisito para acceder a los beneficios del gobierno o de fundaciones que aportan para el mejoramiento de la salud de la niñez indígena.

Al evaluar el acceso a la prestación de los servicios, llama la atención la gran cantidad de partos institucionales identificados, concordando con lo reportado en el perfil de los pueblos indígenas de Colombia, donde el 78% de la población indígena recibió atención institucional del parto. Si bien es cierto, aunque este acceso a los servicios de salud es interpretado como algo bueno dentro del contexto epidemiológico, puede estar significando el decaimiento de las prácticas medicinales tradicionales, en parte por la falta de confianza de las nuevas generaciones en la medicina tradicional y la escasez de recursos naturales (plantas medicinales), humanos (autoridades espirituales, médicos tradicionales y parteras) y de infraestructura (territorio y centro de salud) para sostenerla a través del tiempo.

Por otro lado, el contexto demográfico interpreta la movilidad forzada como un efecto social causado por el conflicto armado que genera desigualdad social; sin embargo, para los Ette la violencia sufrida que derivó en desplazamiento y ocultamiento de su cultura, significó la pérdida de su identidad cultural y la división del pueblo, geográfica, cultural y espiritualmente.

Los puntos de diferencia y congruencia encontrados en la triangulación de los elementos de la fase cuantitativa y cualitativa demostraron que el análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, y en particular de los Ette, resulta ser un asunto complejo, en él se debe procurar la interacción de la percepción de la comunidad con la perspectiva occidental para realizar un abordaje integral que dé lugar a un análisis profundo de la situación de salud.

Por otra parte, la metodología para la construcción del ASIS del MSPS resultó insuficiente para tener una visión realista y además coherente con la concepción salud-enfermedad de la comunidad Ette Ennaka; debido a la invisibilidad de este pueblo en el sistema de información en salud del Estado, donde la variable étnica no está incluida en gran parte de las fuentes que alimentan el sistema y menos aún, la variable de pertenencia a grupo indígena específico; lo que limita la realización de un ASIS con el enfoque intercultural pertinente, para dar cuenta de la real situación de salud de esta población. Este fenómeno fue patente en todo el proceso de búsqueda de información, pero se vio mayormente reflejado al buscar los datos de defunciones de los niños, ya que el sistema no aportaba datos de los Ette porque sólo reportaba la variable indígena, y en la ciudad de Santa Marta esta comunidad no es el único grupo indígena que existe.

Lo anterior demuestra que los hallazgos de los análisis epidemiológicos deben tomarse sólo como una base para abordar el ASIS en pueblos indígenas, tal como lo plantea la metodología del Perú porque las interpretaciones de los resultados desde la óptica epidemiológica sesgan la realidad de la salud percibida por el pueblo. Finalmente, la construcción del ASIS de los pueblos indígenas representa un reto que se debe asumir, teniendo como base principal la percepción misma de los pueblos indígenas acerca de los factores que inciden en su salud, el proceso salud enfermedad y la respuesta social que es dada a sus problemas de salud.

9 DISCUSIÓN

La percepción de la población indígena Ette Ennaka, asentada en Narakajmanta, sobre la situación de salud de sus niños en la primera infancia, está basada primordialmente en su cosmovisión y concepción sobre el proceso salud-enfermedad. En este estudio fue necesaria la integración del análisis de corte epidemiológico al análisis cualitativo para abordar de manera más integral la situación de salud de la comunidad, desde una perspectiva intercultural. En el análisis se tuvieron en cuenta los factores que la comunidad señala como incidentes en su salud, el proceso salud-enfermedad y la respuesta social dada a sus principales problemas de salud.

Los principales problemas de salud, identificados en el ASIS intercultural de la primera infancia Ette Ennaka en Narakajmanta son las enfermedades infecciosas de tipo respiratorio, enfermedad diarreica aguda, las cuales podrían estar asociadas a las bajas condiciones socioeconómicas, y a las deficiencias del sistema de salud en la prestación de los servicios.

Al comparar con otros estudios de situación de salud en niños indígenas, se encuentra una similitud en la frecuencia de enfermedades infecciosas. Particularmente, una investigación realizada en niños indígenas argentinos evidenció que la primera causa de morbilidad era la diarrea y las infecciones respiratorias [88]. Desde el punto de vista occidental se puede decir que la calidad no potable del agua y las costumbres culturales, como la exploración libre del niño en el territorio, sin calzado; asociados al desconocimiento de los microorganismos patógenos del agua y del suelo, hace que conductas preventivas de tipo occidental, como el lavado de manos antes de consumir alimentos, o el portar calzado; no sean adoptadas por los indígenas.

Un estudio realizado en el Perú acerca de la evaluación de la desnutrición crónica en niños indígenas, encontró que el 43% de los niños presentaban desnutrición crónica, teniendo en cuenta los valores de referencia de la OMS (< -2 DE para valores Z de talla para la edad), mientras que en este estudio sólo se encontró el 17% de los niños [89]. Otro estudio

realizado en los Nasa, encontró que el 35.5% de los niños, presentaban desnutrición crónica [90].

Se debe resaltar que la desnutrición encontrada en los niños durante este estudio debe analizarse con cautela ya que los Ette se caracterizan por ser de baja estatura y de contextura delgada, por lo cual los valores de referencia de la OMS no deben tomarse como estándares para evaluar la desnutrición crónica en los niños, porque al considerar la relación talla/edad, la desnutrición fue más frecuente, por el motivo anteriormente explicado, que la desnutrición por relación peso/talla. A pesar de estos datos un 5.7% de los niños tuvieron desnutrición al evaluar ambas relaciones.

Experiencias investigativas similares se tuvieron en comunidades indígenas de México, donde se realizó un diagnóstico de salud ambiental infantil, hallando que las enfermedades infecciosas estaban entre las principales problemáticas de salud. En ese estudio también se analizó la percepción del riesgo a amenazas ambientales, concluyendo, al igual que en este estudio, que es necesario tener en cuenta la percepción de la población y su participación activa en los diagnósticos de salud para el desarrollo de estrategias efectivas de intervención de los problemas de salud [91]

Respecto de la percepción de los Ette, acerca del territorio y su conexión con la salud, se ha encontrado similitud con otros estudios realizados en pueblos indígenas, que identifican el entorno natural como responsable de la salud individual y colectiva, de manera que relacionan de forma directa la destrucción o transformación del territorio, debida a las prácticas occidentales, con la presentación de enfermedades en los individuos [92]. Lo anterior demuestra que la valoración del territorio, como la razón de la existencia indígena, es una percepción general en todos los pueblos indígenas en el mundo.

En referencia a la mala calidad de los servicios de salud, percibida por el pueblo Ette Ennaka, se encuentra puntos comunes con estudios realizados en países como Australia, en los que se ha reportado que los aborígenes perciben maltrato y falta de conocimiento cultural, por parte de los funcionarios de los servicios de salud, generando incomodidad, inseguridad cultural y poca adherencia a los programas de salud [93], tal como fue manifestado por los Ette en este estudio.

De igual forma, en mujeres indígenas de comunidades migrantes de Estados Unidos y México, se exploró la percepción respecto de las experiencias en salud reproductiva y sexual, en el cual las mujeres informaron acerca de las dificultades para acceder a la atención en salud, que resultaron ser agravadas por los procesos de migración sufridos y las deficiencias en la prestación de servicios, por parte del sistema de salud [94].

Diversos estudios de análisis de la situación de salud en poblaciones indígenas se han realizado en otras comunidades indígenas en el mundo. Si bien es cierto, cada estudio tiene su propósito establecido, la mayoría se limitan sólo a describir la percepción indígena, sin tener en cuenta el componente epidemiológico, propio de la mirada occidental; otros, por el contrario, abordan únicamente el análisis cuantitativo y olvidan la percepción de la población, que es la base fundamental para el ejercicio de la interculturalidad, como lo han mostrado diversos autores.

En el desarrollo de este estudio existieron limitaciones para el cálculo de algunos indicadores en salud; debido en parte, a la falta de especificidad por grupo indígena de la mayoría de fuentes de información del sistema SISPRO; ya que en Santa Marta los Ette Ennaka no son el único grupo indígena residente. Por otro lado, no fue posible diferenciar, en los RIPS de la EPSI Dusakawi, la población infantil residente en Narakajmanta -Santa Marta del resto de niños Ette procedentes de otros municipios del Magdalena, ya que la institución de salud de alto complejidad que los atiende recibe las remisiones de todos los municipios del departamento. Esta situación de invisibilidad de las poblaciones se ha reportado en otras comunidades étnicas en Colombia y otros países [95, 96].

Finalmente, los resultados de este estudio demuestran claramente que la concepción salud-enfermedad Ette dista mucho de la visión occidental, de manera que resulta imposible ser medida a través de la metodología actual establecida para los ASIS en Colombia, aunque es importante resaltar que este escenario se repite en muchos países con abundancia de grupos étnicos; aunque en países como el Perú se han realizado adelantos metodológicos para determinar la situación de salud de sus pueblos indígenas [6]. Este estudio es una contribución al ejercicio de la interculturalidad en poblaciones étnicas y servirá como insumo para la elaboración del SISPI y como base para la propuesta de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural para el pueblo Ette Ennaka.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS

El análisis de la situación de salud desde una perspectiva intercultural permitió conocer una mala percepción, de la comunidad indígena Ette Ennaka asentada en Narakajmanta, sobre la situación de salud de la primera infancia, acorde con su concepción salud-enfermedad. También permitió conocer los factores que consideran determinantes de su salud y la insatisfacción por la respuesta social dada a su problemática en salud.

El análisis de la fase cuantitativa permitió identificar las características demográficas y las condiciones de vida de la niñez Ette en la primera infancia; encontrándose que los niños representaban el 21.9% de la población residente en el asentamiento Narakajmanta, con una edad promedio de 30.1 meses, La relación niño: niña es de 1.0 y la razón de niños por mujer en edad fértil es de 0.96.

Los problemas prioritarios de salud identificados en los niños, entre los 0 y 5 años, según el análisis con enfoque intercultural, son las infecciones respiratorias, las enfermedades caracterizadas por síntomas y signos mal definidos, las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Consecuentemente a la priorización de problemas identificados en el análisis de situación de salud intercultural se propusieron intervenciones para abordar la problemática en salud, tales como la adquisición de plantas de tratamiento de agua; la reactivación de la medicina tradicional, garantizando los recursos físicos, naturales y financieros para su buen funcionamiento, el requerimiento de puestos de salud al interior del resguardo con equipamiento básico y presencia de personal médico, enfermeras y promotores, con capacitación en atención en salud intercultural.

Por otra parte, es necesario el diseño de una metodología para la construcción de ASIS intercultural para pueblos indígenas en Colombia que permita conocer la situación real de salud de estas poblaciones. Para esto se requiere que el SISPRO incluya la variable étnica en todas las fuentes de información, registrando no sólo la pertenencia a pueblo indígena,

sino también el grupo indígena específico para eliminar la invisibilidad de los pueblos nativos en las Estadísticas Vitales.

La comunidad Ette Ennaka requiere un nuevo modelo de atención en salud con enfoque intercultural que permita el reconocimiento de los saberes y prácticas de la medicina tradicional y a su vez la armonía integral con el sistema de salud occidental para evitar la vulneración de sus derechos y su posicionamiento en la sociedad colombiana.

El reconocimiento de los derechos y de la cultura de los pueblos indígenas, por el sistema de salud convencional y sus funcionarios, constituye para esta comunidad indígena el puente necesario para conectar su sabiduría ancestral, expresada en las prácticas de su medicina tradicional, con la medicina convencional nuestra; tal como lo plantea la OPS, es un paso fundamental para lograr la implementación de los modelos interculturales de salud [41]

Finalmente, la mala percepción acerca de la atención brindada en las IPS da cuenta de la necesidad de generar modelos de atención que permitan superar los obstáculos en la atención a población indígena y generen una integración real sustentada por la armonización entre el ámbito jurídico, leyes y normas que protegen los derechos de los indígenas; el ámbito conceptual, reconocimiento de saberes y prácticas culturales del sistema de salud indígena; y el ámbito práctico, sistema de salud bajo un modelo intercultural [5].

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. State of the world's indigenous people. Indigenous people access to health services. Vol 2. Ed. 1. New York: United Nations. 2015.
2. Banco Interamericano de Desarrollo. Permanent Forum on Indigenous Issues. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues. 2003. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_enlinea/bid%20informe%20cuestiones%20indigenas.html
3. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004. Washington, DC: World Bank, 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
5. Organización Panamericana de la salud. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud. Washington, 2009.
6. Dirección General de Epidemiología. Aportes Metodológicos para la Elaboración del ASIS de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Peruana. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2012 p. 1-132.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 p. 41. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3798/1/lcw348.pdf>
8. Rojas Almeida R. Crecer sanitos. Estados Unidos: OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2003.
9. DANE. Colombia, una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía. 2007. [Consultado 2016 feb 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
10. Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). Censos y dinámica de población en comunidades indígenas. Bogotá: Artimedia Estudio Diseño; 2014.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud [internet]. Colombia; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
12. Defensoría del Pueblo, Colombia. Desnutrición Infantil, un drama que golpea más duro a los indígenas. 2016. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/5143/Desnutrici%C3%B3n->

- infantil-un-drama-que-golpea-m%C3%A1s-duro-a-los-ind%C3%ADgenas-Defensor%C3%ADa-del-Pueblo.htm Consultado: 01 de agosto de 2018.
13. Ministerio de Cultura. Ette Ennaka (Chimila), una historia de resistencia y ensoñación. 2010. Disponible en: [http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Ette%20Ennaka%20\(Chimila\).pdf](http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Ette%20Ennaka%20(Chimila).pdf)
 14. Organización Nacional Indígena de Colombia. Chimilas- Ette Ennaka. Disponible: <http://www.onic.org.co/pueblos/120-chimilas> Consultado: 18/06/2018.
 15. Primer Informe de avance. Propuesta de un modelo de salud con enfoque intercultural para la población indígena Ette Ennaka del departamento del Magdalena. Colombia; diciembre, 2017.
 16. Cárdenas, I. Extraño mal ha matado a 5 niños de la etnia chimila. El Heraldo. 2011, julio 5. Sec Región. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/regin/extraomalhamatadoa5niosdelaetniachimila304>
 17. El Heraldo. AH1N1 habría sido causa de muerte de 5 niños chimilas. Heraldo. 2011, sección región caribe. Disponible en: <https://www.elheraldo.co/regi-n/ah1n1-habr-a-sido-causa-de-muerte-de-5-ni-os-chimilas-31807> Consultado: 17/06/2018
 18. El Heraldo. <https://www.elheraldo.co/regi-n/despu-s-de-la-violencia-las-amenazas-de-los-chimilas-son-las-enfermedades-30634>. [Internet]. 2011 [cited 29 March 2018]; Available from: <https://www.elheraldo.co/regi-n/despu-s-de-la-violencia-las-amenazas-de-los-chimilas-son-las-enfermedades-30634>
 19. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Del Milenio: Informe 2015. Nueva York: Naciones Unidas; 2015.
 20. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. UNDP. 2018 [cited 16 feb 2018]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
 21. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá D.C., 2013
 22. Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
 23. Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, 1998.
 24. Bergonzoli E. Análisis de situación de salud y sus tendencias (ASIST), en el paradigma de la producción social de salud (PSS). Ministerio de Salud – CEDETES, 2013.
 25. Mac Mahon B, Pugh TF. Epidemiology: Principles and methods. Boston: Little Brown, 1970.
 26. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. American Journal of Public Health [Internet]. 1996 [cited 13 June 2018];86(5):668-673. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4463385/>
 27. Krieger N. Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. International Journal of Epidemiology. 2001;30:668-677.
 28. Allende S. La realidad médico-social chilena [1939]. Medicina Social. 2006;1(3): 76-81.

29. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
30. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión. México, D.F.: ALAMES, 2008. 155 p.
31. Portela HG. La Epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas. Popayan: Editorial Universidad del Cauca. 2008.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales Colombia 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
33. Breilh J. Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad [Internet]. 1st ed. Ecuador: Repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar; 2010 [cited 16 February 2018]. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3353/1/Breilh%2C%20J-CON-078-Ciencia.pdf>
34. Guzmán-Rosas S. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. Gerencia y Políticas de Salud. 2017;15(31).
35. Organización Panamericana de la Salud. Una Visión De Salud Intercultural Para Los Pueblos Indígenas de las Américas. Organización Panamericana de la salud; 2008. 60 p.
36. Organización Panamericana de la Salud. (1998a). Health in the Americas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1998.
37. Alderete E. Salud y pueblos indígenas. Editorial Abya Yala; 2004
38. Gomez A. OPS/OMS | Salud de los Pueblos Indígenas - Atención Primaria e Interculturalidad [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [cited 6 May 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1475:salud-pueblos-indigenas-atencion-primaria-interculturalidad&Itemid=820&lang=es
39. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (11 de 11 de 2015). ACNUR. Obtenido de ACNUR: <http://www.acnur.org/t3/pueblos-indigenas/pueblos-indigenas-en-colombia>, Consultado: 11/05/2018
40. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos. San José, C.R.: IIDH; 2006, 268 p.14.
41. Organización de las Naciones Unidas. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
42. World Health Organization OMS. (2005). Informe sobre la salud en el mundo. 2005 – Cada madre y cada niño contarán. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
43. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Caribe Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) . Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.

44. Análisis de Situación de Salud Andino, ASIS andino, con enfoque intercultural. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20ASIS%20Andino%20de%20Poblaciones%20Indigenas%20con%20enfoque%20intercultural.pdf>
45. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de situación de salud del pueblo Matsigenka Lima: Dirección General de Epidemiología, 2006, p.204.
46. Ospina Lozano E. Desigualdades sociales en la población Nasa de los municipios de Inzá y Páez región Andina del sur de Colombia. Miami; 2008
47. Duarte Gómez M, Ortega Alegría M, Mora Ríos L, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo Wayuu en la frontera colombo-venezolana. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011;30 (3):272-278.
48. Arteaga E, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. Saúde em Debate. 2012;36(94):402-413.
49. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46417, Presidencia de la Republica (10 de octubre de 2006).
50. Ley 1122 de 2007. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46506, Congreso de Colombia (9 de enero de 2007).
51. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de la Protección Social (10 de agosto de 2007).
52. Resolución 0425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Diario Oficial 46902, Ministerio de la Protección Social (14 de febrero de 2008).
53. Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Diario Oficial 48241, Presidencia de la Republica (2 de noviembre de 2011).
54. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial 48811, Ministerio de Salud y Protección Social (4 de junio de 2013).
55. Ley 89 de 1890. Por la cual se determina la manera como deben ser gobernados los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada. Bogotá: Presidencia de la República, 1890.
56. Decreto 1811 de 1990. Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. Bogotá: presidencia de la república, 1990.
57. Constitución Política de 1991. Bogotá: Asamblea constituyente, Gobierno de Colombia, 1991.
58. Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Congreso de la república de Colombia, 2001.

59. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá: Congreso de la República de Colombia, 2007.
60. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 47957. Congreso de Colombia (19 de enero de 2011).
61. Decreto 1953 de 2014 - Sistemas Propios de los pueblos indígenas. Bogotá: Presidencia de la República; 2014.
62. Decreto 780 del 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Congreso de Colombia (6 de mayo de 2016).
63. Subdirección De Ordenamiento y Desarrollo Territorial, Dirección De Desarrollo Territorial Sostenible. Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial, en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación -DNP, 2012.
64. Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la gestión de las entidades territoriales. Dirección de Desarrollo Sostenible. Bogotá: DNP, 2016.
65. Circular 11 de 2018. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
66. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Desarrollo MIAS. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf> Consultado: 16 de julio de 2018.
67. Moreno G. Editorial. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica Risaralda, 2016;22(2).
68. Ministerio del Interior. Plan de Salvaguarda Pueblo Ette Ennaka. Diagnóstico y líneas de acción para su ejecución. Disponible en: http://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/pueblo_ette_ennaka_-_diagnostico_comunitario.pdf
69. Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Diagnóstico de la situación del pueblo indígena Chimila Ette Ennaka. 2009. Disponible en: http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_CHIMILA.pdf
70. Niño, J. Ooyoriyasa. Cosmología e interpretación onírica entre los Ette del norte de Colombia. Bogotá: Universidad de los Andes. 2007.
71. Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Argentina, Ministerio de Salud. Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud [monografía en Internet]. Buenos Aires: CEDES; 2004[citado 2005 Feb 1]. Disponible en: www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/.
72. Creswell J, Plano Clark V. Designing and conducting mixed methods research. 2007. Thousand Oaks, CA, Sage.
73. Sloan N. et al. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?. Bull. World Health Organ. 2001,79(9):805-810 Guber S. El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de Campo. Buenos Aires, Ed. Paidós. 2004.
74. Yapu M, Iñiguez E. Pautas Metodológicas: Grupos Focales, sus antecedentes, fundamentos y prácticas. La Paz, Universidad PIEB, IEBASE. Febrero de 2009.

75. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1993.
 76. Google Maps, 2019. <https://www.google.com/maps/@11.2266539,-74.2003117,2846m/data=!3m1!1e3>
 77. E1
 78. GF1
 79. E2
 80. GF2
 81. GF1
 82. GF3
 83. E3
 84. E4
 85. E5
 86. E6
-
87. Orzuza SM. Problemas de salud de niñas y niños indígenas. Mejorar sus condiciones de vida para garantizar el derecho a la salud. Argentina, 2011. Revista Direito em Debate. 2013 Aug 14;22(40):91-117.
 88. Flores-Bendezú J, Calderón J, Rojas B, Alarcón-Matutti E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú: análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar 2013. In Anales de la Facultad de Medicina 2015 Apr (Vol. 76, No. 2, pp. 135-140). UNMSM. Facultad de Medicina.
 89. Gaviria LM, Soscue D, Campo-Polanco LF, Cardona-Arias J, Galván-Díaz AL. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca, Colombia, 2015. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2017;35(3):390-9.
 90. Terán-Hernández M, Díaz-Barriga F, Cubillas-Tejeda AC. Diagnóstico de salud y percepción de riesgos, elementos clave para una propuesta de intervención en comunidades indígenas en México. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;39:106-14.
 91. Schure MB, Kile ML, Harding A, et al. Perceptions of the Environment and Health Among Members of the Confederated Tribes of the Umatilla Indian Reservation. *Environ Justice*. 2013;6(3):115–120.
 92. Canuto K, Wittert G, Harfield S, Brown A. "I feel more comfortable speaking to a male": Aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):185.
 93. Espinoza R., Martínez I., Levin M. et al. Cultural Perceptions and Negotiations Surrounding Sexual and Reproductive Health Among Migrant and Non-migrant Indigenous Mexican Women from Yucatán, Mexico. *J Immigrant Minority Health*. 2014;16:356.
 94. Morales, M. La invisibilidad estadística étnico-racial negra, afrocolombiana, raizal y palenquera en Colombia. 2010. Trabajo social (Universidad Nacional de Colombia). Trabajo social. 2010;12:89-99.

95. Cuyul A, Rovetto M, Specogna M. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011;2(7):12-8.

12. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO PARA ENCUESTA POBLACIÓN ETTE ENNAKA, 2018

I. DATOS GENERALES DE LOCALIZACIÓN

Departamento: _____ Municipio: _____ Vereda: _____ Sector: _____
Resguardo: _____

Datos de la vivienda: Vivienda No. _____ Dirección de la vivienda o nombre de la finca: _____ No. De hogares en la vivienda: _____
Total de personas en la vivienda: _____

II. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y NUTRICIONALES

No. Hogar		No. Persona	Nombres y apellidos	Sexo		Edad	Embarazada		Peso (Kg)	Talla (cm)	P. cefálico (<5 años)	P. torácico (<5 años)	Trabaja		Ocupación	Nivel educativo	Accidente laboral
				M	F		Si	No					Si	No			

Observaciones:

Natalidad y fecundidad

N°	Nombres y apellidos del nacido vivo	Edad	Sexo		Año de nacimiento (sólo de 2012 hasta la fecha)	Parto institucional	Parto en casa	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
			F	M				

Migración por Desplazamiento forzado. ¿Algún miembro de su familia ha sido víctima de desplazamiento forzado en los últimos 5 años? ¿Si __ No ____ Cuántos? ____.

#	Nombres y apellidos del desplazado	Lugar de origen	Lugar de destino	Edad	Sexo		Causa
					F	M	

III. **EFFECTOS DE SALUD – Mortalidad y Morbilidad sentida**

Algún miembro de su familia ha muerto durante los últimos 5 años por las siguientes causas:

- 1. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre.
- 2. Tumor maligno de mama.
- 3. Tumor maligno del cuello uterino.
- 4. Tumor maligno de la próstata.
- 5. Tumor maligno del estómago.
- 6. Diabetes mellitus.
- 7. Lesiones autoinfringidas intencionalmente.
- 8. Trastornos mentales y del comportamiento.
- 9. Agresiones (homicidios).
- 10. Malaria.
- 11. Rabia humana.
- 12. Tuberculosis.
- 13. Emergencias y desastres.
- 14. Accidente ofídico.
- 15. Mortalidad materna
- 16. Mortalidad perinatal
- 17. EDA
- 18. IRA
- 19. Desnutrición
- 20. Infarto agudo de miocardio
- 21. ECV
- 22. Otro (¿Cuál?)

Conteste SI __ NO __. En caso de que su respuesta sea positiva diligencie el siguiente cuadro.

	Nombres y apellidos del fallecido	Edad	Sexo		Causa
			M	F	

IV. **DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD**

Condiciones de vida

- 1. ¿Con cuál de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?

Servicio público	Sí	No
Energía eléctrica		
Gas natural		
Acueducto		
Alcantarillado		
Aseo (recolección de basuras)		
Acceso a fuente de agua mejorada		
Adecuada eliminación de excretas		

2. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores?

Material paredes	Sí
Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	
Tapia pisada, adobe, bahareque	
Madera burda, tabla, tablón	
Material prefabricado	
Guadua, caña, esterilla, otros vegetales	
Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plásticos	
Sin paredes	

3. ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

- 1. Alfombra, mármol, parqué, madera pulida o lacada --__
- 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo --__
- 3. Cemento, gravilla --__
- 4. Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal --__
- 5. Tierra, arena --__

4. ¿Cómo eliminan PRINCIPALMENTE la basura en esta vivienda?

- 1. La recogen los servicios de aseo? --__
- 2. La entierran? --__
- 3. La queman? --__
- 4. La tiran en un patio, lote, zanja o baldío? --__
- 5. ¿La tiran a un río, caño, quebrada, laguna? --__
- 6. La eliminan de otra forma? --__

5. ¿El servicio sanitario es:

- 1. Inodoro conectado al alcantarillado? __
- 2. Inodoro conectado a pozo séptico? __
- 3. Inodoro sin conexión, letrina, ¿bajamar? __
- 4. No tiene servicio sanitario? __

6. ¿En dónde está ubicado el suministro de agua (llave, grifo, pozo):

- 1. Dentro de la vivienda? __
- 2. Fuera de la vivienda pero en el lote o terreno de ésta? __
- 3. Fuera de la vivienda y del lote o terreno de ésta? __

7. ¿El servicio sanitario que utiliza este hogar es de uso:

- 1. Exclusivo de las personas del hogar? __
- 2. Compartido con personas de otros hogares? __
- 3. No tiene servicio sanitario? __

8. ¿De dónde obtiene PRINCIPALMENTE este hogar el agua para beber o preparar los alimentos:

- 1. Acueducto? __
- 2. Pozo con bomba o sin bomba, jagüey, aljibe? __
- 3. Agua lluvia? __
- 4. Pila pública? __
- 5. Carrotanque, aguatero? __
- 6. Río, quebrada, manantial, nacimiento? __
- 7. Agua embotellada o en bolsa? __

9. ¿Con qué energía o combustible cocinan PRINCIPALMENTE?

- 1. Energía eléctrica __
- 2. Gas natural __

- 3. Gas en cilindro o pipeta ___
- 4. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol ___
- 5. Leña, madera, material de desecho, carbón vegetal ___
- 6. Carbón mineral ___

Factores conductuales psicológicos y familiares

- | | | |
|----|---|-----|
| | Si | No |
| 1. | Usted y su familia conducen frutas diariamente? | ___ |
| 2. | Algunos miembros de su familia entre los 11 y 18 consumen alcohol ? | ___ |
| 3. | Algunos miembros de su familia entre los 11 y 18 consumen marihuana ? | ___ |

4. ¿Por FALTA de dinero, ... no consumió NINGUNA de las tres COMIDAS BÁSICAS (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?
- a. Sí ___ ¿Cuántos días? ___
- b. No ___

5. En salud, ¿es ... aportante, cotizante o beneficiario de:
1. El Instituto de Seguros Sociales – ISS? ___
2. Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)? ___
3. Otra EPS (Entidad Promotora de Salud)? ___
4. Una ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) a través del SISBEN? ___
5. Ninguna? ___
6. No sabe? ___

6. ¿En el último año, ... estuvo enfermo? (AMPLIADO)
1. Sí ___ 2. No ___ . Si su respuesta es positiva responda la siguiente pregunta.
- ¿La última vez, ... acudió por atención
1. Al servicio de salud al que tiene derecho? ___
2. A otro hospital, clínica, consultorio médico o centro de salud? ___
3. A una droguería o farmacia, tegua o curandero? ___
4. Medico tradicional de su grupo étnico ___
5. A ninguna parte? ___

ANEXO 2. Guión de entrevista

1. ¿Qué entiende por buena salud en los niños Ette Ennaka?
2. ¿Qué cosas puede hacer un niño sano, que no puede hacer un niño enfermo?
3. ¿Cómo se siente a sí mismo un niño sano?
4. ¿Existen cuidados y precauciones que debe aplicar el padre para que los niños no enfermen? ¿En qué ocasiones?
5. ¿Qué es lo que más les gusta hacer a los niños cuando están sanos?
6. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que haya buena salud para los niños?
7. ¿Qué no le puede faltar al niño para tener salud?
8. ¿Qué significado tiene la lactancia materna en el desarrollo de los niños Ette ennaka Narakajmanta y por cuánto tiempo es administrada de manera exclusiva?
9. ¿Cómo Perciben los Ette Ennaka la vacunación en sus hijos?

