

¹ Diana Marcela Prieto Romero

² Norman Giovanni Apraez Ippolito

³ José Milton Guzmán Valbuena

Análisis del diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Amazonía Colombiana

¹ Candidata a Doctoranda en Salud de la Universidad Federal de Juiz de Fora-Minas Gerais-Brasil. Dirección de contacto: dianamar1105@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1608-8003>

² Profesor cátedra Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

³ Asesor de tesis ocasional del Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Resumen

Objetivo: la investigación analiza la definición de diálogo intercultural desde la perspectiva indígena en relación con la institucionalidad en salud, analizando cómo se da ese diálogo en la prestación de servicios en salud en la medicina tradicional y occidental en la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA) de la Amazonia Colombiana.

Método: se ha utilizado una metodología cualitativa para el análisis documental, se ha realizado un ejercicio etnográfico con la técnica de observación participante, diario de campo y entrevistas semiestructuradas a los líderes y profesionales durante los años 2009-2013.

Resultados: los resultados describen las diferencias del diálogo intercultural entre los indígenas y no indígenas.

Conclusiones: para los indígenas el diálogo es la interacción y relacionamiento entre los seres humanos y no humanos (animales, espíritus, plantas), para los no indígenas es solo una interacción entre humanos con respeto, transparencia y sinceridad. Además, en la prestación de servicios occidentales, el diálogo intercultural presenta barreras de tiempo, visuales, idioma y falta de herramientas de los profesionales; en contraste la medicina tradicional no presenta barreras de tiempo, espacio y se reconocen los saberes de los individuos, asimismo reconocen que el diálogo se desarrolla en diferentes espacios como la chagra¹, maloca² y balsas³.

Palabras clave: servicios de salud indígena; diversidad cultural; Colombia.

Abstract

Analysis of the intercultural dialogue in healthcare in the Colombian Amazonia

Objective: this research analyzed the definition of intercultural dialogue from the perspective of natives, regarding the institutionalized healthcare framework, by analyzing how this dialogue is conducted when providing patient care within traditional and Western Medicine at the Native Association of the Arica Area (AIZA) in the Colombian Amazonia.

Method: qualitative methodology was used for documentary analysis, and an ethnographic exercise was conducted with the participant observation technique, field diary, and semi-structured interviews with leaders and professionals from 2009 to 2013.

Results: the results described the differences in intercultural dialogue between natives and non-natives.

Conclusions: for natives, dialogue is the interaction and relationship between human and non-human beings (animals, spirits, plants); for non-natives it is only an interaction between humans with respect, transparency and honesty. Moreover, when providing Western healthcare, the intercultural dialogue presents barriers of time and language, as well as visual, and there is lack of tools by professionals; on the other hand, Traditional Medicine does not present time and space barriers, and the knowledge by individuals is acknowledged; they will also acknowledge that dialogue is conducted in different spaces, such as the "chagra" (glades in the forest used to plant herbs for medicinal and ritual use), the "maloca" (ancestral long house used by the natives of the Amazon) and the boats.

Key words: native healthcare services; cultural diversity; Colombia.

¹ Lugar donde las familias cultivan los alimentos y plantas para el consumo o curación de las enfermedades.

² Lugar sagrado donde las comunidades realizan los bailes tradicionales, reuniones; además es utilizado como espacio de curación.

³ Espacio donde las mujeres se reúnen a lavar la ropa o arreglar los alimentos como el pescado.

Introducción

El diálogo intercultural es indispensable en un mundo cada vez más interconectado; mejorar el diálogo y la comprensión entre las personas es más vital que nunca (1). Por lo tanto, es relevante conocer cómo se presenta dicho diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en territorios indígenas de la Amazonía Colombiana.

Abordar el tema demanda la definición de las palabras: diálogo intercultural, salud y prestación de servicios, además de describir el contexto en el que se desarrolla. Estas palabras han recibido diferentes definiciones en el transcurso histórico, siendo imposible citarlas todas en este documento, por lo que se describen solo las definiciones acogidas.

En la definición de "diálogo intercultural" se resalta a Dussel (2), quien afirma que para llevar un diálogo intercultural es necesario una descolonización epistemológica, entendida esta como el reconocimiento del otro ser humano con conocimientos, opiniones, etc.

Para el término "salud" se acogió la definición de la Asociación Indígena Zonal de Arica (AIZA). Se trata del equilibrio entre el hombre, la naturaleza y la cosmovisión; para los ancianos tradicionales de los pueblos MUINAS y P++NEMINA, que habitan este territorio, la salud se maneja por medio de curaciones, consejo, dietas y ritos, es lo que llaman el BIN+E KA+ UÑUA UAI---MEPIVYE IÑYJ+ +TSAMEI CAAWAJU (Calendario ecológico), el cual enseña cómo se ha de comportar en el entorno natural y qué actividades de prevención (curaciones, rituales, dietas) se tienen que realizar en cada época y en los diferentes tiempos que ocurren en el ciclo natural (3,4).

"Prestación de servicio de salud" es una categoría incorporada a través de la Ley 100 del 1993 con el Sistema de Seguridad Social Integral-SGSS. La ley reglamenta que: "la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...". Esta ley, en el Artículo 157, organiza los sistemas de salud en contributivo-subsidiado y para comunidades indígenas establece que las mismas forman parte del régimen subsidiado de salud (5).

En lo político administrativo, Colombia es un país que cuenta con 32 departamentos (6), en ellos habitan 102 pueblos indígenas con 65 idiomas reconocidos hasta el momento (7), a partir del Decreto 3842 de 1949 se establece el año rural para obtener el título de medicina con el objetivo de prestar los servicios de Atención Primaria en salud a los territorios más apartados incluyendo los territorios indígenas (8). Legalmente a partir de la Constitución de 1991, el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación (9); además, la ley 691 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSS con el objeto de garantizar el acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud (10). Adicionalmente, el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) consagra la autonomía de los grupos étnicos, al establecer que la planeación y la administración de los servicios de salud ha de realizarse en cooperación con dichos pueblos, teniendo en cuenta sus condiciones geográficas, sociales y culturales, y coordinar con los mismos la prestación de dichos servicios como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (11).

Por otra parte, el departamento del Amazonas se encuentra localizado en el extremo sur del territorio nacional colombiano, tiene una extensión de 109.655 km², cerca del 10% del total del país, de los cuales 89.338 km² son resguardos indígenas, área que corresponde al 81% del territorio departamental (12). Según el censo 2005 realizado por el DANE, habitan 67.726 personas, 37,8% de ellas en el área rural y 62,2% en el área urbana y se reconocen los siguientes pueblos indígenas: Andoke, Barasana, Bora, Cocama, Inga, Karijona, Kawiyari, Kubeo, Letuama, Makuna, Matapí, Miraña, Nonuya, Ocaina, Tanimuka, Tariano, Tikuna, Uitoto, Yagua, Yauna Yukuna y Yuri (13). En la organización político administrativa funcionan dos municipios (Leticia y Puerto Nariño) y 14 Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas. Los límites departamentales están definidos en tratados fronterizos que estableció Colombia con Perú en 1922 y con Brasil en 1907 y 1928 (14). Limita por el norte con el departamento del Caquetá y con el río Apaporis, que lo separa del departamento del Vaupés; por el este con la República de Brasil; por el sur con los ríos Putumayo y Amazonas, y por el oeste con el departamento del Putumayo y con la República del Perú.

Los pueblos indígenas que habitan en el departamento han atravesado distintos momentos históricos, los cuales es importante abordar en la medida que los pueblos sufrieron transformaciones, unos en mayor medida que otros, estos se constituyen en factores claves para el diálogo intercultural. Durante la época de la cauchería comprendida durante el periodo de 1904-1934, autores como Augusto Gómez, William H. McNeill relatan injusticias, atropellos y enfermedades que llegaron como: la gripa, el sarampión, la viruela, entre otras (estas acabaron con grupos étnicos), esta serie de sucesos obligaron el desplazamiento de varios pueblos indígenas a los ríos grandes como el Putumayo y el Caquetá. Actualmente sobre la ribera del río Putumayo y sus afluentes existen 54 comunidades indígenas, entre ellas las 12 comunidades de la Asociación Indígena de AIZA (15-17).

La bonanza⁴ del pescado, en los años 80, se desarrolló en los ríos Caquetá y Amazonas principalmente, donde existían cuartos fríos en las comunidades más grandes o también llamados cascos urbanos, allí llegaban aviones de carga para transportar grandes cantidades de pescado de especies como lecheros y pirarocú, entre otros (18). Actualmente como consecuencia de esta bonanza tan fuerte y de manera descontrolada, los indígenas afirman que la pesca es cada vez más difícil. Posteriormente, vino la bonanza de la madera que ha sido fuertemente impulsada en el río Putumayo por su navegabilidad, la principal madera explotada fue el cedro y poco a poco se ha extendido a diferentes tipos, a pesar que la explotación de madera es legal también existe la extracción ilegal de este recurso (19).

La bonanza de la coca se desarrolló en los territorios indígenas del departamento y fue más o menos simultánea a las dos bonanzas anteriores. En esta época los hombres indígenas, en su mayoría los jóvenes, se dedicaron a sembrar hoja de coca para uso ilícito; esto fue impulsado en gran medida por grupos insurgentes que llegaron a los territorios y trajo personas de diferentes lugares del país como Boyacá, Tolima, entre otras (17). En esta época, cuentan algunos indígenas, el flujo de lanchas era alta y el mercado o "remesa" que realizaban era para tres meses, con un valor de hasta seis millones de pesos; algunos indígenas abandonaron la chagra ya que había dinero para comprar todo y se consideraba innecesaria. Hoy en día, la práctica de cultivos ilícitos se ha reducido en la mayoría de los territorios indígenas (20). En esta época existían asociaciones como el Consejo Indígena del Alto y Medio Amazonas (COIDAM) y la Organización Zonal Indígena de la Pedrera Amazonas (OZIPEMA).

Algunos de estos hechos aún se viven en la actualidad con menor fuerza, pero son factores que inciden en el cambio de prácticas culturales y, por lo tanto, en el ejercicio del diálogo intercultural, teniendo en cuenta los antecedentes históricos, políticos y legales es relevante responder a la pregunta: ¿Cómo definen las comunidades indígenas de AIZA el diálogo intercultural y cómo se desarrolla este en la prestación de servicios de salud en la medicina tradicional y occidental? Tomando como objetivo: conocer las similitudes y diferencias del diálogo intercultural desde la perspectiva indígena y la institucionalidad de salud y analizar el diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud en la Asociación AIZA.

Material y métodos

Se utilizó la metodología cualitativa porque permite, según Tylor y Borgdan (21), construir un conocimiento basado en datos descriptivos en las propias palabras de las personas, ya sean habladas o escritas. Se realizó una revisión documental, así como observación participante, de las cuales surgieron notas de campo en las que se registró sistemáticamente lo que ocurría alrededor y las actividades de las que se formó parte. Dicha actividad se llevó a cabo desde el 2009 hasta el 2013, se convivió con las personas de las 12 comunidades de AIZA, se participó en los espacios cotidianos de las comunidades como la chagra, la maloca, los puertos, etc, acogiendo el planteamiento de Guber: "Si un juego se aprende jugando, una cultura se aprende viviéndola" (22). La información obtenida fue estudiada en función del análisis interpretacional en el que, como explica Valles (23), "el investigador no presupone la existencia de estructuras o relaciones ocultas que el analista deba descubrir, más bien, se pretende identificar y categorizar elementos (temas, pautas, significados, contenidos) y la exploración de sus conexiones, de su regularidad o rareza, de su génesis".

Para el análisis se seleccionaron algunas prácticas sociales, mensajes, entrevistas semiestructuradas y consignas escritas en espacios comunitarios y discursos recuperados en la observación y las entrevistas, por medio de notas de campo, así como algunos documentos seleccionados porque contienen conceptos políticos-diálogo intercultural.

Resultados

Definición de diálogo intercultural

La ubicación geográfica de la Asociación AIZA es distante, se encuentra a 18 horas en un motor 40HP a la Chorrera o Tarapacá, cascos urbanos donde llegan vuelos aéreos para desplazarse a la capital del departamento o del país, lo que dificulta un relacionamiento constante de la asociación con la institucionalidad.

Para la asociación de AIZA, el diálogo no solamente se realiza entre seres humanos indígenas y no indígenas, sino también entre etnias, clanes, seres de la naturaleza, espíritus y energías. Este diálogo es necesario para mantener el buen equilibrio

⁴ Tiempo de abundancia.

y, por ende, la salud de la comunidades. Esto implica dietas, bailes, actividades cotidianas como la chagra⁵, la pesca, la cacería, etc. Estos aspectos no son incorporados al establecer el diálogo intercultural con comunidades indígenas por parte de las instituciones y sus funcionarios.

Para la institucionalidad, como el Centro de Salud de Arica y la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, el diálogo intercultural se lleva a cabo entre seres humanos con respeto, tiempo, transparencia y sinceridad.

Espacios donde se desarrolla el diálogo intercultural

Para la Asociación AIZA el diálogo intercultural se realiza en la cotidianidad, en espacios como: la chagra, la maloca⁶, la pesca, la cacería, el fogón (generalmente de leña, donde las familias o mujeres se reúnen, además de para preparar los alimentos, a compartir experiencias o dar consejos), la cancha de juego (los deportes más practicados son el fútbol y el baloncesto), el puerto donde se bañan o lavan la ropa, la escuela, el puesto de salud, etc.

El diálogo intercultural en la prestación de servicios de salud

El diálogo en la prestación de servicios de salud se presenta en tres instancias en AIZA (el médico tradicional, el médico occidental con el promotor de salud y el médico occidental en el centro de salud).

Medicina tradicional: para ser médico tradicional indígena se necesita una formación continua que pasa la mayoría de veces de padre a hijo, implica normas específicas, dietas y comportamientos que se incluyen en la formación. En la mayoría de los casos inicia en la niñez y dura varios años (más de cinco), las comunidades empiezan a reconocer y a respetar al nuevo tradicional o aprendiz a partir de los buenos resultados.

En la asociación AIZA existen 16 médicos tradicionales, reconocidos por las comunidades. En algunas de ellas, como Cartagena, los comuneros se reúnen dos veces a la semana en el mameadero⁷ de la maloca donde dialogan y comparten diferentes asuntos o temas que ellos consideran importantes o necesarios discutir. Los temas son variados desde la planeación de actividades comunitarias como una minga para la chagra comunitaria, podar la comunidad, etc., no existe una agenda de los temas a tratar.

También en este espacio las familias asisten cuando alguna persona está enferma, si el sujeto puede desplazarse llega hasta la maloca, de lo contrario un familiar se dirige a esta y le pide al médico tradicional indígena el favor de mirar y curar a la persona enferma en la casa; en esta medicina no importa el lugar donde se atiende a la persona, puede ser: la hamaca de la casa, la cocina, la maloca, etc. Los pacientes no se preocupan si llevan la mejor ropa, existe un protocolo de atención que excluye las formalidades occidentales tales como: "siéntese señora" nombre, edad, fecha de nacimiento, nombre de la Empresa Promotora de Salud (EPS)⁸, toma de signos vitales, etc. Ningún médico tradicional hace distinción por la etnia a la que se pertenece o si eres no indígena, lo importante es pedir con humildad, siempre hay una reciprocidad, no en dinero pero sí en pilas, linterna, gasolina, jabón, cigarrillos, lo que la persona considere pertinente y esté dentro de las posibilidades, "es un sistema de intercambio y reciprocidad". En esta medicina las personas son las que deciden qué es un caso o un evento de salud, de acuerdo a una interiorización de creencias.

El médico tradicional no solamente es ordenador de medicinas o procedimientos, también participa del tratamiento, como por ejemplo: en la mordedura de culebra hay dietas alimentarias y de actividades no solamente para el paciente, sino también para la familia y el médico tradicional, porque es un diálogo donde todos unidos energéticamente contribuyen al restablecimiento de ese sistema en la persona "enferma", reconociendo que la persona tiene una estrecha relación con su entorno: naturaleza, río, animales, personas, etc. En este espacio de curación se acompaña con los elementos

⁵ Lugar donde las familias cultivan los alimentos y las plantas como la hoja de coca para hacer mambe, el cual es un elemento sagrado desde la cosmovisión indígena.

⁶ Lugar sagrado donde las comunidades realizan sus bailes tradicionales, curaciones, reuniones, etc.

⁷ Espacio de conversación dentro de la maloka, donde las personas comparten las experiencias e historias a través de los elementos sagrados (mambe y ambil).

⁸ En el Sistema de Salud Colombiano, es la encargada de administrar los recursos y contratar las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud.

sagrados de mambe⁹ y ambil¹⁰, los cuales son la representación del hombre y la mujer de acuerdo a la cosmovisión indígena.

Las personas de la comunidad, por lo general, asisten como primera instancia ante la pérdida del equilibrio al médico tradicional indígena, si el médico tradicional considera pertinente remitir a la persona a la medicina occidental lo realiza a través del promotor de salud de la comunidad. En las comunidades, el promotor y tradicional trabajan mancomunadamente para mantener la salud de los comuneros; en algunos casos cuando las personas llegan primero donde el promotor, este le informa al médico tradicional del evento y pide la colaboración de él. Algunos eventos no pasan primero por el médico tradicional como el caso de una herida que necesite sutura, primero pasa por el promotor y después del procedimiento, va al médico tradicional para trabajar mancomunadamente en que la herida no se infecte; de esta manera trabajan diariamente.

A los promotores, de acuerdo con la normatividad colombiana, no les corresponde realizar suturas o procedimientos. Sin embargo, por las distancias, algunas comunidades están a ocho horas o más del centro de salud sin garantías de transporte por no ser una urgencia de acuerdo al Sistema de Salud Colombiano, las comunidades tienen confianza en los conocimientos de los promotores, quienes tienen una experiencia promedio de 12 años.

Medicina occidental con el promotor de salud: la Asociación AIZA tiene 12 promotores de salud, cuatro de ellos son remunerados por la Dirección de Salud Departamental del Amazonas (DSDA), los ocho restantes tienen una bonificación por parte de la asociación con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP); algunos promotores han desempeñado este cargo durante más de 12 años. De acuerdo al decreto 1811 de 1990 los promotores de salud de las comunidades indígenas tendrán el carácter de interlocutores permanentes entre las comunidades y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud para la ejecución de las acciones y programas convenidos. Respecto de la prescripción de medicamentos, el Decreto núm. 8361 en su artículo 38 establece que solamente los médicos, odontólogos y veterinarios en ejercicio legal de sus profesiones pueden prescribirlos.

Actualmente los promotores de salud forman parte del equipo Gestión Integral de Salud Pública (GISP), de la Dirección de Salud Departamental del Amazonas. Esta los ha capacitado en diferentes temas como la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), vacunación, salud sexual y reproductiva, entre otras. Ellos no deberían, de acuerdo a la normatividad colombiana, prestar servicios tales como realizar suturas, pero la realidad es otra, en estas comunidades tan distantes y apartadas geográficamente, los promotores que cuentan con los conocimientos e insumos necesarios llevan a cabo procedimientos de sutura, además de apoyar en la atención de parto a las parteras.

El promotor mensualmente reporta a la DSDA las actividades desarrolladas en la comunidad. Dentro de sus funciones está dar charlas y visitas casa a casa como estrategia de prevención; ellos como interlocutores realizan el diálogo de una manera distinta de como una persona no indígena lo pensaría, por ejemplo: no cita a la comunidad para que se reúna y dar una charla de signos de alarma para los niños menores de 5 años, por el contrario él da la charla a la comunidad cuando están en minga previo análisis de la pertinencia del tema en esa época, cuando están en la minga a la hora de descanso, tomando masato o caguana empiezan a conversar, es un protocolo basado en el diálogo informal, personalizado, todas las personas comparten, hablan respecto a cómo están los niños. Si tienen gripa, entre todos se aconsejan remedios naturales con plantas o actividades que no deben hacer, como dejarlo asolear mucho, entre otras; el lenguaje utilizado por el promotor es lo más sencillo y claro posible para que todos entiendan, de tal manera que no parece una charla sino más bien un conversatorio y diálogo entre todos. También hablan de otras cosas, como por ejemplo: qué hombres fueron de pesca, cómo les fue, si vieron algo en especial o si tienen alguna anécdota.

El secretario de salud de la asociación refiere que para la visita de comisiones de salud él solicita que avisen con anticipación, pero esto no siempre se da, por lo cual no hay tiempo para preparar la atención de la comunidad con calidad. Igualmente, el promotor de salud realiza un diálogo con su comunidad, en su carácter de interlocutor entre la comunidad y la institucionalidad Centro de Salud de Arica (CSA).

Medicina occidental en el centro de salud de Arica: en la comunidad de Arica está ubicado el Centro de Salud de Arica (CSA), es una Institución Prestadora de Salud (IPS) de primer nivel, en él se encuentran cuatro profesionales realizando el servicio social obligatorio. A partir de la ley 50 de 1981 se reglamenta el Servicio Social Obligatorio (SSO) en todo el

⁹ Elemento sagrado hecho de hoja de coca y yarumo.

¹⁰ Elemento sagrado hecho de tabaco y sal de monte.

territorio nacional y para todas las carreras universitarias del área de salud, el cual se prestará por una única vez en poblaciones pobres y vulnerables. En esta institución se encuentra un médico, una enfermera, un odontólogo, un bacteriólogo y un auxiliar de enfermería, no siempre el equipo de profesionales, que procede de distintas regiones del país, está completo.

La inducción a estos profesionales antes de 2008 la realizaba solamente la DSDA, ahora está a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia en colaboración con la DSDA, y en ambas instancias no les proporcionan a los profesionales las herramientas de contexto para llevar a cabo un diálogo intercultural; en especial omiten informar sobre la existencia de conceptos, como la salud propia para las comunidades, valorar la diversidad cultural, dar a conocer prácticas que para los indígenas van en pro de mejorar la salud tales como las dietas, bailes, etc., y que el objetivo es trabajar mancomunadamente para complementarse y no crear conflictos entre ambas medicinas; además de la importancia de respetar la organización política administrativa de la asociación.

En los últimos años el centro de salud ha tenido una decadencia en el suministro de insumos como medicamentos, gasolina, materiales (guantes, jeringas, etc.) hecho cada vez más notorio a partir de la ley 1122 del año 2007, que prohibió a las entidades territoriales prestar directamente los servicios de salud, razón por la cual los hospitales funcionan a través de la figura de una Empresa Social del Estado (ESE) en el ámbito departamental, quedando los centro de salud a cargo del Hospital Departamental San Rafael de Leticia de II nivel.

La mayoría de las personas de las comunidades distantes asisten al centro de salud como último recurso, otros prefieren sanar sus dolencias con medicamentos occidentales comprados en el Estrecho (Perú) porque han dejado sus prácticas tradicionales y como consecuencia a la escasez de medicamentos en el centro de salud de Arica, en este contexto las poblaciones se están orientando a volver a sus prácticas tradicionales.

El diálogo intercultural en la prestación de los servicios de salud con las personas de la comunidades de AIZA depende de los profesionales, así como van personas que creen y tratan de conocer un poco la medicina tradicional, hay otros que no les interesa o que la reconocen pero no saben cómo acercarse e interactuar en la práctica con estos sistemas de conocimientos. Estas diferentes posturas puede crear tensiones en la convivencia entre los profesionales que van a prestar el Servicio Social Obligatorio en la Asociación indígena.

Las personas indígenas que asisten al centro de salud procuran ir con sus mejores trajes. Cuando entran al mismo, hay una primera barrera visual de tipo administrativo como es un escritorio, al otro lado está el auxiliar de enfermería cumplimentando unos Registros de Información de Prestación de Servicios (RIPS), con los datos personales, listo para sacar la historia clínica del paciente, no sin antes corroborar a cuál EPS pertenece y que esta tenga habilitado el servicio de consulta externa o de lo contrario deberá ser atendido en urgencias, entendida dentro del sistema de salud colombiano, no desde las necesidades o prioridades de las personas.

Después de esperar el turno en el horario de atención del centro de salud de 8:00 a 12 am y de 2 a 5 pm, sin tener en cuenta si vienen de lugares lejanos, los hacen pasar al consultorio en el que se encuentra el profesional de la salud al otro lado de un escritorio con una bata blanca o un uniforme, quien pregunta el motivo de consulta, realiza el examen físico; unos profesionales, mejores en ese sentido que otros, formulan los medicamentos que posteriormente entregará la enfermera o el médico sin cerciorarse que las personas entiendan las indicaciones. En las consultas no se pregunta si ha visitado a algún médico tradicional y si son personas de la tercera edad; tampoco se cuenta con un intérprete, para lo cual el usuario depende del poco o mucho español que hable.

Sin embargo, también hay profesionales de la salud que han pasado y han mambeado, ido de pesca con los indígenas, asistido en las noches a la maloca para compartir, han acompañado a las reuniones de la asociación en un intento de entender, respetar y complementar las dos medicinas, pero desafortunadamente esto es momentáneo porque siempre están sujetos a la incertidumbre de cómo será el siguiente profesional que llegue. En ese sentido no hay un diálogo intercultural constante y de manera permanente en la prestación de los servicios de salud en el Centro de Salud de Arica.

Discusión y conclusiones

Existe una serie de diferencias en la definición de diálogo intercultural puestas al descubierto: para las comunidades indígenas el diálogo se lleva a cabo entre seres humanos, etnias, clanes, seres de la naturaleza, espíritus y energías; este diálogo es necesario para mantener el equilibrio, y por ende la salud de las comunidades. Para la institucionalidad el intercambio intercultural se realiza solo entre seres humanos con respeto, tiempo, transparencia y sinceridad. El estudio ratifica la interculturalidad como propuesta en el abordaje los servicios en salud (24,25).

Por otro lado, las diferencias expuestas en la prestación de los servicios de salud desde la medicina occidental y tradicional, en la cual el trato con el médico tradicional y promotor de salud es: cercano, de confianza, con tranquilidad, de acuerdo con un protocolo cultural para la atención, las personas se hacen responsables de sus cuerpos sin dejar de lado sus creencias, y no hay barreras visuales, de tiempo y espacio. En contraste, el diálogo en la prestación de los servicios de salud occidental presenta dificultades entre otras por la falta de herramientas para los profesionales, que deberían ser proporcionadas por la academia, la entidad territorial y la sociedad. Un asunto especial es la necesidad de reflexionar sobre el significado del término "urgencia" en estos territorios distantes: ¿un dolor de muela de tres días no es una urgencia? La investigación confirma la importancia de los valores socioculturales como motores de transformación (26) en los profesionales de la salud, además de brindar cuidados culturalmente competentes en los diferentes escenarios de la salud (27).

Así mismo, es necesario cerciorarse que los profesionales de la salud cuenten con conocimientos específicos para el contexto, como por ejemplo leer una gota gruesa para diagnosticar la malaria, en el caso de bacteriólogo; saber hacer un examen físico, saber hacer un examen físico, diagnosticar y prescribir medicamentos además de corroborar que las personas han entendido las indicaciones en el caso del médico; conocer y saber administrar medicamentos, realizar una citología, en el caso de la enfermera; estos son algunos ejemplos para estar en las capacidades de desempeñarse en estos territorios tan apartados y distantes.

Todo ello resulta de interés a la hora de plantear enfoques, como por ejemplo, cómo debe ser la formación de los nuevos profesionales frente a la interacción con otros sistemas de conocimiento; cómo lograr que las políticas nacionales de los diferentes países adopten el diálogo intercultural como un indicador en la prestación de los servicios de salud y que se garantice la implementación de protocolos interculturales en la atención de estas comunidades.

Bibliografía

- [1] Diálogo intercultural é indispensável num mundo cada vez mais interligado. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. [internet] [citado 13 may 2018]. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/28103-diálogo-intercultural-e-indispensavel-num-mundo-cada-vez-mais-interligado>
- [2] Enrique D. Enrique Dussel. [internet].; 2202 [cited 13 may 2018]. Available from: <http://enriquedussel.com/>
- [3] Arica AIZA, Amazonas DSDA. Diagnóstico de Salud de la Asociación Indígena Zonal de AIZA Leticia. Colombia: Secretaria de Salud Departamental del Amazonas; 2013.
- [4] WHO Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons: Ageing and Health Technical Report. Geneva: WHO; 2004.
- [5] Ministerio de Salud y la Protección Social. Ley 100 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 1993.
- [6] Minsiterio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud Según Regiones Colombia Bogotá. Bogotá: Minsiterio de Salud y Protección Social; 2013.
- [7] Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC. ONIC [internet]; 2015 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.onic.org.co/noticias/818-ponencia-organizacion-nacional-indigena-de-colombia-onic>
- [8] Resolución 1058. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 2010.
- [9] Constitución Política de Colombia. Bogotá: Corte Constitucional; 1991.
- [10] Ley 691. Bogotá: Ministerio del Interior y de Justicia; 2001.
- [11] Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1989.
- [12] Plan de desarrollo del Departamento del Amazonas. Leticia: Gobernación del Amazonas; 2012.
- [13] Colombia una nación multicultural. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas; 2006.
- [14] Mejía Valenzuela A. La Amazonia Colombiana. Sociedad Geográfica de Colombia. 1983; 36.
- [15] Gómez López A. Cauchería y conflictos colombo peruanos, fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural de la Amazonia Colombiana. Bogotá: COAMA; 1990.
- [16] William HM. Plagas y pueblos. Siglo XXI editores; 1984.

- [17] Banco de la República Centro de Estudios Económicos Regionales. Economía Regional Bogotá: Banco de la República; 2013.
- [18] Rojas S. Historia de Leticia Amazonas Colombia. Amazonasleticia.com [internet] 2013 [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://amazonasleticia.co/historia-de-leticia-amazonas-colombia/>
- [19] WWF. Informe Causas de la ilegalidad de la madera en Colombia un estudio sobre los flujos del comercio de la madera, los actores y los impactos de la tala ilegal. Bogotá: WWF; 2012.
- [20] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Monitoreo de Cultivos de Coca 2014. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2015.
- [21] Borgdan T. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
- [22] Guber R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Norma; 2001.
- [23] Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 1999.
- [24] Mocellin Raymundo M. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. Rev. bioét. 2013; 21(2).
- [25] Duarte Dantas S. Diálogos Interculturais Reflexões Interdisciplinares. Sao Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo; 2012.
- [26] Ferrer Arnedo C. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. Iberoamericana de Enfermería comunitaria RIdEC. 2011; 4(2).
- [27] Gilbert J. Reflecting on intercultural dialogue in nursing. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(1):131-6.