



Incidencia de determinantes socioculturales en intervenciones de salud en la comunidad Embera, Colombia

Martha Milena Bautista Gómez

 <https://orcid.org/0000-0002-8958-2099>

Universidad Icesi/Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médica (CIDEIM), Colombia
mmbautista@cideim.org.co

Laura Sofia Zuluaga Gutiérrez

 <https://orcid.org/0000-0001-6244-4529>

Universidad Icesi/Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médica (CIDEIM), Colombia
lszuluaga@cideim.org.co

RESUMEN

La desigualdad en el acceso a la salud es un gran reto que afecta desproporcionadamente a los grupos sociales más vulnerables. En Pueblo Rico (Colombia), esta desigualdad afecta principalmente a la población indígena. Este estudio busca comprender los determinantes sociales que afectan la salud de esta población, en cuanto a limitantes territoriales, sociales, económicos y culturales; y dilucidar cuáles de estos factores pueden ser intervenidos para contribuir a una mayor equidad en la salud. Los resultados muestran que la salud de la población embera es afectada por la segregación socioespacial del territorio, la alta vulnerabilidad debido a la exclusión, pobreza y violencia histórica; y a conflictos culturales de la salud relacionados con la falta de reconocimiento y estructuras de poder desiguales. Estas condiciones hacen que sea una comunidad compleja de intervenir, que requiere intervenciones en salud diferenciales y culturalmente adaptadas que favorezcan la inclusión de los grupos más vulnerables y que fomenten el desarrollo de capacidades de la población.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, Inequidades en salud, Disparidades en atención de salud, Salud de las minorías étnicas.



Incidence of Sociocultural Determinants in Health Interventions in the Embera Community, Colombia

ABSTRACT

The inequality in access to health is one of the great challenges in health that disproportionately affects the most vulnerable social groups. In Pueblo Rico (Colombia), there is a wide inequality in access to and quality of health that disproportionately affects the indigenous population. This study aims to understand the social determinants that affect the health of this population, in terms of territorial, social, economic, and cultural limitations; and to elucidate which of these factors are possible to intervene in order to contribute to greater equity in health. It was found that the health of the Embera population is affected by complex socio-spatial segregation, high vulnerability due to factors of exclusion, poverty, and violence, and cultural conflicts due to the lack of recognition and unequal power structures. These conditions make it a very complex community to intervene, so it requires differential and culturally adapted health interventions that favor the inclusion of the most vulnerable groups and that promote the development of capacities of the population through appropriate health interventions.

Keywords: Social determinants of health, Health inequities, Healthcare disparities, Health of ethnic minorities.

INTRODUCCIÓN

Alcanzar la cobertura universal y reducir la desigualdad en acceso a la salud es uno de los principales objetivos del desarrollo sostenible y uno de los grandes retos que enfrenta el mundo en materia de salud. A nivel mundial, esta desigualdad afecta desproporcionadamente a los grupos sociales más vulnerable. Como lo señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014) y el Banco Mundial (2015), las comunidades indígenas presentan mayores niveles de inequidad e inaccesibilidad en salud en comparación con otros grupos poblacionales. De igual forma, en Colombia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que la mortalidad materna para las mujeres no indígenas es de 48,42 por 100 000 nacidos vivos, en comparación con 152,9 entre las mujeres afrocolombianas y 355,65 entre las indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; OPS, 2021).

Múltiples factores determinan la salud y condicionan el acceso equitativo para los diversos grupos poblacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estos determinantes sociales de la salud se definen como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana», las cuales repercuten en la salud de la población y definen un acceso desigual a la misma. En Colombia, la población indígena ha enfrentado históricamente fuertes procesos de exclusión social, violencia y pobreza extrema que tienen un amplio impacto en la salud (OPS, 2013; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD Colombia, 2011).

Pese a que muchos de estos determinantes obedecen a problemas estructurales de orden nacional o regional, que no son posibles intervenir a nivel local, diversos estudios señalan lineamientos que pueden contribuir positivamente a mejorar tales condiciones de inequidad, como la generación de espacios de participación

comunitaria para lograr mayor efectividad, asequibilidad y aceptabilidad de la salud (Urbina Fuentes & González Block, 2012), la inclusión de la dimensión cultural de la salud para reducir desigualdades (Torri, 2010) y la educación para mejorar los indicadores de salud en poblaciones rurales (Smith *et al.*, 2006).

El presente estudio se realizó en Colombia, en el municipio de Pueblo Rico, ubicado en el departamento de Risaralda entre la región andina y la selva del pacífico colombiano, en el área denominada Chocó biogeográfico, reconocida por su riqueza natural y cultural, así como por sus condiciones de pobreza y violencia. El 99,96 % del territorio de Pueblo Rico es rural-disperso conformado por 84 veredas, mientras que el 0,04 % del territorio urbano está conformado por un centro poblado principal y el asentamiento urbano de Santa Cecilia (Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC, 2014). Su población de 13 125 habitantes es culturalmente diversa, con un 36,1 % indígena, el 15,1 % negra y el 48,8 % mestiza (Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, 2005).

Esta investigación se centra en la población indígena de la comunidad Embera y su interacción con las demás etnias. A nivel sociocultural, los embera son una comunidad de tipo tradicional, sus miembros están unidos por lazos de parentesco cercanos y fuertes vínculos de solidaridad, la acción individual está supeditada a las normas sociales, y hay una alta homogeneidad entre sus miembros (Tönnies, 1979). Los embera tienen autonomía política, su máxima autoridad es el cabildo indígena, se rigen por el derecho mayor¹ y el orden social está orientado por la tradición (Consejo Regional Indígena de Risaralda – CRIR, 2012). Algunos de sus rasgos culturales fundamentales son la lengua embera, su concepción circular del tiempo, la relación indivisible individuo-territorio como un entorno armónico y su perspectiva comunitaria de la vida (Zuluaga, 1997).

En términos de salud, existe una amplia desigualdad en el acceso y calidad de la salud en Pueblo Rico, que afecta desproporcionadamente a la población indígena. Sus condiciones de salud están determinadas por factores asociados al territorio en cuanto a las barreras de acceso a la salud por su ruralidad dispersa y limitada infraestructura sanitaria, intervienen también factores ambientales por su ecosistema de selva húmeda tropical, así como factores culturales relacionados con prácticas de vida que deterioran la salud, y factores socioeconómicos derivados de la pobreza y la falta de agua potable. Las principales causas de mortalidad y morbilidad son: multiparasitismo, enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA), enfermedades relacionadas con

¹ Derechos como miembros de las comunidades y pueblos originarios.

afectaciones a los riñones y la desnutrición (en niños y adultos mayores), así como enfermedades infecciosas: malaria, leishmaniasis, tuberculosis y dengue (Alcaldía Municipal de Pueblo Rico, 2018); todas ellas documentadas desde los años noventa (Zuluaga, 1995).

Este estudio busca comprender los determinantes sociales que afectan la salud de la población indígena del municipio de Pueblo Rico, en cuanto a los limitantes territoriales, sociales, económicos y culturales que enfrenta la comunidad Embera para el acceso y atención en salud; y dilucidar cuáles de estos factores son posibles de intervenir desde el nivel local, identificando estrategias diferenciales, participativas y culturalmente apropiadas, con el fin de contribuir a una mayor equidad en la salud de esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó a través de una metodología cualitativa, siguiendo los principios y técnicas de la etnografía, con el fin de estudiar los patrones compartidos de comportamiento, creencias, valores y lenguaje de un grupo cultural (Cresswell, 2007), para comprender los determinantes sociales de la salud de la población embera.

El corpus metodológico está compuesto por datos secundarios de tipo documental provenientes de informes, documentos públicos e investigaciones, y datos estadísticos sobre la estructura poblacional y la salud del municipio. Los datos primarios, recolectados entre abril y diciembre de 2019, los conforman 30 entrevistas abiertas con líderes comunitarios y trabajadores de la salud, que vivían o trabajaban en el área rural de Pueblo Rico. Los participantes de las entrevistas se seleccionaron por medio de un muestreo por conveniencia, usando el método de bola de nieve hasta alcanzar la saturación de los datos. Las entrevistas se desarrollaron de manera presencial en los lugares de trabajo o vivienda de los participantes, o en lugares públicos de fácil acceso; estas tuvieron una duración de entre 30 y 60 minutos. Asimismo, se utilizó el método de observación participante durante las salidas de campo a las comunidades, conversaciones informales y reuniones con organizaciones sociales e instituciones de salud, a partir de lo cual se produjeron 12 diarios de campo y registros fotográficos.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes y posteriormente se transcribieron; estas junto con los diarios de campo pasaron por un proceso de revisión y aprobación para asegurar su calidad, realizando

ediciones y aclaraciones cuando fue necesario. Los datos fueron codificados en el software NVivo, realizando un análisis temático a través de las categorías: dinámicas del territorio, tipologías de la población, acceso y atención en salud y dimensión cultural de la salud. Algunos fragmentos de las entrevistas y diarios de campo se presentan a lo largo del artículo con una función ilustrativa, para sintetizar fragmentos representativos de los participantes.

Los procedimientos del estudio se desarrollaron de acuerdo con el protocolo número 1272 aprobado por el Comité Institucional de Ética del Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes del estudio y se tomaron medidas para preservar la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Segregación y aislamiento del territorio

El territorio de Pueblo Rico es altamente aislado, el 76,9 % es bosque húmedo tropical, el 12,11 % son pastos, y el restante 10,99 % corresponde a zonas de vivienda aisladas entre sí (Alcaldía Municipal de Pueblo Rico, 2016). Dicho aislamiento dificulta el desarrollo de la infraestructura vial, el acceso a servicios públicos y otros servicios sociales del Estado; factores que, a su vez, traen consigo altos niveles de pobreza, bajo control estatal y favorecen la presencia de conflicto armado, aumentando aún más su grado de aislamiento.

Pueblo Rico es un municipio ampliamente segregado desde el punto de vista geográfico, cultural y político, hasta tal punto que se pueden diferenciar claramente tres microterritorios: el territorio mestizo, el territorio de negritudes y el territorio indígena. Cada uno de estos grupos poblacionales «imprimen una organización espacial en el territorio, visualmente diferenciable en el paisaje» (Arcila-Burgos, 2009, p. 32), como se describe a continuación:

[...] la gente de la parte mestiza vive en una cultura, una forma de construir sus casas, una forma de trabajar la tierra muy diferente a la del afro y a la del indígena... Entonces si estamos en la parte mestiza, la mayoría se dedica al cultivo de la caña, a producir la panela, la parte de la caficultura, producen el café, eso es más hacia Pueblo Rico, de Itaurí para arriba... Acá la parte afro se ha dedicado a la minería artesanal, a los cultivos, el banano, la yuca, el ñame. Y las comunidades indígenas, también se dedican al cultivo del cacao [...] (entrevistado N°. 6, docente, comunicación personal, 6 de junio de 2019).

El microterritorio mestizo es la zona urbana del municipio (ver Figura 1) y las veredas cercanas. Ambiental y culturalmente, esta zona comparte las características del eje cafetero², tiene un clima templado, una producción agropecuaria intensiva principalmente de café y conserva una arquitectura heredada de la colonización antioqueña³; tiene vías de comunicación adecuadas con la capital del departamento, así como un transporte público frecuente. Es habitado principalmente por población mestiza, quienes concentran el poder político y socioeconómico del municipio. Las organizaciones sociales más representativas son las juntas de acción comunal.

Figura 1. Zona urbana de Pueblo Rico



Fuente: Fotografía digital tomada por Martha Milena Bautista.

² Es una región geográfica, cultural, económica y ecológica de Colombia, ubicada al centro-oeste del país, caracterizada por sus amplias zonas de cultivo de café y por su desarrollo turístico.

³ Proceso de establecimiento de campesinos sin tierra de la región de Antioquia en zonas aledañas inexploradas entre finales del siglo XIX e inicios del XX.

Figura 2. *Parque de Santa Cecilia*



Fuente: Fotografía digital tomada por Martha Milena Bautista.

El microterritorio de negritudes corresponde al corregimiento de Santa Cecilia (ver Figura 2), en donde se inicia la selva tropical del Chocó biogeográfico, tiene una infraestructura vial en muy regulares condiciones, en su mayoría se encuentra sin pavimentar y presenta importantes problemáticas por sus condiciones ambientales como los frecuentes deslizamientos de tierra y fallas geológicas en la vía. De forma similar a otras zonas rurales y aisladas de Colombia, solo hay transporte público informal de mototaxi (o tuctuc) conocidos en la región como «chochos» y los Jeep Willys. Principalmente, es un territorio habitado por población negra, quienes tienen una posición intermedia en la escala social y controlan una parte del comercio en Santa Cecilia y las veredas cercanas. Tiene una producción agropecuaria de pequeña y mediana escala, principalmente de caña. Socialmente se encuentran organizados en dos consejos comunitarios: Piedras de Bachichi y de Santa Cecilia.

El microterritorio indígena corresponde al área rural más dispersa del municipio. Este forma parte de la zona selvática del pacífico colombiano, considerada una de las regiones de mayor biodiversidad y pluviosidad del mundo (Ministerio de Minas y Energía, 1988). Tiene un ecosistema de selva tropical húmeda con vegetación espesa, gran riqueza hídrica y de minerales como el oro y la plata. Similar a otras zonas selváticas del país, presenta el máximo grado de aislamiento

del municipio, cuenta con 95.26 km de vías terciarias que comunican las diferentes comunidades, las cuales se encuentran entre regular y muy mal estado, hasta llegar a veredas prácticamente incomunicadas, sin acceso vehicular, con una infraestructura muy precaria de caminos y puentes artesanales (Ver Figuras 3 y 4), que ciertamente son de alto riesgo para la población. El transporte público de Jeep Willys y mototaxis o chochos solo llega hasta las veredas principales y de allí en adelante puede haber tramos a pie hasta de ocho horas.

Figura 3. *Vereda Waysur*



Fuente: Fotografía digital tomada por
Martha Milena Bautista.

Figura 4. *Vereda Bajo Gito*



Fuente: Fotografía digital tomada por
Martha Milena Bautista.

Este microterritorio es habitado por la población indígena embera, quienes viven en pequeñas comunidades en medio de la selva (Ver Figura 5), y desarrollan cultivos de subsistencia para el abastecimiento familiar en fincas comunitarias ubicadas lejos de las viviendas. Adicionalmente, realizan minería artesanal especialmente de oro y se dedican al trabajo artesanal de joyería con shakiras. Estas comunidades se encuentran organizadas en los resguardos indígenas Gitó Dokabu y Unificado Embera Chamí, y presentan los más altos niveles de pobreza del municipio.

Figura 5. *Comunidad Embera de Dokabú*



Fuente: Fotografía digital tomada por Martha Milena Bautista.

Sin duda, todos estos factores territoriales determinan la salud. Por una parte, al ser territorios ambientalmente tan diversos, se dan condiciones de salud y enfermedad significativamente diferentes al vivir en un ambiente urbano de clima templado, en comparación a habitar un pequeño centro poblado de clima cálido húmedo, o vivir al interior de la selva tropical. Asimismo, el territorio impone un acceso muy desigual a los servicios de salud, mientras el territorio mestizo cuenta con un hospital de primer nivel, accesible en la zona urbana, que tiene unas condiciones adecuadas dentro del contexto colombiano; el territorio de negritudes cuenta con un puesto de salud, que resulta insuficiente para la cantidad de población y tiene servicios médicos limitados; y, por último, el territorio indígena no tiene servicios de salud en su territorio. De allí que la medicina ancestral, además de ser una tradición cultural, sea mucho más viable y accesible para la población rural dispersa.

Alta vulnerabilidad: exclusión social, violencia y pobreza extrema

Como lo documenta Zuluaga (1996) a lo largo de su historia, la población indígena ha vivido un proceso de exclusión social, económica y política. Durante la

conquista y la formación de la república, la población indígena de Pueblo Rico fue esclavizada, en el siglo XIX durante el proceso de colonización caucana y antioqueña perdieron inmensas extensiones de tierra, y en la segunda mitad del siglo XX, durante el periodo conocido como «la fiebre del oro», sus condiciones de vida y de trabajo eran deplorables, como se describe en el siguiente fragmento:

[...] todo este acaparamiento de tierras ancestrales obligó a los indígenas que tuvieron que entrar en vínculos con los colonos, en la que con engaños terminaban vendiendo su tierra y fuerza de trabajo [...]. El continuo embrutecimiento que generaba las duras jornadas de trabajo pesado, el excesivo consumo de licor y la evangelización religiosa generaban en el indígena una mentalidad de colonizados y de inferiores, sumado que la servidumbre feudal, la iglesia y las instituciones estatales les prohibían que hablaran en lengua propia, practicaran sus ritos y costumbres [...] (CRIR, 2012, p. 24).

El segundo factor de vulnerabilidad son los altos niveles de pobreza de la población. En los últimos 30 años, más de la mitad de la población de Pueblo Rico ha tenido necesidades básicas insatisfechas, en 1993 el NBI era 54 %, en 2005 era 52,91 % y en 2018 era 55 % (DANE, 1993, 2005, 2018). Los datos más recientes muestran que la zona rural dispersa tiene una pobreza multidimensional del 70,5 % (DANE, 2018).

Esto se corroboró durante las visitas a las comunidades, donde se evidenció que la mayoría de las viviendas tienen malas condiciones de infraestructura, presentan alto hacinamiento y precarias condiciones de habitabilidad. Además, se evidenciaron factores clave que denotan la precariedad de las condiciones de vida como la falta de alcantarillado, recolección de basuras y agua potable, los cuales suelen ser frecuentes en el área rural en Colombia. Asimismo, la falta de acceso domiciliario al agua y de saneamiento básico en la vivienda evidencian que esta es una de las zonas más pobres del país.

Aunque en todas las veredas la infraestructura es mínima, hay variaciones de acuerdo con la antigüedad y el grado de aislamiento. Las diferencias más significativas las determina: i. la infraestructura de las escuelas; ii. las vías o caminos de acceso, la distancia a la vía vehicular y el tiempo de desplazamiento por caminos de herradura; iii. los espacios comunitarios como salones comunales, billares, etc., que solo se encuentra en las veredas menos aisladas en las que viven los líderes y familias más representativas de la comunidad. Algunas de estas condiciones se evidencian en el siguiente fragmento:

[...] la vereda Waysur es la vereda más pequeña, con las viviendas concentradas en torno al camino y termina en la escuela, esta escuela tiene una estructura mucho más simple que la de otras veredas, hay dos salones que básicamente son guaduas de soporte con un techo improvisado y polisombra en uno de los costados. Aunque en todas las veredas la infraestructura comunitaria es muy limitada, en Waysur es prácticamente inexistente, no solo la escuela, también el camino, y prácticamente no hay organización espacial, nos contaba el profesor que el único servicio que tienen es electricidad, el agua tienen que traerla del río, no llega a las casas [...] (diario de campo 6, visita veredas Santa Rita, Arenales y Wuaysur, 6 de junio de 2019).

El tercer factor de alto impacto es la violencia. El municipio ha sido una zona de alto conflicto armado dadas sus características geográficas y su riqueza natural. Durante mucho tiempo, los grupos armados tuvieron un control muy importante sobre el territorio, llegando a manejar una institucionalidad paralela al Estado. Existen evidencias de diferentes procesos de violencia relacionados con cultivos ilícitos, minas antipersonales y todo tipo de hechos victimizantes, como asesinatos de civiles, líderes, policías y militares, secuestros, desapariciones, tomas violentas, desplazamiento forzado, etc. Según la Unidad de Víctimas existe en Pueblo Rico 5699 víctimas y cuatro sujetos de reparación colectiva⁴ (Alcaldía Municipal de Pueblo Rico, 2016). A pesar de que, tras la firma del acuerdo de paz con las FARC en el 2012, hubo un desescalonamiento del conflicto que se vio reflejado en una significativa reducción de la violencia, continúa la persecución a líderes sociales y se evidencian indicios sobre reaparición del conflicto:

El jefe del cabildo mencionó que durante el gobierno de Santos tuvieron seis años tranquilos en los que no era necesario «dormir vestidos», probablemente se refiere a que en las zonas de alto conflicto armado la población estaba siempre alerta para tener que salir corriendo para proteger su vida y la de sus familias. Mencionó que actualmente nuevamente hay comunidades que no pueden dormir tranquilas [...] (diario de campo 7, asamblea cabildo, 7 de Junio de 2019).

Pueblo Rico presenta fracturas a nivel individual y social muy profundas como consecuencia de la violencia, manifestadas en la desconfianza de la gente en el trato con personas externas, así como un alto nivel de hechos delictivos que no suelen ser frecuentes en comunidades rurales pequeñas como el microtráfico, robos, riñas, etc. Adicionalmente, en Pueblo Rico confluyen diferentes tipos de

⁴ Comunidades campesinas y barriales, comunidades y pueblos étnicos, organizaciones, grupos y movimientos sociales que sufrieron daños colectivos.

pobladores con experiencias traumáticas de la violencia como reinsertados de grupos armados, población desplazada que ha retornado, sumado a toda la población, que al haber permanecido en el territorio, tuvo igualmente experiencias de violencia muy fuertes.

Esta vulnerabilidad de la población denota muchas de sus condiciones de salud. Por una parte, la falta de acceso al agua, el consumo de agua no potable, el hacinamiento y las prácticas inadecuadas de higiene y la malnutrición son causantes de muchas de las enfermedades que padecen los indígenas. Por otra parte, tal exclusión para la población indígena también se ha producido en el acceso a los servicios sociales del Estado, tales como educación, salud, infraestructura, trabajo bien remunerado, entre otros, que sin duda dificultan la educación en salud, la incorporación de buenas prácticas en salud y prevención de enfermedades.

Conflictos culturales en la salud

En Pueblo Rico se evidencian conflictos originados por la falta de reconocimiento de las diferencias culturales y la estructura de poder desigual entre mestizos, negros e indígenas. Como lo describe el siguiente fragmento:

[...] aunque de Pueblo Rico se hable como un municipio triétnico, pero allá hay muchísimas barreras étnicas, hay racismo [...] no estamos preparados para que ellos [los indígenas] lleguen allá [al hospital]. No estamos preparados para atender a personas con características étnicas diferenciales, y nos cuesta mucho entender (entrevistado N°. 30, trabajador de salud, comunicación personal, 1 de julio de 2021).

La primera ruptura cultural se encuentra en la comunicación. Por una parte, la lengua nativa de la población indígena es el embera, aunque hablan español no hay una comprensión total del idioma, y el personal de salud suele hablar solo español. Dichas barreras se profundizan aún más cuando chocan entre sí el lenguaje técnico y conocimiento teórico que puede tener el trabajador de salud mestizo, con el muy bajo nivel de escolaridad y quizá el aprendizaje de tipo práctico que puede tener la población embera. Como resultado, puede haber una comprensión muy limitada de la población indígena y depende en gran parte de la habilidad del trabajador de salud para identificar y solucionar estas barreras, como se describe a continuación:

[...] los indígenas a cualquier cosa responden «sí», pero lo más indicado es decirles que repitan la información que uno da, para asegurarse que hayan entendido. Igualmente por teléfono hay que preguntar enfáticamente el nombre de la persona, para evitar hablar con la persona equivocada sin darse cuenta, ya que el indígena va a dejar que uno siga hablando sin decirle nunca que está hablando con la persona equivocada. El problema de comunicación es una realidad y es necesario todo el tiempo estar haciendo preguntas de control (diario de campo 11, reunión institución de salud, 22 de julio de 2019).

De igual forma, las rupturas culturales se evidencian en las continuas fricciones que se presentan entre la medicina ancestral y la occidental debido a la falta de reconocimiento de las diferencias culturales, y con ello de las diferentes formas de conocimientos y prácticas en salud. Existe una subvaloración por parte de la medicina occidental sobre los conocimientos ancestrales de parteras, curanderos y jaibanás, desconociendo que históricamente estos han sido el único recurso de atención en salud que han tenido este tipo de comunidades. A su vez, en algunos casos existe una percepción negativa desde la comunidad indígena hacia la medicina occidental, desconociendo los límites que tiene la medicina tradicional y la importancia de acudir a la occidental.

Tales conflictos históricamente anclados han generado una relación conflictiva entre la comunidad y las instituciones de salud que bloquea el mejoramiento de las condiciones de la salud. Desde el punto de vista de las instituciones, las precarias condiciones de salud de la población indígena son la consecuencia de la falta de interés y motivación de la comunidad en el cuidado de su salud; mientras que desde la perspectiva de la comunidad es una consecuencia de la falta de compromiso por parte de las instituciones, que en muchos casos se limitan a cumplir sus tareas, pero no buscan soluciones reales para los problemas de salud. Tal y como se describe en el siguiente fragmento:

[...] las instituciones culpan a la comunidad de no valorar los beneficios brindados, hablan de muchas experiencias que las comunidades no responden a los servicios institucionales, venden las cosas, roban los espacios creados para los programas, etc.; y en contraposición, el jefe del resguardo responde que las instituciones tienen que saber intervenir a las comunidades, y si los programas no funcionan es porque lo hacen mal... él [gobernador indígena] dice: «¿Ustedes se han llegado a replantear las acciones que hacen?» [...] menciona también que los indígenas han perdido la confianza frente a la institucionalidad, dice: «Si hay confianza ellos acatan» (diario de campo 10, reunión Pijao Salud, 22 de julio de 2019).

Dichos conflictos culturales y de distribución desigual del poder se evidencia en la falta de inclusión cultural en el diseño e implementación de las intervenciones en salud comunitaria, debido a que no hay mecanismos participativos plenamente establecidos. Las instituciones de salud locales están conformadas en su gran mayoría por trabajadores de salud mestizos, solo en el nivel auxiliar hay una escasa presencia de la población negra, y prácticamente está ausente la población indígena. Esto significa que los trabajadores de salud mestizos en su mayoría son quienes diseñan e implementan las intervenciones en salud desde su perspectiva cultural.

Como consecuencia de todas estas rupturas culturales, muchas de las acciones propuestas por las instituciones de salud no tienen correspondencia en la comunidad indígena. Dichas intervenciones, aunque pueden ser adecuadas desde el punto de vista clínico, no siempre tienen sentido desde la lógica indígena; puede ser porque no lo entienden, porque choca con su cultura o a veces porque no tienen sentido práctico en su contexto. Como consecuencia, se da una subutilización de los servicios en salud, en donde la población indígena no usa los recursos que entregan las instituciones de salud o no los usan de la forma esperada, como se presenta en el siguiente fragmento:

[...] unos sanitarios que donaron a las comunidades y la gente las cogió como materas para flores [...] la gente no sabe utilizar un sanitario porque nunca lo han tenido [...] y no le ven la utilidad, lo cual explica el comportamiento de usarlo como matera. Igualmente mencionó el uso de toldillos que es algo ajeno a su cultura, y también medidas como el traslado de las estufas del interior al exterior de las casas, lo cual aunque era una medida útil para prevenir enfermedades respiratorias chocaba con aspectos de su cosmovisión, en tanto que el fuego simboliza la fortaleza espiritual del hogar [...] (diario de campo 11, reunión institución de salud, 22 de julio de 2019).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran al menos tres claves para entender la complejidad de la comunidad Embera de Pueblo Rico y orientar estrategias para su intervención en el mejoramiento de la salud.

La primera de ellas es que el alto grado de vulnerabilidad de la población embera de Pueblo Rico hace que sea una comunidad muy compleja de intervenir. Las experiencias de exclusión social, violencia y pobreza extrema, como las que ha experimentado la población indígena de Pueblo Rico, generan fracturas

sociales muy profundas y casi irreparables en las comunidades que las padecen. La violencia genera daños morales, psicológicos, socioculturales, políticos y familiares de muy alto impacto. La pobreza y la exclusión social histórica tienen efectos sobre la salud (mortalidad prematura, desnutrición), sobre la educación (analfabetismo), sobre la economía (reproduce el círculo de la pobreza), entre otros (Giménez Mercado & Valente Adarme, 2016). Todos estos factores hacen que sean poblaciones muy complejas de intervenir, con quienes los mecanismos usuales de intervención con frecuencia no funcionan como se esperan.

Estas experiencias traumáticas a menudo afectan el relacionamiento de la población con actores externos. Por una parte, la violencia genera sentimientos de miedo manifiestos como un rechazo al relacionamiento con actores externos a la comunidad; y especialmente con quienes representan el poder, sea este económico, político o en conocimiento, puesto que los asocian como «agresores» (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Por otra parte, estas comunidades históricamente han sido mal intervenidas por el Estado, no solo en salud, sino en diversos campos, con acciones de corto plazo, ineficientes en su aparato burocrático, viciadas por el clientelismo y la corrupción (Marín *et al.*, 2013). Por ello, suele haber una profunda desconfianza por parte de las comunidades, que dificulta su relación con las instituciones públicas, y todas las acciones que de allí provienen.

Los comportamientos de la población embera que muestran bajo interés o corresponsabilidad por su salud, están relacionados con la gran cantidad de necesidades insatisfechas, razón por la cual la población da prioridad solo a las vitales y a los beneficios recibidos a corto plazo (Mullainathan & Shafir, 2016). Esto limita su capacidad y motivación para buscar atención en salud oportuna, antes de llegar a estados avanzados de enfermedad, y de participar en intervenciones de prevención, promoción o educación que podrían mejorar su salud a mediano o largo plazo. Adicionalmente, para muchas de estas comunidades, buscar atención en salud y/o participar en actividades de salud comunitaria puede generar pérdidas económicas por faltar al trabajo, gastos en transporte, alimentación o alojamiento, etc., desmotivando aún más su participación (Eid *et al.*, 2019; Sunyoto *et al.*, 2019).

Estos altos niveles de pobreza se vinculan con muy bajos niveles de educación de la población, lo cual tiene efectos negativos sobre su capacidad de razonar y actuar, limitando el desarrollo de sus capacidades e incluso puede llegar a inmovilizarlos (Sanz Ponce & Serrano Sarmiento, 2016). Muchos de sus comportamientos, que desde un punto de vista externo podrían considerarse como «irracionales

o no comprensibles» por no valorar lo que les favorece o las acciones que podrían mejorar sus condiciones de vida, están anclados en la falta de educación. Esto hace que muchas de las personas atrapadas en el círculo de la pobreza y con un nivel muy bajo de educación no sean conscientes de la precariedad de sus condiciones de vida, ni de las posibilidades que tendrían de cambiarlas.

Podría decirse que estas comunidades son como un organismo lesionado que no responde bien a los tratamientos o intervenciones, y de ser mal intervenidas, el resultado es aún peor. Por ello es muy importante dimensionar el grado de vulnerabilidad de estas comunidades y ser muy cuidadosos al intervenirlas, pues requieren de un diseño contextualizado, adaptado a los factores inmodificables (barreras territoriales, económicas, infraestructura), y conducente al desarrollo de capacidades.

En segundo lugar, es necesario el diseño de intervenciones en salud diferenciales y culturalmente adaptadas que favorezcan la inclusión de los grupos más vulnerables. En Pueblo Rico, cada microterritorio tiene una serie de características culturales, condiciones de vida, problemáticas y recursos sociales e institucionales diferentes, que requieren intervenciones específicas. Si bien existe una política definida para la salud de las comunidades indígenas en Colombia, en la práctica tal diferenciación debe reflejarse en el diseño de intervenciones tácitamente orientadas a la disminución de las barreras de acceso a la salud de estos grupos vulnerables. Como lo presentan diversos estudios, este enfoque diferencial puede ser clave para reducir las inequidades en salud de los grupos poblacionales más vulnerables (Balladelli *et al.*, 2007), y, por el contrario, la implementación de intervenciones genéricas con frecuencia limitan la aceptación y efectividad (Liu *et al.*, 2020) de las intervenciones en salud. Un caso ilustrativo al respecto es el Modelo de Atención Integral para la ruralidad de Sumapaz (Bautista-Gómez & van Niekerk, 2022), que logró mejorar significativamente el acceso y calidad de la salud de la población campesina tras implementar mecanismos como visitas domiciliarias de los profesionales de salud, rutas de la salud para facilitar el desplazamiento a la ciudad y garantizar el acceso a atención médica especializada, la designación de un asesor encargado de los procedimientos administrativos y burocráticos, etc.

En ese sentido, la adaptación de las intervenciones en salud al contexto es clave para su efectividad. Es necesario que el sistema de salud se adapte a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios de salud disponibles (Política de Atención Integral en Salud, 2016).

Las intervenciones deben ser culturalmente adaptadas de acuerdo a los patrones culturales y el contexto local, con el fin de impactar positivamente en

la efectividad y sostenibilidad de dichas intervenciones (Villarruel *et al.*, 2005) y lograr generar cambios de comportamiento en la población (Barrera *et al.*, 2013). Netto *et al.* (2010) señalan algunos principios para lograr tal adaptación que, para el caso de las problemáticas de Pueblo Rico, podríamos resumir así: i. basarse en los recursos comunitarios (sociales e institucionales); ii. identificar y abordar las barreras para el acceso y la participación que causan la baja corresponsabilidad de la salud; iii. desarrollar estrategias de comunicación que tengan en cuenta el uso del idioma y las necesidades de formación; iv. trabajar con los valores culturales y/o religiosos de la cultura embera que promueven o dificultan el cambio de comportamiento; y v. buscar que los participantes se identifiquen culturalmente con la intervención, es decir, que tengan lógica desde su cosmovisión.

El tercer factor clave, es el desarrollo de capacidades de la población. El desarrollo de capacidades es el proceso a través del cual «individuos, organizaciones y sociedades aumentan su capacidad de actuar, resolver problemas, definir objetivos, comprender y atender las necesidades de desarrollo para lograr los objetivos de manera sostenible» (Shrimpton *et al.*, 2014, p. 683). Dicho de otro modo, es el fomento de las habilidades y herramientas necesarias para que los individuos o sociedades logren la transformación social a través del empoderamiento (PNUD, 2009). En el caso de Pueblo Rico, la alta vulnerabilidad de la población indígena, así como su bajo nivel de escolaridad, las barreras de comunicación y los bajos niveles de participación, requieren que el desarrollo de capacidades sea una prioridad en cualquier tipo de intervención en salud.

Diversos autores señalan los siguientes factores claves para orientar en el desarrollo de capacidades: i. un proceso de sensibilización sobre las problemáticas sociales y retos en salud a nivel local, y el desarrollo del pensamiento crítico a través del aprendizaje de otras experiencias en contextos similares sobre soluciones creativas en salud (Cevallos & Amores, 2009; OPS, 2017); ii. el desarrollo de herramientas de liderazgo tanto para instituciones como para la comunidad, que promueva la corresponsabilidad y una actitud proactiva hacia el autocuidado de la salud (Congreso de la República de Colombia, 2011), conducentes a la transformación social (Baum, 2008; Espinosa de Restrepo, 2001); y iii. un proceso de educación en salud que permita a la comunidad acceder, entender y usar la información para la promoción de las buenas prácticas en salud (Nutbeam, 1998), mediante metodologías sociales y culturales adecuadas para poblaciones vulnerables, favoreciendo el aprendizaje experiencial y metodologías visuales (Mitchell *et al.*, 2017) restringiendo el uso de conceptos abstractos o teóricos, y las herramientas de lectoescritura (Kountz, 2009; Sudore & Schillinger, 2009).

Todo este proceso de desarrollo de capacidades tiene como fin lograr cambios culturales que mejoren la salud de las comunidades, e incluso más allá de la salud y de los proyectos particulares, les dé herramientas a nivel individual y comunitario que les sirvan para la vida. Estos cambios son procesos muy lentos que requieren intervenciones de larga duración (Bourdieu & Passeron, 1996), a través de un proceso de participación comunitaria en salud de forma constante y efectiva.

CONCLUSIÓN

Es necesario entender los determinantes socioculturales que afectan la salud de las comunidades vulnerables en profundidad, y con base en ellos definir las intervenciones en salud, pues son muchos los factores estructurales y problemáticas sociales que limitan la efectividad de las intervenciones en salud. Es fundamental enfocar las acciones en el desarrollo de capacidades de la población, pues esta es la base para cualquier transformación en salud. Se requiere que las intervenciones en salud sean diferenciales para la población indígena, pertinentes al territorio, culturalmente adecuadas y participativas.

REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal de Pueblo Rico. (2016). *Plan de Desarrollo 2016-2019*. Alcaldía Municipal de Pueblo Rico.
- Alcaldía Municipal de Pueblo Rico. (2018). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud ASIS*. Alcaldía Municipal de Pueblo Rico.
- Arcila-Burgos, K. (2009). Organización espacial: elementos de análisis con base en la expresión territorial de usos del suelo de la población rural asentada a lo largo del Eje Vial Tadó (Chocó)-Pueblo Rico (Risaralda). *Ambiente y Desarrollo*, 13(24), 29.
- Balladelli, P. P., Guzmán, J. M., Korc, M., Moreno, P., & Rivera, G. (2007). *Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Desarrollo de sistemas y servicios*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5671>
- Banco Mundial. (2015). *Latinoamérica indígena en el siglo XXI*. Banco Mundial.
- Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural Adaptations of Behavioral Health Interventions: A Progress Report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/a0027085>
- Baum, F. (2008). Foreword. En R. Labonté & G. Laverack (Eds.), *Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment* (pp. xiii-xvi). Palgrave.

- Bautista-Gómez, M. M., & van Niekerk, L. (2022). A Social Innovation Model for Equitable Access to Quality Health Services for Rural Populations: A Case from Sumapaz, a Rural District of Bogota, Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 21(23), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01619-2>
- Bourdieu, P., & Passeron, J. (1996). *Elementos para una teoría del sistema de enseñanza* (2ª ed.). Fontamara.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia. En Centro Nacional de Memoria Histórica (Ed.), *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad* (pp. 258-328). Imprenta Nacional.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2014). *Los pueblos indígenas en America Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. CEPAL.
- Cevallos, R., & Amores, A. (2009). *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*. PAHO. <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-01/servicios-salud-zonas-indigenas.pdf>
- Consejo Regional Indígena de Risaralda (CRIR). (2012). Plan de vida del pueblo embera de Risaralda. CRIR, CARDER.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2001 «Por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud y se distan otras disposiciones»*. Congreso de la República de Colombia.
- Cresswell, J. W. (2007). Five Qualitative Approches to Inquiry. En J. W. Cresswell (Ed.), *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Between Five Approaches* (pp. 53-84). Sage Publications.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (1993). *Censo General 1993*. DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2005). *Censo General 2005*. DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2018). *Censo General 2018*. DANE.
- Eid, D., San Sebastian, M., Hurtig, A.-K., & Goicolea, I. (2019). Leishmaniasis Patients' Pilgrimage to Access Health Care in Rural Bolivia: A Qualitative Study Using Human Rights to Health Approach. *BMC International Health and Human Rights*, 19, 12. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0196-4>

- Espinosa de Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 41-54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC. (2014). *Estudio Castral de Colombia*. IGAC.
- Kountz, D. S. (2009). Strategies for Improving Low Health Literacy. *Postgraduate Medicine*, 121(5), 171-177. <https://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2065>
- Liu, H., Huffman, M. D., & Trieu, K. (2020). The Role of Contextualisation in Enhancing Non-Communicable Disease Programmes and Policy Implementation to Achieve Health for All. *Health Research Policy and Systems*, 18, 38. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00553-5>
- Marín, G. M., Gómez, A. R., & Gutiérrez, A. M. R. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Hector Abad Gomez.
- Giménez Mercado, C. G., & Valente Adarme, X. V. (2016). Una aproximación a la pobreza desde el enfoque de capacidades de Amartya Sen. *Provincia*, (35), 99-149. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55548904005>
- Ministerio de Minas y Energía. (1988). *Memoria explicativa, mapa geológico de Colombia* INGEOMINAS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mitchell, C., De Lange, N., & Moletsane, R. (2017). *Participatory Visual Methodologies: Social Change, Community and Policy*. Sage.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2016). *Escasez: ¿por qué tener muy poco significa tanto?* Fondo de Cultura Económica.
- Netto, G., Bhopal, R., Lederle, N., Khatoon, J., & Jackson, A. (2010). How can Health Promotion Interventions be Adapted for Minority Ethnic Communities? Five Principles for Guiding the Development of Behavioural Interventions. *Health Promotion International*, 25(2), 248-257. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq012>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2017). *Social Determinants of Health*. WHO. http://www.who.int/social_determinants/en/
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2013). *La salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. OPS.

- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2017). *Política sobre etnicidad y salud. 29 Conferencia Sanitaria Panamericana*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2021). *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. OPS.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. (2009). *Desarrollo de capacidades: texto básico del PNUD*. PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD Colombia. (2011). *Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe nacional de desarrollo humano*. PNUD. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/nhdrcolombia2011eslow.pdf>
- Política de Atención Integral en Salud. (2016). *Política de Atención Integral en Salud – Hacia un nuevo Modelo País*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf>
- Sanz Ponce, J. R., & Serrano Sarmiento, Á. (2016). El desarrollo de capacidades en la educación. Una cuestión de justicia social. *Sinéctica*, (46). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-109X2016000100004&script=sci_abstract
- Shrimpton, R., Hughes, R., Recine, E., Mason, J.B., Sanders, D., Marks, G.C., & Margetts, B. (2014). Nutrition capacity development: a practice framework. *Public Health Nutr.*, 17(3), 682-688. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001213>.
- Smith, J. D., O’Dea, K., McDermott, R., Schmidt, B., & Connors, C. (2006). Educating to Improve Population Health Outcomes in Chronic Disease: An Innovative Workforce Initiative Across Remote, Rural and Indigenous Communities in Northern Australia. *Rural And Remote Health*, 6(3), 606. <https://www.rrh.org.au/journal/article/606>
- Sudore, R. L., & Schillinger, D. (2009). Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management: JCOM*, 16(1), 20-29. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2799039/>
- Sunyoto, T., Boelaert, M., & Meheus, F. (2019). Understanding the Economic Impact of Leishmaniasis on Households in Endemic Countries: A Systematic Review. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 17(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/14787210.2019.1555471>
- Tönnies, F. (1979). *Comunidad y sociedad*. Península.
- Torri, M. C. (2010). Health and Indigenous People: Intercultural Health as a New Paradigm Toward the Reduction of Cultural and Social Marginalization? *World Health & Population*, 12(1), 30-41. <https://www.longwoods.com/content/21887/world-health-population/health-and-indigenous-people-intercultural-health-as-a-new-paradigm-toward-the-reduction-of-cultura>

- Urbina Fuentes, M., & González Block, M. Á. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas* (1ª ed.). Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Villarruel, A. M., Jemmott, L. S., & Jemmott III, J. B. (2005). Designing a Culturally Based Intervention to Reduce HIV Sexual Risk for Latino Adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(2), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2005.01.001>
- Zuluaga, V. (1995). *Vida, pasión y muerte de los indígenas de Caldas y Risaralda* (2ª ed.). Colección.
- Zuluaga, V. (1996). *Extrañados en su tierra*. Ediciones Oriana.
- Zuluaga, V. (1997). *Mitos y leyendas de los Embera-Chamí*. Universidad Tecnológica de Pereira.