

Revista

Facultad Nacional de Salud Pública

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
revfnsp@caribe.udea.edu.co
ISSN : 0120-386X
COLOMBIA

2002

José Pablo Escobar V. / Dora Alba Corrales C. / Margarita Escobar M.
Luz Estella Ríos M. / Andrés José Álvarez A.

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS NASAS,
SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA,

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, julio-diciembre, año/vol. 20, número 002
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

**Situación de salud de las comunidades indígenas nasas,
municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca,
Colombia, 1999-2000**

*Health situation of indigenous Nasa communities, Santander de Quilichao,
Cauca, Colombia, 1999-2000*

*Luz Estella Ríos M.¹
Andrés José Álvarez A.¹
José Pablo Escobar V.²
Dora Alba Corrales C.³
Margarita Escobar M.⁴*

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y se complementó con un análisis cualitativo de tipo etnográfico sobre la situación de salud y las percepciones sobre los servicios de salud en cuatro comunidades indígenas. Con la participación de la red de promotores de salud y auxiliares voluntarios indígenas se aplicaron 211 encuestas familiares. Las comunidades indígenas nasas estudiadas presentaban una precaria situación de salud, principalmente manifiesta en regulares condiciones sanitarias de las viviendas, una economía de subsistencia y una elevada frecuencia de enfermedades infectocontagiosas, como la infección respiratoria, diarreica aguda, de la piel y la tuberculosis pulmonar. Los nasas conocían bien los servicios de salud que les ofrece la red propia e institucional, hacían buen uso de los recursos tradicionales de salud, que preservan su identidad cultural, en su comunidad se presentaba un sincretismo explícito que refleja la introducción de importantes prácticas curativas. El sistema de seguridad social en salud cubría un elevado porcentaje de la población, principalmente por medio del régimen subsidiado, pero aunque existía una empresa indígena para la atención de las personas, se presentaban dificultades de acceso colectivo a los servicios institucionales de salud.

Palabras clave

¹ Médicos, candidatos al título de magíster en epidemiología.

² Médico, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: jpev@guajiros.udea.edu.co.

³ Enfermera, magíster en salud colectiva; profesora de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia.

⁴ Estadística, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Recibido: 18 de julio de 2002. Aceptado: 17 de septiembre de 2002

Indígenas, situación de salud, agentes indígenas de salud.

Abstract

A study was carried out with a descriptive design including a cross section, which was complemented with a qualitative ethnographic analysis about health conditions and perceptions of health services in four indigenous communities. With the participation of the network of health promoters and voluntary indigenous assistants 211 family surveys were applied. The Nasas indigenous communities showed had a poor health status, mainly protruding in poor sanitary conditions in their homes, a subsistence economy and a high frequency of infectious diseases such as acute diarrheal diseases, acute respiratory infection, skin infections, and tuberculosis. The Nasas were aware about health services offered by their own institutional network, had an adequate usage of traditional health resources that preserve their cultural identity and there was an explicit syncretism that reveals the introduction of important curative practices. The social security health system covered a high proportion of population mainly through subsidiary regime, but even though they had an indigenous enterprise for health assistance, they also faced difficulties to access collectively to institutional health services.

Key words

Indigenous, health situation, indigenous health agents.

Introducción

Los nasas “somos los indígenas del departamento del Cauca, que constituimos la mayoría de la etnia paez, nombre que nos han dado los blancos”. El último censo nacional de población realizado en 1993 reportó 1.106.499 personas pertenecientes a las minorías étnicas (indígenas y negros), de los cuales 96.165 eran paezes, la agrupación étnica indígena más numerosa de las 89 reconocidas en el país.¹ En ese año, en el departamento del Cauca habitaban 979.231 personas, de las cuales el 63% de la población estaba asentada en la zona rural y pertenecía a grupos étnicos como los nasas, guambianos, totoroos, coconucos, yanacunas, epera siapidaras, inganos, mestizos, negros y blancos.^{1, 2, 3}

La comunidad indígena nasa, objeto de este estudio, se encuentra ubicada en las estribaciones occidentales de la cordillera central, en las faldas del cerro Munchique (figura 1), que posee vías carreteables y cuyo clima es de tres pisos térmicos. Hay abundantes fuentes de agua, provenientes del cerro Munchique, que pertenecen a la cuenca fluvial del río Cauca. Su topografía va desde suelos ondulados hasta montañosos; actualmente el 65% del suelo no tiene una explotación efectiva.³



Figura 1. Ubicación geográfica de las comunidades objeto de estudio

En el año de 1542 aparecieron por primera vez relatos de los nasas en las crónicas de Perú y en las de la conquista del Mar del Sur, hechos por Pedro Cieza de León, quien refiere de los nasas, su organización militar, su capacidad de lucha y su resistencia a la dominación.³

Con la Ley 89 de 1890 se estableció para los indígenas el conocido *Estatuto Indígena*, con el cual adquirieron una forma especial de gobierno, el cabildo, que interviene sobre un resguardo que abarca las tierras útiles para desarrollar sus vidas y sus formas de organización cultural.^{3, 4}

En los nasas las redes familiares son de parentescos y cognáticos al reconocer los parientes por ambas líneas. La unidad familiar está conformada por una familia extensa, que corresponde al grupo doméstico de padres e hijos, ampliada por abuelos, esposo(a) de los hijos y es común encontrar hasta tres generaciones en el mismo hogar. La autoridad es patriarcal y la mujer tiene importancia en la toma de decisiones. Actualmente se trata de conservar la familia como una forma de aglutinamiento primario y como fuerza de movilización para el reconocimiento del territorio del cabildo.^{2, 3}

Los nasas han sido horticultores de pancoger, con una tecnología agrícola de roza, tumba y quema. Se la denomina como una sociedad de armonía y equilibrio, característica de muchas culturas rurales, ágrafas y preindustriales. Entre algunos elementos de su cosmogonía se encuentran *t'iwe n'hi*, la naturaleza, *nasa we's*, el hombre nasa y *f'iz'en'i*, la armonía.^{2, 3} La comunidad nasa ha manejado su entorno ambiental de acuerdo con sus conocimientos y prácticas ancestrales con respeto a la naturaleza, permaneciendo en su territorio en contacto permanente y estable con la tierra, medio de producción, fuente de vida y de socialización.^{2, 5} En los últimos años los indígenas nasas han sido afectados por la violencia y su cultura se ha visto hostigada pero no acabada; han sufrido la muerte de líderes, pero han preservado su cultura y sus tierras.

Los sistemas médicos tradicionales de las comunidades indígenas enfatizan una visión integral y de armonía de la salud que considera conjuntamente los componentes físico, mental y social y que plantea una estrecha relación de la salud con la vida espiritual. Cada cultura, en su propia dinámica de desarrollo, incorpora diversas formas de respuesta (prácticas, modelos etc.) a los problemas de salud, que responden tanto a su dinámica interna como a los condicionantes externos (figura 2).⁶



Figura 2. Recursos humanos propios en salud.

En el seno de la población nasa obran técnicas médicas que caracterizan a los terapeutas tradicionales responsables de resolver los diferentes problemas de salud individual y colectiva; son estos: *the'walas*, curacas, jaibanás, payes, macucos, yerbateros, sobanderos, pulseros, *tut'bahisas*, parteras, médicos homeópatas, acupunturistas y terapeutas neurales. No obstante esta diversidad de prácticas médicas, el sector institucional de la salud se ha caracterizado por aplicar en forma indiscriminada las políticas del sistema, siendo una razón de peso en la explicación del poco impacto de los programas en la estructura de la morbimortalidad de estas comunidades.^{2,7}

Debido a que las poblaciones indígenas son minorías sociales marginadas, se ha enfatizado para ellas la importancia de la atención primaria, la provisión de servicios básicos en salud y acciones específicas como prácticas de salud pública para disminuir enfermedades controlables, con énfasis en participación de agentes propios de atención primaria, que como actores sociales facilitan la elaboración de perfiles sanitarios y la promoción y mejoramiento de la salud en estas comunidades.^{8,9,10}

En el país, los indicadores demográficos y de morbimortalidad de los indígenas se encuentran en desfase con los de la nación. Los indicadores demográficos están retrasados con la transición demográfica: se reportó en las comunidades indígenas una esperanza de vida al nacer durante 1998 de 55,4 años para el hombre y 57,8 para la mujer, (el promedio nacional era de 66,6 años para el hombre y de 74 para la mujer); había una concentración de menores de 15 años correspondiente al 45% de la población (la concentración nacional era de 33,1%) y el índice de fecundidad era de 6,5 niños por mujer en edad fértil (el índice nacional era de 2,8).¹¹ En estas comunidades persisten las enfermedades diarreicas, pulmonares, enfermedades de la piel y de transmisión vectorial como leishmaniasis y malaria, sin cambios importantes en los últimos años; la tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 63,3⁰/₀₀ nacidos vivos.¹²

La medicina tradicional indígena es comunitaria, de donde emergen sus propios agentes de salud, y la comunidad es la que legitima las acciones en salud realizadas.^{13, 14-21} La Resolución 10013 de 1981, el Decreto 1486 de 1986 y el Decreto 1811 de 1990 legitiman la presencia e importancia de estos agentes propios como fundamentales para la formulación de estrategias de entendimiento y mejora de las condiciones de salud de los pueblos.¹⁴⁻²¹

Con este estudio se hizo una descripción de la situación de salud de las comunidades rurales indígenas nasa pertenecientes al municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca, en el período 1999-2000, con el fin de fortalecer las intervenciones en salud que hace la comunidad por medio de auxiliares y promotores indígenas y para mejorar el programa de atención primaria en salud que se desarrolla.

Métodos

Se hizo un estudio con dos diseños: uno descriptivo de corte transversal, que permitió un análisis cuantitativo y cualitativo de datos en tiempo real, obtenidos de manera primaria mediante una encuesta semiestructurada sobre condiciones de vivienda, composición familiar, nivel educativo y actividad laboral y además la descripción del perfil de morbilidad y mortalidad de las comunidades mediante datos históricos puntuales, obtenidos de fuentes secundarias; y otro estudio cualitativo etnográfico, que permitió determinar la percepción de los servicios de salud desde la concepción de la medicina tradicional como de la medicina no tradicional, con incorporación de la siguiente pregunta a las ya semiestructuradas de la encuesta: ¿por qué esta respuesta?²²

El universo de estudio lo conformaron las comunidades indígenas nasas de la zona rural del municipio de Santander de Quilichao. Los datos de población y número de familias se obtuvieron de censos elaborados por los cabildos en el año de 1998, que reportaron una población de 11.785 personas y 2.720 familias.

El cálculo de la muestra para proporciones simples se hizo teniendo en cuenta como parámetros una proporción esperada de daño a la salud del 20%, una confianza del 95% y un error del 5%, y constó de 248 familias incluyendo un 10% de incremento para suplir pérdidas o inconsistencias de la encuesta. La distribución de las familias se hizo de forma aleatoria simple, estratificada y proporcional por carga de familia del total de las familias de las cuatro comunidades.

A la muestra de las familias nasas de las cuatro comunidades objeto de estudio se aplicó la encuesta semiestructurada. La información secundaria de las comunidades indígenas se obtuvo en archivos del programa de salud de la Asociación de Cabildos Indígenas de la Zona Norte (ACIN), del programa de salud de los cabildos Proyecto *Yü-Liic*, de la Fundación Alternativa Comunitaria, de la Secretaría Municipal de Salud, nivel I departamental para la atención en salud, de planeación municipal, del hospital Francisco de Paula Santander, de Quilichao y de la alcaldía municipal.

La prueba piloto de la encuesta se realizó en una de las comunidades indígenas de la zona. Los encuestadores fueron auxiliares indígenas voluntarios del programa de salud de los cabildos Proyecto *Yü-Liic*, de la Fundación Alternativa Comunitaria, de los promotores del programa de salud de la ACIN y de los promotores municipales y líderes en salud, con quienes se concertó y se hizo una estandarización previa, directamente por parte de los investigadores. Para la aplicación de la encuesta se obtuvo autorización escrita de los gobernantes de las comunidades indígenas correspondientes.

El procesamiento de los datos se hizo mediante el programa Epi-info, versión 6.04. Para el análisis se calcularon distribuciones proporcionales de las variables de estudio. Para el componente cualitativo etnográfico se realizó un análisis de contenido, teniendo en cuenta los rasgos más característicos, como son lo holístico, lo contextual, lo reflexivo y el discurso de lo étnico y ético. De forma manual como primer paso se creó una taxonomía con un plano conceptual, de donde emergieron las categorías en que fueron agrupadas las expresiones de los encuestados; un segundo plano conceptual agrupó las categorías con más fuerza. Las expresiones que por su carácter especial no quedaron incluidas en las categorías emergentes se trataron aisladamente.²³

Resultados

Composición familiar

Se aplicaron 211 encuestas para un cumplimiento del 93% de la muestra planeada. El censo de las cuatro comunidades reportó 1.130 habitantes, con una razón de masculinidad de 0,96. La edad promedio de la población fue de 23 años (IC 95%: 21,5-24,7) y el 54% de la población femenina estaba en edad fértil. El promedio de habitantes por familia fue de cinco, pero el número de personas por familia osciló entre 1 y 16. La pirámide poblacional de las familias encuestadas presentó una base ancha y algunas diferencias en su distribución por edad y sexo (figura 3).

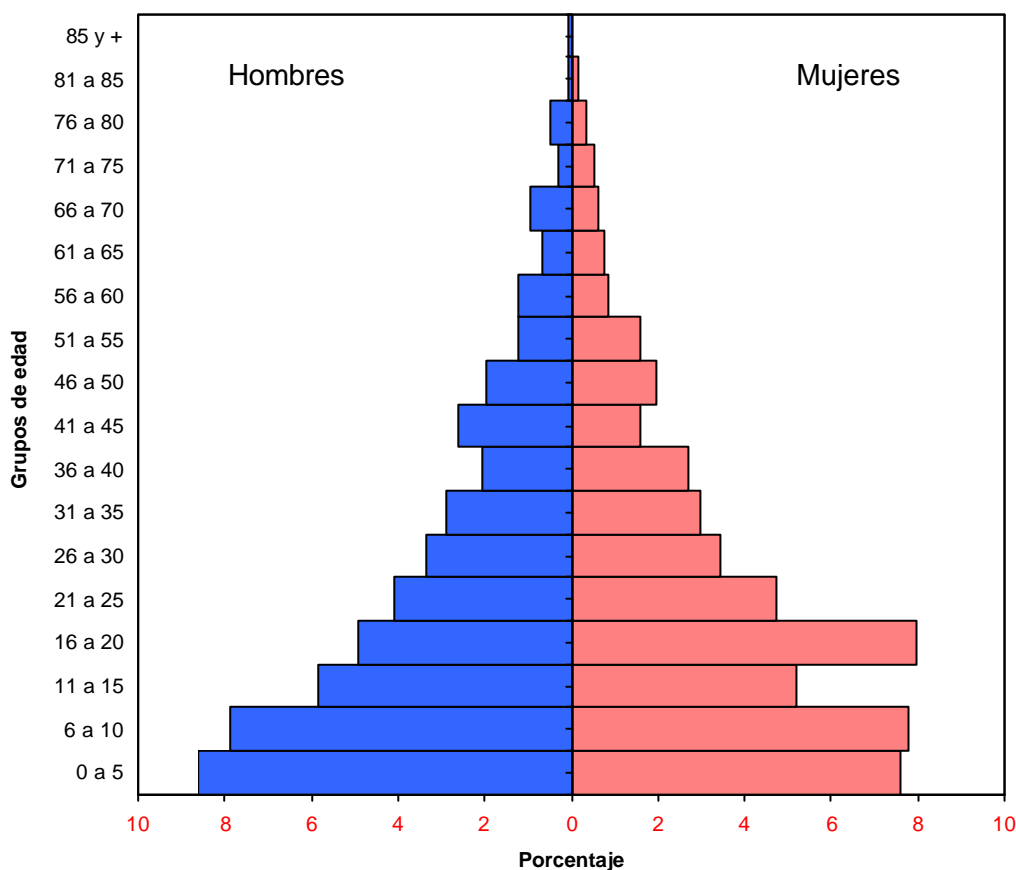


Figura 3. Distribución de la población estudiada por edad y sexo

Tipo de vivienda

Las viviendas de las familias nasas están construidas especialmente con dos tipos de materiales, en el 61% las paredes se construyen en bahareque, 35% en cemento-ladrillo y el resto en paja o metal. Los techos se construyen con tejas de barro o con teja prefabricada en asbesto-cemento (eternit) en el 74% y el resto son de metal, cartón, tabla o paja; los pisos están hechos de tierra en el 49%, de cemento en el 45% y el resto son de baldosa o tabla.

Manejo de aguas de consumo y excretas

El 60% de las viviendas tenía servicio de acueducto veredal, con aguas no tratadas, y el resto de la población tenía como fuente el “ojo de agua” (nacimiento) o la quebrada. Para la evacuación de excretas el 76% de las viviendas tenía pozo séptico, el 15% las evacuaba a campo abierto y el 9% tenía letrina. En el 53% de las viviendas enterraban los desechos sólidos, el 26% los arrojaba a campo abierto y el resto los quemaban.

Nivel educativo, actividad laboral e ingreso familiar

La proporción de analfabetismo en los jefes de familia que contestaron la encuesta fue del 19%, sin embargo, el 75% de estos habían alcanzado algún nivel primario de educación. Entre las mujeres jefas de familia se presentaba un 30% de analfabetismo y solo el 60% había alcanzado algún grado de estudio primario. El 80% de los jefes de familia eran agricultores, el 9% jornaleros y el resto refirió no estar ocupado en una labor específica de sustento. En el 94% de las familias el ingreso familiar no superaba el salario mínimo para el año 2000 (\$260.100).

Morbilidad

Los puestos de salud atendidos por promotores rurales municipales totalizaron 1.152 atenciones de salud en 1999. Los promotores rurales reportaron como primer motivo de atención el grupo de actividades que denominan atención por signos y síntomas, con 43%, de estas, el 20% correspondió a episodios de tos y fiebre, seguidos de episodios de malestar que cursan con vómito y diarrea, con el 12%. El 39% de las actividades realizadas por el promotor correspondió a controles de salud, principalmente a los menores de 5 años, a hipertensos y a embarazadas. El 12% de la consulta atendida por el promotor consistió en visita familiar y seguimiento, relacionado con el control del niño sano y actividades de planificación familiar.

Según la secretaria municipal, los promotores rurales de salud ingresaron al programa de tuberculosis, como de primera vez, a 13 pacientes durante 1999, de los cuales cuatro pertenecían a las comunidades objeto de estudio, para una proporción de incidencia de tuberculosis de 34,13 ⁰/0000. La razón de proporción de incidencia de tuberculosis durante 1999 entre las comunidades objeto de estudio con relación a la municipal fue de 1,99, lo que indica que las personas de estas comunidades indígenas tenían 1,99 veces la probabilidad de contraer la tuberculosis que las del municipio. La tasa de incidencia de tuberculosis para el departamento del Cauca para el año 1999²⁴ fue de 15,6 ⁰/0000. El ajuste de tasas para el año 1999 se realizó por medio de la razón estandarizada de morbilidad

(REM),²⁵ tomando como referencia la proporción de incidencia departamental y se obtuvo así una REM de 2,17, que podría significar que esta población en condiciones como la del departamento del Cauca tiene 2,17 veces el riesgo de contraer tuberculosis, con un IC 95% de 0,03-4,31, lo que podría significar que la tasa de las comunidades indígenas estudiadas pudieran no diferir de las tasas del departamento o superarlas en al menos cuatro veces.

El grupo de auxiliares de salud del Proyecto *Yü-Liic* que atendía a las comunidades objeto de estudio en actividades de atención a las personas, reportó 1.258 consultas durante el periodo de junio de 1999 a mayo de 2000. Los motivos de consulta que ocuparon las cinco primeras causas de atención fueron episodios de dolor en el 23%; otras causas de consulta, 18% (como episodios febriles, virales y enfermedades venéreas); episodios infecciosos respiratorios, 16%; enfermedad diarreica aguda, 15% y enfermedades de la piel, 11%. La atención a la gestante fue la sexta causa de consulta con el 11%; los auxiliares indígenas atendieron 20 partos en este lapso de tiempo.

Las atenciones en salud que reportaron los promotores de la ACIN desde enero a diciembre de 1999 fueron para infección respiratoria aguda (27%), procesos febriles (27%), enfermedad diarreica aguda (16 %) e infecciones de la piel (14%); la atención a la gestante representó el 7% de las acciones en salud solicitadas y, en este subgrupo, el control prenatal fue la actividad de atención que mayor solicitud hizo la comunidad; estos promotores atendieron cinco partos en este lapso de tiempo.

La IRA, la EDA, las enfermedades de piel, las atenciones por otras causas y la atención a la embarazada son las cinco causas de mayor atención y demanda que hacen las comunidades a la red propia en salud, así como a la red institucional (tabla 1), que comparten proporciones similares con la atención de los niveles instituciones municipales (nivel I); debido a que la consulta odontológica es una atención que requiere de una infraestructura mínima, los auxiliares y promotores de salud, al carecer de esta, no prestan regularmente este servicio.

Tabla 1. Consolidado de distribuciones porcentuales de primeras causas de enfermedad por tipo de servicio.

Tipo de servicio	Causas de atención									
	N°	% IRA	N°	% EDA	N°	% Piel	N°	% Otros	N°	% Embarazo
Nivel I de atención	280	35,6	392	51,1	329	61,7	132	33,4	86	29,1
Promotor municipal	233	29,8	140	18,2	33	6,2	11	2,8	60	20,3
Auxiliar de salud	201	25,8	193	25,2	136	25,5	233	59,0	133	44,9
Promotor ACIN	69	8,8	42	5,5	35	6,6	19	4,8	17	5,7
Total	783	100	767	100	533	100	395	100	296	100

Fuente: Programa de salud de la Asociación de Cabildos Indígenas de la Zona Norte (ACIN), Programa de Salud de los Cabildos Proyecto *Yü-Lüc*, Fundación Alternativa Comunitaria, Secretaría Municipal de Salud, Hospital Francisco de Paula Santander.

Mortalidad

Un registro de mortalidad del área rural realizado por los puestos de salud rurales y facilitado por la Secretaría de Salud Municipal para diciembre de 1999 reportó 11 fallecimientos, de los cuales cinco pertenecían a las veredas de las comunidades objeto de estudio; las causas de dichas muertes fueron: dos por causa indefinida en hombres de 40 años, dos por cáncer en hombres de 87 y 50 años respectivamente y un caso de infarto de miocardio en un hombre de 49 años.

En la encuesta realizada se detectaron 19 fallecimientos en el periodo de junio de 1998 a junio de 2000. El promedio de edad en el momento de la muerte fue de 35 años, el sexo masculino aportó el 58% de las defunciones y el rango de edad con más muertes fue el de menor de un año, con cuatro fallecimientos. La primera causa de mortalidad obedeció a enfermedades de tipo tumoral, con cinco casos que correspondieron al 26%, el grupo mixtas presentó cuatro casos con el 21%, las causas perinatales y externas o violentas reportaron tres casos cada una, que correspondieron al 16%; los grupos de enfermedades cardio y cerebrovasculares y el de transmisibles aportaron dos casos cada uno, correspondientes al 11%; durante estos dos años no se registraron muertes maternas en las comunidades estudiadas.

Para ese mismo periodo los rangos de edad de 0 a 5 y de 15 a 44 años presentaron 6 muertes cada uno, el de 45 a 59 años, tres fallecimientos, y hubo 4 muertes en mayores de

60 años. El 42% de los muertos no contaban con aseguramiento y el 58% de ellos estaban cubiertos por el régimen subsidiado.

Aseguramiento en salud

Para buscar atención en salud, las familias nasas acuden en el 32% al médico tradicional y el 37% al médico institucional u hospital. Los problemas de salud son resueltos en el 11% por el auxiliar y en el 17% por el promotor rural. Para cubrir las necesidades de atención en salud se dispone de recursos humanos comunitarios propios (tabla 2).

Tabla 2. Disponibilidad del recurso humano en medicina tradicional

	<i>Partera</i>	<i>Médico tradicional</i>	<i>Sobandero</i>	<i>Auxiliar</i>	<i>Promotor</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Canoas	11	9	9	14	2	45	39,47
Concepción	7	4	7	7	2	27	23,68
Guadualito	6	5	3	-	1	15	13,16
Munchique	5	5	5	8	4	27	23,68
Total	29	23	24	29	9	114	100
%	25,44	20,18	21,05	25,44	7,89	100	

Fuente: Asociación Cabildos Indígenas, zona norte del departamento de Cauca, 1999.

Percepción de las comunidades frente a los servicios de salud propios e institucionales

La información para el cumplimiento de este objetivo se obtuvo de la encuesta aplicada a los jefes de familia y del análisis etnográfico realizado, que buscaba comprender el significado de las acciones y eventos de las personas de la comunidad²³ y que permitió crear dos categorías de análisis. La primera fue la atención que buscaba la comunidad para resolver sus problemas de enfermedad por medio de sus propios servicios (recurso humano en salud) o red propia, y la segunda, los servicios institucionales cuyo reconocimiento obedece a la estructura física representada en el hospital de referencia más cercano, centros y puestos de salud, con su recurso humano correspondiente. A continuación se presentan los resultados más destacados, sin mencionar algunas diferencias que se encontraron entre las cuatro comunidades estudiadas.

Red propia en salud

Aquí la relación para la prestación del servicio es informal y su contexto no amerita que exista una estructura física para que se dé la atención; esta se realiza en las viviendas de los enfermos, en la casa donde atiende el médico tradicional, en la vivienda del auxiliar o promotor de salud o en el micropuesto de salud llamado en lengua nasa *nasaty yut ce neet yat kwe*, que significa “casa de hacer remedios”, que algunos auxiliares indígenas tienen en ubicación contigua a sus viviendas.

Médico tradicional

En respuestas como “Ha aprendido toda la vida para curarnos”, “Acudimos a lo propio”, “Sabe de plantas, yo las prefiero”, se identificó sentido de pertenencia y reconocimiento por el saber tradicional, como también de seguridad y protección cuando decían: “La edad que tengo de más de 70 años se la debo a los médicos tradicionales”, “Sigue pendiente de nosotros y cuida de todos”. Estas expresiones además permiten suponer que el cuidado que el médico tradicional provee sobrepasa la dimensión de lo individual y se ubica en una atención integral que busca la recuperación y la integración del individuo a su entorno vital, en armonía con su familia. El costo en dinero y el costo social lo suple el médico tradicional a favor de las difíciles condiciones económicas de las personas, que se observan inclusive en la atención de gastos básicos y adicionales ante un evento en salud. Esto se asoció con expresiones como “No hay dinero para transporte”, “Evita la ida al hospital”, “Favorable para la familia”.

Auxiliares y promotores indígenas rurales

El trabajo que estos agentes de salud realizan se considera flexible pues responde bien a los principales problemas de salud de las comunidades y tiene credibilidad: “Ellos ayudan en varias cosas”, “Es conocido y le tengo buena fe”, “Saben si es primero el médico tradicional o hay que sacar de urgencia al hospital”. Otro aporte importante de los auxiliares y promotores es el buen conocimiento que tienen de los trámites municipales y del hospital; en muchos casos acompañan al enfermo tanto a la cabecera municipal como a otros sitios donde debe ser atendido.

La dedicación y disponibilidad de los auxiliares y promotores (“Está pendiente”, “Tiene voluntad”) se resalta en la comunidad por el privilegio de vivir y estar cerca de ellos para recibir atenciones en caso de urgencias. Hay sincretismo explícito en la atención y el manejo de la enfermedad que se refleja en la introducción de prácticas curativas de importación, tanto instrumental como conceptual.

Red institucional

Se observó que la comunidad toma como sujeto de prestación de servicios a la estructura física; decían: “Voy al hospital o al centro de salud porque son seguros”. En el puesto de salud atiende principalmente el promotor rural de salud: “Voy al puesto donde el promotor porque me queda cerca y le tengo confianza”

Hospital de referencia en Santander de Quilichao: A esta institución se le reconoce la capacidad de resolución y eficiencia en la atención: “Si es grave, resuelve y si no es, también” . Se resalta también la seguridad y confianza que existe en la comunidad al recibir servicios hospitalarios: “Toca ir al hospital porque es más mejor y hay más comodidad”, que se reflejan en credibilidad hacia la labor del médico occidental en la atención de los pacientes.

Centros y puestos de salud: El acceso a estos sitios es de primordial importancia para la comunidad, por la seguridad que genera. Este lugar de atención disminuye costos porque se evitan traslados a la cabecera del municipio. La oportunidad de la consulta médica occidental en el centro de salud se recibe con agrado.

Existe autosuficiencia: “Yo aprendí el uso de las plantas y remedios; me curo solo”, “Tengo fe y Dios me sana”, como condición que conecta la salud con un hecho divino o de conexión teológica: “... y que nos indica que en esta comunidad se halla una visión de la enfermedad y de la salud relacionada con aspectos éticos, sociales y no exclusivamente biológicos”.²⁶ Resalta la importancia que desde la casa se especifique a cual especialidad de los servicios hay que acudir, rasgo característico de aprendizaje y de comunicación: “Según lo que tenga, busco médico tradicional u hospital”.

Percepción de las comunidades frente a la seguridad social en salud

La nueva legislación de seguridad social creó empoderamiento, exclusión y privilegios con la formación y apropiación de la empresa administradora de régimen subsidiado, Asociación Indígena del Cauca, que presta servicios de salud a las comunidades: “Es la empresa de nosotros”. Se observaron diferentes grados de satisfacción frente al sistema de salud, según fuera el privilegio de acceder a la seguridad social en salud, “Por estar en el censo de la comunidad”, “En la familia somos diez, pero solo dos tienen carne”, “Recogieron para cambiar carne y devolvieron solo unos”.

Los privilegios también denotan una acción social de mutuo acuerdo, que se orienta a proteger en salud a aquellos grupos más vulnerables, como los ancianos, los niños, las mujeres y los más enfermos: “Dieron carne a los más viejos y enfermos”.

Discusión

Con respecto a la composición familiar de los nasas, al igual que ocurre en la mayoría de las comunidades indígenas del país, se observó una población joven; la mayor presencia de mujeres se encontró en el rango de edad de 16 a 20 años, posiblemente debido a mayor mortalidad o emigración laboral masculina.

El tipo de construcción de la casa nasa se considera un modelo en transición que se refleja en el cambio en las paredes del bahareque al ladrillo-cemento, las cuales pasaron del 13% en este último material durante 1992 al 35% en el año 2000.

Las fuentes de agua para consumo se originan en el 60% de acueductos veredales, lo cual representa una mejoría en relación con el reporte del 43% en 1992. Con respecto a la disposición de aguas servidas de las viviendas, se observó también mejor cobertura de pozos sépticos que en 1992.³

La situación de analfabetismo encontrada, junto con el ingreso promedio de las familias que no alcanzaba un salario mínimo, clasificó a estas comunidades bajo la línea de pobreza y en alta dependencia económica, como lo señaló el Ministerio de Salud en los *índices de situación de salud para Colombia en el año 2000*.²⁴

En estas comunidades las enfermedades infecciosas como la EDA, IRA y las infecciones de la piel fueron prevalentes en la morbilidad sentida y atendida durante el período 1999-2000,

con frecuencias semejantes a las reportadas en el estudio de la *Situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia*,^{12, 24} al igual que las detectadas en estudios más recientes, como el de Totonacapan en la comunidad *Q'che* en Guatemala,²⁶ enfermedades estas que se consideran condicionadas más por la marginalidad y la pobreza que por una condición étnica específica.

Con base en la información suministrada por la secretaría municipal de salud, la proporción de incidencia de tuberculosis de 1991 calculada para las comunidades objeto de estudio fue del 34⁰/0000, mayor que la observada en los grupos indígenas colombianos entre 1985 y 1987, que fue de 31⁰/0000¹² y también superior a las tasa municipal y departamental para ese año. La elevada incidencia de esta enfermedad refleja las deterioradas condiciones de vida y de la salud pública en el país, que ha descuidado el control de esta enfermedad catalogada por los indígenas nasas como “afuerana”.¹² Como en las comunidades estudiadas no se hizo un estudio de prevalencia de morbilidad por causas sino que se obtuvo información de morbilidad sentida, relacionada con síntomas, no fue posible calcular proporciones de incidencia para otras patologías, que permitieran comparar su comportamiento con otras comunidades indígenas del país.

La muerte y el nacimiento en estas comunidades son acontecimientos considerados como “intrafamiliares”, por lo que ocurre un bajo registro de estos acontecimientos vitales. A pesar del posible subregistro, las causas de muerte reportadas en el estudio para estas comunidades corresponden principalmente a tumores malignos y a enfermedades cardio y cerebrovasculares y perinatales; llama la atención que las muertes violentas y las enfermedades transmisibles como IRA y EDA tuvieran menor frecuencia, lo que sugiere un cierto grado de protección que hasta el momento tenían estas comunidades frente a los efectos del conflicto armado y de la pobreza, situación esta que podría diferenciar el perfil de mortalidad de estas comunidades del de otras comunidades indígenas del país.

Las normas básicas de funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se han incorporado de forma paulatina a la vida diaria de la comunidad nasa y esta ha participado con la creación de su propia empresa asociativa que pretende llevar una mejor oferta de atención en salud, acorde con el contexto cultural y al perfil epidemiológico construido desde la base local y concertado con la institucionalidad. En estas comunidades se encontró que el aseguramiento en salud está representado casi todo en el régimen subsidiado (64%), lo que conlleva una serie de limitaciones correspondientes a este plan de beneficios. Solo un poco más de la mitad de la población identificada como beneficiaria del régimen subsidiado estaba carnetizada, lo que podría reflejar una ineficiencia administrativa de la dirección local de salud y de la empresa aseguradora correspondiente.

Con respecto a las actividades que realizan los auxiliares y promotores indígenas, se considera que su participación articula y enfoca los conocimientos-prácticas hacia el bienestar de la comunidad y contribuye además a detectar los brotes de enfermedad para ser notificados y controlados, como “eventos centinela”, en forma oportuna.²⁷

Este trabajo no estudió específicamente los recursos de la red propia en salud, como son el médico tradicional, las parteras, los sobanderos y pulseadores, entre otros, si no que en su conjunto analizó la categoría del médico tradicional y de los auxiliares y promotores de

salud como agentes de salud comunitaria propios. Otros estudios deberán profundizar la capacidad de resolución del malestar de la comunidad con el recurso humano propio, dentro del contexto de la historia natural y social de enfermedad en cada comunidad.

Agradecimientos

Los autores expresan agradecimiento al Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia, al Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública, al grupo de profesores de la maestría en epidemiología, a las comunidades indígenas nasa que conforman los resguardos objeto de estudio y al grupo de auxiliares y promotores indígenas del Proyecto *Yü-Lüic*, que apoya la Fundación para el Desarrollo Rural “Alternativa Comunitaria”.

Referencias

1. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. XVI Censo nacional de población y vivienda, 1993. Estadísticas de grupos étnicos especiales. [en línea]; URL disponible en www.dane.gov.co.
2. Colombia. Ministerio de Salud, Universidad del Cauca, Servicio Seccional de Salud del Cauca. Región de Tierradentro, nasa e Inza. Bogotá; 1993. p. 84.
3. Colombia. Instituto Colombiano de la Reforma Agraria. Diagnóstico del resguardo indígena Canoas. Bogotá: Incora; 1992. p.16, 24, 47, 67, 75, 83, 84.
4. Colombia. Ministerio de Salud. Seminario Taller Nacional sobre Capacitación de Promotores Indígenas, Paipa, Boyacá. Santafé de Bogotá; 1984. p. 40-41, 127, 128, 144-147.
5. Colombia. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Identidad, modernidad y desarrollo. Bogotá;1998. p. 96, 155.
6. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. División de promoción y Protección de la Salud. Salud mental y poblaciones indígenas en América Latina. Ginebra: OPS/OMS; 1997. p. 4-7, 9, 10.
7. Colombia. Ministerio de Salud, Servicio Seccional de Salud del Cauca, Universidad del Cauca Región de Tierradentro, nasa e Inza. Memorias de un proceso. Bogotá; 1993. p. 9, 10, 83.
8. Piñeros-Petersen M, Ruiz-Salguero M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. *Salud Pública Mex* 1998;40(4):324-329.
9. Telarolli R, Carvalho F. Algumas considerações sobre a assistência à saúde das populações indígenas. *Rev Saúde em Debate* 1994; 42; p. 49-53.
10. Ferrero JO. A saúde dos índios: um desafio sem endereço. Os Karitania de Rondônia. Trabajo de grado (Maestría Salud Pública). Universidad de Sao Paulo. Departamento de Salud Pública. Sao Paulo, 1995. p. 178.
11. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimadores demográficos para Colombia, quinquenios 1995-2001. Bogotá: Dane; 1998.
12. Rossi F, Sarmiento MI. Análisis de la situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia. Trabajo de grado (Especialización en Epidemiología). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 1988. p. 78.

13. Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Memorias del Taller sobre el Proyecto de Atención a Comunidades Indígenas. Bogotá: ICBF; 1987. p. 9.
14. Colombia. Constitución Política, 1991. Bogotá; 1991.
15. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 10013 de 1981, septiembre 24, por la cual se dictan normas en relación con las comunidades indígenas. Bogotá; 1981.
16. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1416 de 1990, julio 4, por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud. Bogotá; 1990.
17. Colombia. Congreso. Ley 10 de 1991, enero 21, por la cual se regulan las empresas asociativas de trabajo. Bogotá; 1991
18. Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1993
19. Colombia. Congreso. Ley 21 de 1991, marzo 4, por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Bogotá; 1991.
20. Colombia. Congreso. Ley 60 de 1993, agosto 12, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1993
21. Colombia. Ministerio de Gobierno. Decreto 1088 de 1993, junio 10, por el cual se regula la creación de las asociaciones de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas. Bogotá; 1993.
22. García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social, métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial; 1995. p. 123.
23. Morse JM. (ed.) Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 395.
24. Colombia. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2000. Bogotá; 2000.
25. Londoño JL. Metodología de la investigación epidemiológica. Medellín: Universidad Antioquia; 1998. p. 122-127.
26. Qawach R. Informe para la OPS sobre la salud y enfermedad en la comunidad Maya K'iche', Municipio de Totonicapán. Guatemala; 1995. p. 75.
27. Tognoni G. Manual de epidemiología comunitaria. Quito: CECOMET; 1997.