



Percepciones de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, 2023

Julián Barrera Villa
Daniela Valencia Betancur

Trabajo de grado presentado para optar al título de Administrador en Salud

Asesora
Jennifer Marcela López Ríos
Magíster (MSc) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Administración en Salud
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita	Valencia Betancur D, Barrera Villa J (1)	
Referencia	(1)	Valencia Betancur D, Barrera Villa J. Percepciones de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, 2023 Pregrado de Administración en Salud. Medellín. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJ E (2018)		



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/ director: Edwin Rolando González Marulanda

Jefe departamento: Luz Helena Barrera Pérez

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo de grado primeramente a Dios por brindarnos la fortaleza y la guía necesarias para superar los desafíos y alcanzar este punto en nuestras vidas académicas. También extendemos nuestro agradecimiento a nuestras familias, quienes han sido un pilar fundamental en nuestro viaje. Su amor incondicional, apoyo constante y comprensión han sido fuentes de inspiración y motivación.

A Nuestra alma mater, Universidad de Antioquia y su destacada Facultad Nacional de Salud Pública, cuyos cimientos académicos y compromiso con la excelencia nos han guiado a lo largo de nuestro proceso de formación. Expresamos nuestra sincera gratitud a cada docente que, con dedicación y conocimiento, ha contribuido significativamente a nuestra educación. Su influencia ha dejado una huella indeleble en nuestra perspectiva y en el desarrollo de nuestras habilidades académicas.

Daniela: Dedico este trabajo primero a Dios por brindarme la fortaleza y la resiliencia cuando muchas veces creía que no lo lograría.

A mi madre porque ha sido parte fundamental dentro de mi proceso personal y académico, por su apoyo incondicional y amor real.

Julián: Dedico este trabajo a Dios por su compañía, fortaleza y sabiduría en este proceso, a mis padres, hermanos y mis mejores amigos por ser gran fuente de motivación y de recargas energías. A mi alma mater, y a mis compañeros y profesores de quienes aprendí día a día.

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a Dios por permitirnos llegar hasta este punto de nuestras vidas, enfrentando cualquier obstáculo.

Extendemos nuestro agradecimiento a la comunidad indígena Embera Eyábida, cuya colaboración y apertura han sido esenciales para llevar a cabo este proyecto. Reconocemos y valoramos la contribución invaluable de los líderes indígenas, en especial al Gobernador Néstor del Cabildo Chibcariwak. Su generosidad al abrir las puertas de su comunidad, compartir sus conocimientos y ofrecer su apoyo ha sido fundamental para el éxito de esta investigación. Agradecemos a nuestra asesora Jennifer Marcela López Ríos, quien con tanto amor, pasión, dedicación y paciencia nos ha apoyado, enseñado y llevado en este proceso.

Personalmente, a mi compañera de Trabajo de Grado, Daniela, le agradezco por su compromiso constante, su colaboración, su paciencia y su dedicación incansable durante todo el proceso. Su trabajo conjunto ha enriquecido significativamente esta experiencia académica y profesional. A todos mis compañeros, amigos y familia que a lo largo de este camino ha sido voz de aliento y bastón en momentos de cansancio.

Por último, a la Facultad Nacional de Salud Pública y a la Universidad de Antioquia por crear espacios y conocimientos que nos han hecho crecer como personas y como profesionales, logrando que contribuyamos por un mejor país.

Tabla de contenido

Resumen	11
Abstract	13
Introducción.....	15
1 Planteamiento del problema.....	17
2 Justificación.....	29
3 Objetivos	32
3.1 Objetivo general.....	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
4 Marcos.....	33
4.1 Marco conceptual	33
4.1.1. Percepción.....	33
4.1.2 Salud.....	37
4.1.3 Calidad.....	38
4.1.4 Calidad en servicios de salud	40
4.1.5 Servicios de salud.....	43
4.1.6 Comunidad indígena.....	46
4.1.6.1 Cosmovisión indígena	49
4.1.6.2 Concepto de salud para los indígenas.....	51
4.1.7 Antecedentes en la percepción de la calidad de los servicios de salud.	52
4.2 Marco contextual	57
4.2.1 Colombia.....	57
4.2.2 Antioquia.....	58
4.2.3 Medellín	59

4.2.4 Cabildo Chibcariwak	60
4.2.5 Comunidad Indígena Embera Eyábida	61
4.3 Marco normativo	63
4.3.1 Internacionales.....	63
Tabla.....	63
4.3.2 Nacionales	65
Tabla.....	65
5. Metodología.....	69
5.1 Tipo de estudio	69
5.2 Enfoque y diseño	70
5.3 Población	71
5.3.1 Selección de participantes	71
5.4 Criterios de inclusión y exclusión:.....	71
5.4.1 Criterios de inclusión:.....	71
5.4.2 Criterios de exclusión:.....	72
5.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	72
5.6 Análisis e interpretación de la información-técnicas e instrumentos	75
5.7 Técnicas y procedimientos de análisis de información:	77
5.8 Publicación y divulgación de resultados	78
6 Consideraciones éticas	80
7. Resultados y hallazgos.....	85
7.1 Hallazgos	88
7.1.1 Significados	89
7.1.2 Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica.....	94

7.1.3	Recomendaciones desde la perspectiva indígena en la atención de los servicios de salud	104
7.1.4	Percepciones sobre la calidad de los servicios de salud vs lineamientos y políticas existentes en calidad	109
8.	Discusión.....	142
9.	Conclusiones.....	151
10.	Recomendaciones.....	153
11.	Referencias	155
13.	Anexos	169

Lista de tablas

Tabla 1 Normativa Internacional:	63
Tabla 2 Normativa Nacional:.....	65
Tabla 3 Asignación de categorías y subcategorías a cada objetivo específico:.....	89
Tabla 4 Interpretación de percepciones vs lineamientos:	113

Lista de figuras

Figura 1. Utilización de los servicios. Interfase de actores: ¡Error! Marcador no definido.

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CP.	Constitución Política
DANE.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDPI.	Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas
DH.	Derechos Humanos
DHPI.	Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas
DIDH.	Derecho Internacional de los Derechos Humanos
DPI.	Derechos de los Pueblos Indígenas
DUDH.	Declaración Universal de los Derechos Humanos
OMS.	Organización Mundial de la Salud
ONIC.	Organización Nacional Indígena de Colombia
ONG.	Organización No Gubernamental
ONU.	Organización de las Naciones Unidas
OPS.	Organización Panamericana de la Salud
PI.	Pueblos Indígenas
PPI.	Programa Presidencial Indígena
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resumen

Este trabajo de grado se enfoca en comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud a los que accede la comunidad indígena Eyábida del barrio Villatina de la ciudad de Medellín. El estudio se fundamentó en un paradigma histórico-hermenéutico, que busca comprender e interpretar la realidad social y humana a través de la articulación de dimensiones históricas, culturales, sociopolíticas y contextuales.

El enfoque metodológico se basó en herramientas analíticas de la teoría fundamentada, utilizando entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos. Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas y analizadas, donde surgieron categorías nombradas como significados, tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica, recomendaciones desde la perspectiva indígena en la atención de los servicios de salud y percepciones sobre la calidad de los servicios de salud vs lineamientos y políticas existentes en calidad. Para el análisis de la información que se recolectó, fue importante construir la realidad desde las percepciones de la comunidad indígena, permitiendo identificar los temas que emergieron naturalmente en todo el proceso de investigación. Por ello, se tomaron en cuenta algunos elementos de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (130).

El análisis de la información obtenida permitió describir las percepciones de la comunidad indígena en relación con los servicios de salud, así como interpretar esas percepciones a partir de los lineamientos y normativas existentes en Colombia y en el mundo. Los resultados obtenidos se socializaron con la comunidad académica y con el Cabildo Indígena Chibcariwak, con el fin de identificar oportunidades de mejora y contribuir al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud para la comunidad Embera Eyábida.

Es así como este, trabajo de grado abordó de manera integral la percepción de la calidad de los servicios de salud en una comunidad indígena, utilizando un enfoque metodológico riguroso y ético, y generando resultados que pueden contribuir a la mejora de la atención sanitaria para esta población específica. La evaluación de las percepciones comunitarias sobre la calidad de los servicios de salud se enfoca en alinearlas con principios normativos internacionales, priorizando acceso equitativo, integración de prácticas ancestrales y mejora en la atención. Estas percepciones, respaldadas por comentarios de participantes, son clave para interpretar y evaluar la calidad de los servicios de salud. No obstante, se identifican desafíos en la implementación de leyes y políticas, especialmente en calidad y reconocimiento de prácticas culturales indígenas.

Palabras clave: Percepción, calidad, servicios de salud, comunidad indígena, Embera Eyábida, Cabildo Indígena Chibcariwak.

Abstract

This undergraduate thesis focuses on understanding the perception of the quality of health services accessed by the Eyábida indigenous community in the Villatina neighborhood of Medellín city. The study is grounded in a historical-hermeneutic paradigm, which seeks to comprehend and interpret social and human reality through the articulation of historical, cultural, sociopolitical, and contextual dimensions.

The methodological approach was based on analytical tools of grounded theory, utilizing semi-structured interviews for data collection. Interview recordings were transcribed and analyzed, giving rise to categories named as meanings, weaving experiences and perceptions from their worldview and ideological connection, indigenous perspectives on health service delivery, and perceptions regarding service quality compared to existing quality guidelines and policies. For the analysis of the collected information, it was important to construct reality from the perceptions and experiences of the indigenous community, allowing the identification of themes that naturally emerged throughout the research process. Hence, some elements of the grounded theory proposed by Strauss and Corbin (1990) were considered.

The analysis of the obtained information allowed for describing the perceptions of the indigenous community regarding health services, as well as interpreting those perceptions based on existing guidelines and regulations in Colombia and globally. The results were shared with the academic community and the Indigenous Council Chibcariwak, aiming to identify improvement opportunities and contribute to enhancing the quality of health services for the Embera Eyábida community.

Thus, this thesis comprehensively addressed the perception of health service quality in an indigenous community, utilizing a rigorous and ethical methodological approach, and generating results that can contribute to healthcare improvement for this specific population. The evaluation of community perceptions on health service quality focuses on aligning them with international normative principles, prioritizing equitable access, integration of ancestral practices, and improvement in care. These perceptions, supported by participant feedback, are crucial for interpreting and evaluating health service quality. However, challenges are identified in the implementation of laws and policies, especially regarding quality and recognition of indigenous cultural practices.

Keywords: Perception, quality, healthcare services, indigenous community, Embera Eyábida, Cabildo Indígena Chibcariwak.

Introducción

La percepción de los pueblos indígenas se configura de manera subjetiva, arraigada a su identidad como individuos pertenecientes a comunidades y pueblos diversos. Su experiencia se moldea por su condición indígena, marcada por la experticia en su propia diversidad frente a una sociedad mayoritaria. Este sentido de pertenencia se refleja en su forma única de entenderse a sí mismos como individuos, familias, comunidades y pueblos, transmitiendo esta riqueza cultural a las generaciones futuras. Así como la percepción indígena es subjetiva, también lo es el concepto de calidad, determinado por sus modos de vida, creencias y costumbres arraigadas.

Sin embargo, pese a esta diversidad cultural, los indígenas enfrentan dificultades para acceder a la atención médica, ya que el 40 % de ellos carece de servicios sanitarios convencionales y el 80% depende de terapeutas tradicionales, como curanderos, sobadores y parteras, como principales proveedores de servicios (21). Esta situación se agrava por desigualdades de género, especialmente para las mujeres indígenas en cuestiones de salud reproductiva, así como por barreras geográficas que limitan el acceso a servicios de salud debido a distancias, falta de transporte y vías en mal estado. La cosmovisión indígena también presenta un desafío significativo, ya que la comprensión de factores sociales y culturales relacionados con la salud es limitada.

La calidad, desde la percepción indígena, ha sido un tema poco investigado y definido, lo que motiva la necesidad de explorarlo y desarrollar una mayor comprensión de cómo los indígenas perciben la calidad de los servicios de salud.

Por ende, surge la necesidad de comprender la percepción indígena en concordancia con los lineamientos y políticas existentes en la calidad de los servicios de salud. Esto implica visibilizar la problemática que ha persistido tanto a

nivel internacional como local. El estudio se enfoca en analizar las percepciones desde un enfoque cualitativo, recopilando las experiencias y percepciones de las familias indígenas respecto a la calidad de la atención en los servicios de salud en la ciudad de Medellín.

Por consiguiente, este estudio buscó dar respuesta al interrogante ¿Cuáles son las percepciones de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023?; por ello, los objetivos se estructuraron en torno a entender los significados de calidad y servicios de salud que tienen los indígenas Embera Eyábida del barrio Villatina de la Ciudad de Medellín, describir las experiencias que los indígenas han tenido en los servicios de salud, y finalmente, Interpretar las percepciones obtenidas desde la comunidad, sobre la calidad de los servicios de salud a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad.

Se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas enfocadas en características sociodemográficas, identidad étnica, significados y por último experiencias, logrando inferir o deducir de cada integrante de la comunidad la percepción de la calidad de los servicios de salud.

1 Planteamiento del problema

El concepto de calidad se evidencia desde la evolución de la humanidad, en procesos que permitían diferenciar entre que productos consumir, e incluso aspectos de selección para el descanso y el asentamiento de diferentes comunidades. Según Lara, la calidad en las actividades se remonta al año 2150 a.c, a través de la construcción de casas en donde la calidad se regía por el código de Hammurabi. Los antecedentes más relevantes de ésta se generaron desde el siglo XIII, donde empezaron a existir los aprendices y los gremios, fenómeno que convirtió a los artesanos en instructores del oficio y en inspectores, ya que conocían a fondo su trabajo, su producto y sus clientes. En la época de la Revolución Industrial y su producción en masa, la calidad se fundamentaba en las destrezas y la reputación del artesano, además, trajo consigo un sistema de fábricas con altos niveles de demanda y la necesidad de mejorar sus procesos (1).

Fue entonces que, para finales del siglo XIX se inició formalmente el proceso de estandarización de las condiciones y métodos de trabajo. Como consecuencia de ello, aparecen las teorías sobre la administración científica, cuyo pionero fue Frederick Winslow Taylor. Según Evans y Lindsay, uno de los principios fundamentales de esta teoría se basa en que las actividades de planificación y ejecución del trabajo, éstas deben estar totalmente separadas con el objetivo de aumentar toda la productividad. Entre 1920 y 1940 la tecnología industrial cambió rápidamente, ya que los productos creados generaron problemas en su fabricación, a causa de la falta de coordinación entre sus departamentos, que estaban a la cabeza del control de calidad. Los líderes de este departamento de ingeniería que buscaba resolver estos problemas fueron George Edwards y Walter Shewhart (1).

A través de la historia de la calidad se han caracterizado personajes estudiosos de la calidad, reconocidos mundialmente por sus aportaciones académicas de disciplinas, entre los cuales se encuentran William Edwards Deming,

Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Philip Crosby, William Ouchi y Armand V. FFeigenbaum. Para Deming, el concepto de calidad es: "una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua" por lo que establecía que una compañía debería comprender su funcionamiento con medidas estadísticas para luego implementar mejoras en los procesos, por otro lado, para Juran es definida como la aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del usuario; para Ishikawa define el control de calidad como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, teniendo similitud con el concepto según Crosby el cual enfoca su definición en que la calidad es gratis y es lograda con cero defectos (1).

El concepto de calidad se transforma mediante organizaciones con un enfoque y finalidad específicas, para utilizarse en las diferentes disciplinas del conocimiento, según el constructo multidimensional, que no tiene una definición exacta al ser un concepto complejo que no se mide ni se observa fácilmente, un ejemplo de esta definición es el establecido por la Organización Internacional para la Normalización (ISO), donde, a través de la norma 8402, define la calidad como la totalidad de características y propiedades de una entidad para satisfacer necesidades establecidas e implícitas (2).

En el marco de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de la atención como "*El grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación*" (3) por otro lado, para La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su seminario virtual del 17 de septiembre de 2021, la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se define como la atención centrada en las personas, las familias y las

comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo (4).

La percepción del individuo es fundamental para alcanzar niveles óptimos de calidad, es así que, esta, es una imagen mental formada por las experiencias, comprensión e interpretación de señales exteriores, que adquieren un significado luego de un proceso cognitivo (5). Según Bruner, J., & Tagiuri, R, autores de la psicología, definen la percepción como un proceso cognitivo fundamental que implica la interpretación y organización de la información sensorial para comprender el mundo que rodea a cada individuo y formar juicios sobre los demás y sobre ellos mismos. Es un proceso activo y subjetivo en el que influyen diversos factores internos y externos, y que puede variar de una persona a otra y de una situación a otra, siendo un proceso altamente subjetivo y susceptible de sesgos, pues, significa que dos personas pueden percibir la misma situación de manera diferente debido a sus diferentes experiencias y predisposiciones (6).

La percepción se configura a partir de la subjetividad de cada individuo, influida por estímulos específicos y limitada por la naturaleza misma de nuestra capacidad de percibir. Al reconocer que lo que se percibe es resultado de la selectividad y que no se puede captar todo al mismo tiempo. Además, es importante tener en cuenta que la percepción es temporal, ya que es un fenómeno de corto plazo. A medida que se enriquecen las experiencias o cambian las necesidades y motivaciones, el proceso de percepción evoluciona (5).

Precisamente desde un enfoque cultural y étnico de los pueblos indígenas la percepción se establece de un modo subjetivo, que está determinado por su condición como indígena, y perteneciente a su comunidad y pueblo, siendo experto de su diversidad frente a una sociedad mayoritaria, y manteniéndose en su manera diferente de individuo, familia, comunidad y pueblo, transmitiendo su diversidad a sus descendientes (8). Así como su percepción es subjetiva, también lo es el

concepto de calidad, ya que está determinado por su manera de vivir, sus creencias y costumbres, siendo distinto en cada comunidad indígena gracias a sus tradiciones y su propia cosmovisión ancestral (8). La calidad desde la perspectiva indígena no ha sido altamente estudiada y definida, creando una necesidad de indagar desde la cosmovisión indígena y definir un concepto que fortalezca la definición de percepción de la calidad.

Uno de los ámbitos donde la perspectiva es diversa es la salud, donde a través de los servicios en salud se proporciona protección social e igualdad; esta es definida ampliamente por la OMS como todas las actividades que buscan promover, restablecer o mantener la salud, compuesta por políticas en servicios preventivos y curativos, además de recursos que sean públicos o privados (9).

De la misma manera, la calidad en salud consiste en que cada paciente reciba el conjunto de servicios más adecuados, obteniendo una atención sanitaria optima, logrando el mejor resultado con el mínimo de riesgos y la mayor satisfacción del usuario. La calidad en salud se caracteriza por la eficacia en los servicios, seguridad en la integridad del paciente, oportunidad al reducir tiempos de espera, humanización, equidad con una atención que no varía en edad, sexo género, etnia, religión, etc., integrada en todos los niveles y coordinado entre las diferentes áreas, y eficiente al maximizar los beneficios con los recursos disponibles (10). Mientras que por su parte el SGSSS en Colombia define la Calidad como la “Provisión de servicios de Salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional optimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios”. (7)

Existen algunas leyes, políticas y lineamientos alrededor de la salud, el sistema de salud y los indígenas que es importante mencionar.

A nivel internacional para los pueblos indígenas, mediante el Convenio Número 169, que publica sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo. (11) En Colombia, con la Ley 691 de 2001, el estado asume la obligación de garantizar a los Pueblos Indígenas la participación del SGSSS, otorgando a las Asociaciones de Cabildos Indígenas la posibilidad de conformar Empresas Promotoras de Salud Indígenas del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), respetando y protegiendo su diversidad étnica, reconociendo los grupos étnicos en el SGSSS con una participación de tipo intercultural entre la medicina occidental y la medicina tradicional, preservando las costumbres y cultura de los pueblos aborígenes que habitan en Colombia (12).

En las Américas, el Sistema de Salud se ha caracterizado por el subfinanciamiento, segmentación y fragmentación de los recursos, generando una baja calidad en los servicios de salud; Así mismo, el gasto público en salud para los países de las Américas es en promedio de 3,8% del producto interno bruto, lejos de la meta establecida del 6% del pacto 30-30-30 de la OPS/OMS y los países de América Latina, esto se ha reflejado en el déficit de infraestructura y recursos humanos disponibles para los servicios de salud, y es una de las principales fuentes de inequidad en el acceso a los servicios de salud, ya que se refleja la desprotección financiera para las personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, que están más expuestas a incurrir en gastos catastróficos en caso de enfermar (18).

El gobierno nacional adopta el decreto 1953 del 2014 en el cual se implementa El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que garantiza el derecho a la salud en términos de igualdad e inclusión de sus prácticas y creencias indígenas (13).

Por otra parte, a través de la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, y los alcances de la Ley 1751 de 2015 que elevó la salud al nivel de derecho fundamental autónomo. Por otro lado, fomentó la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que supone debe estar garantizado por el Estado sin distinción de ninguna naturaleza (14), este lineamiento es base para comprender la importancia del derecho a la salud. Por otra parte, el Decreto 1011 del 2006 establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), aplicable a las entidades departamentales, Distritales y Locales que prestan y regulan los servicios de salud (15), para el año 2014 la actualización al SOGCS se implementa por medio del Decreto 0903 definiendo los estándares de calidad en la atención en salud (16).

Teniendo estas políticas como punto de referencia y contexto normativo, el panorama en Salud en el mundo aún tiene muchos aspectos por mejorar, reflejando la desarticulación que existe en la calidad con respecto a la cobertura sanitaria universal; es evidente que hay un sinnúmero de brechas en la calidad de la atención en salud en todas las partes del mundo, pero se hace aún más notorio en las poblaciones más desfavorecidas. De hecho, la falta de calidad es un costo inasequible para poblaciones que habitan en países con ingresos bajos y medios (17).

La calidad de la atención es considerada en gran parte del sector salud como un programa de cambio fundamental; se han realizado algunos estudios que han demostrado fallas en la calidad de los servicios de salud, uno de ellos fue un estudio histórico de la Comisión de Salud Global The Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad; estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención, y cerca de 12.000 más mueren debido al acceso deficiente o la utilización de los servicios (19).

Aunque Colombia brinda una mayor cobertura de servicios de atención en salud a su población en comparación con otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los resultados en términos de salud y calidad son menos favorables que la mayoría de los demás países de la OCDE. (19) Igualmente, el panorama en las regiones suele ser menos alentador. Por ejemplo, en Antioquia para el caso de salud se ha observado la existencia de grandes desigualdades en materia de morbilidad evitable, nutrición, mortalidad infantil y esperanza de vida. En el Régimen Subsidiado, las barreras en cuanto a recursos económicos y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud, de modo que, aunque la persona pueda llegar a consulta médica, tiene dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso, generando así una mala experiencia en los servicios de salud (20). Es importante resaltar que esta situación afecta a las comunidades vulnerables, entre las que destacan las indígenas con deficiencias en la cobertura y en la calidad de la atención.

Una de las poblaciones que mayormente afrontan dificultades para la atención en salud, son los pueblos indígenas, ya que el 40% carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y el 80% depende de los terapeutas tradicionales (curanderos, sobadores y parteras tradicionales) como su principal prestador de servicio. Esta situación se agrava por las desigualdades relacionados con el género, en particular las mujeres indígenas afrontan inconvenientes para obtener una atención de calidad, sobre todo en materia de salud reproductiva; así mismo, las barreras geográficas impiden que los indígenas accedan a los servicios de salud debido a la distancia, la falta de transporte o vías en mal estado, la cosmovisión propia plantea el reto más grande, ya que hay poca comprensión de factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas (21).

La brecha que existe desde el conocimiento en la medicina occidental sobre la medicina tradicional representa una situación compleja para los profesionales, ya que encontrar personal sanitario que entienda el lengua indígena es complejo, por lo que genera comunicación deficiente entre los prestadores y los usuarios en todos los niveles, comprometiendo el acceso a una atención de calidad, por ejemplo, las prácticas tradicionales enfocadas en el nacimiento de los niños suelen no respetarse en los entornos institucionales, es evidente que los estándares de calidad no están definidos desde una perspectiva intercultural para la prestación de los servicios de salud en los que se respeten las costumbres, tradiciones, lenguaje, conocimientos ancestrales y formas de vida (21).

La notable disminución en el uso de los servicios públicos ambulatorios a costa de una alta demanda de servicios privados por la población tanto indígena como no indígena puede reflejar la percepción de deficiencias en la calidad de la atención en salud (22). La OMS/OPS plantea que en las Américas, cuando las comunidades indígenas obtienen servicios de salud, suelen ser de menor calidad que los que reciben otros grupos y no siempre son culturalmente aceptables para ellos; además, es un desafío disponer de personal que hable las lenguas indígenas, lo cual también compromete la calidad del servicio que se brinda a estas poblaciones; los datos estadísticos sobre la salud de los pueblos indígenas son muy limitados, lo que impide analizar a fondo esas desigualdades sanitarias y limita el diseño de respuestas adecuadas, para dar solución y diversificar la calidad de los servicios a estas poblaciones (23).

Dada la problemática mencionada anteriormente, es evidente que esto se extiende a otros contextos y lugares; en Colombia, para Guerrero, existen diversos factores de inequidad en los servicios de salud para los grupos étnicos, adicionales a las barreras de acceso y bajo aseguramiento, algunos de ellos son la falta de acuerdos entre los mecanismos de registro del SGSSS y las dinámicas sociales dadas en las poblaciones rurales dispersas y con una cosmovisión diferente, la baja

adaptabilidad y concertación de programas de prevención a los grupos étnicos que se incorporan en la medicina tradicional se reflejan en los perfiles epidemiológicos y culturales del país (24).

Es indispensable conocer desde una perspectiva más amplia lo que piensan las comunidades indígenas sobre la calidad, dado que se ha observado que hay situaciones que desfavorecen la calidad. Por ejemplo, en una investigación realizada en los Distritos Norte en Ichilo, Bolivia, en la cual se entrevistaron 210 personas, en las que el 50% de la población encuestada considera insuficiente el tiempo dedicado por el personal de salud a escuchar al paciente (25).

Al mismo tiempo, la comprensión de las indicaciones por parte del paciente fue definida insuficiente por la mayoría (60%) de los entrevistados, como viene expresado también en las discusiones informales, “en la cual los médicos no explican y no toman en cuenta al enfermo”, “hablan un castellano difícil porque han estudiado en libros gruesos” (25).

En el año 2015 fue realizada una investigación en la Ciudad de Bogotá D.C. basado en la Garantía de los Derechos infantiles de los indígenas, en este estudio se evaluó el derecho a la salud, donde la percepción que tienen las familias indígenas afiliadas al SGSSS sobre la atención prestada en entidades de salud obtuvo un resultado en el que fue buena en un 60 %, por otra parte un 27% estima que la atención es regular, otro 9% considera fue excelente, para un 3% fue mala y un 1% de esta población considera fue nula (26).

Igualmente en Bogotá, para el año 2008 se llevó a cabo una investigación basada en el Acceso a los Servicios de Salud con un enfoque étnico, obteniendo unos hallazgos por medio de entrevistas, en las cuales se evidenciaron percepciones opuestas, frente al aseguramiento ya que para estos indígenas es una burla y una imposición, donde los resultados en el acceso a los servicios no son

buenos, además perciben que por el solo hecho de ser indígenas el aseguramiento es priorizado para así las entidades obtener recursos y ser convertidos en un negocio, en donde la atención es deficiente y son dejadas de lado las inconformidades de los indígenas (27).

Con base en lo anterior y para constatar la información existente, se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos como: PUB-MED, EBSCO, SCIENCE-DIRECT y LILACS donde usando descriptores acordes a la investigación realizada como “Salud Indígena” ‘Percepción de Salud indígena’ e ‘Indigenous health’ “Calidad en salud indígena” ‘Percepción Indígena en Salud’ , obteniendo así ocho (8) documentos entre investigaciones y artículos de gran valor que tratan sobre: la percepción en salud indígena sobre los servicios maternos perinatales, la percepción en indígenas sobre su enfermedad y la calidad en el control de la diabetes, percepción del cuidado de enfermería por indígenas Embera y artículos sobre la Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena, la condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza, la calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales y la percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México.

Continuando con la búsqueda de investigaciones realizadas, se usó el repositorio de la Universidad de Antioquia utilizando el descriptor ‘Salud indígena’, donde a través de 154 resultados, solo uno (1) sobre la revitalización de los conocimientos ancestrales de la medicina se acercaba un poco al propósito de esta investigación, y una monografía que recoge información sobre los planes de desarrollo y la inclusión de la salud en la agenda pública para pueblos indígenas en Medellín.

El contexto expuesto anteriormente constituye una problemática existente tanto en el desarrollo investigativo, como en la calidad de los servicios de salud en las comunidades indígenas desde el nivel global, nacional y local, como en Medellín donde se cuenta con la presencia de 34 pueblos indígenas en los cuales se replican estas mismas falencias; entre ellas, se encuentra la comunidad indígena Embera Eyábida, ubicada en la comuna 8 en el barrio Villatina, quienes se encuentran adscritos al Cabildo Indígena Chibcariwak, de los cuales no se encuentran estudios sobre su perspectiva de la calidad de los servicios de Salud.

La comunidad indígena Embera Eyábida que reside en el barrio Villatina de la ciudad de Medellín, se compone de 14 familias, con una población aproximada de 67 personas, quienes acceden a los servicios en salud a través del régimen subsidiado (SAVIA Salud); pese a que están situados en el contexto urbano, es evidente el desconocimiento que se tiene sobre como perciben la calidad de atención en salud, sea por la poca información encontrada, el desinterés que existe hacia las necesidades de estas comunidades, la falta de compromiso entre los actores para construir relaciones con esta población, y adicional a esto, existen barreras de comunicación dadas por su lengua nativa al igual que su poco dominio del castellano, las diferentes barreras que existen para acceder y comprender una cultura y cosmovisión diferente con la cual cuenta esta Comunidad Embera Eyábida.

Esta problemática genera barreras de mejoramiento en la prestación de los servicios dentro de los diferentes actores en salud, además de los obstáculos ya existentes como sus propios pensamientos y tradiciones no aplicadas en muchos casos dentro de las Instituciones prestadoras de Salud (IPS) y Empresas sociales del Estado (ESE), ocasionando falencias en la atención directa a los usuarios, ya que no se cuenta con el personal idóneo que pueda comprender la cosmovisión de esta población. Así mismo, para los entes municipales se presenta una problemática de Salud Pública, por la falta de implementación de políticas y lineamientos establecidos para la atención de esta población.

En consecuencia, con este desconocimiento, se podrían generar problemáticas a nivel de Salud Pública como: Altos índices de Morbilidad, Mortalidad que son prevenibles y falencias en la atención en salud; así mismo, inasistencia a los servicios de Salud por el poco entendimiento de sus costumbres e ideologías, junto con esto, la falta de personal idóneo tanto administrativo como asistencial dentro de las Instituciones de Salud, originado así un debilitamiento cultural y marginación de las comunidades Indígenas.

Es por esto fundamental prestar atención a los problemas como la falta de un vínculo entre la comunidad y las demás instituciones encargadas, para articular de manera adecuada sus perspectivas y las acciones posibles dentro de la problemática existente, como la falta preparación étnica al personal asistencial y administrativo, incluyendo dentro del talento humano integrantes indígenas, logrando una armonía horizontal entre las partes por la inclusión de sus ideologías y costumbres dentro de la atención en salud, mencionando también la falta de acercamientos científicos para conocer desde la investigación la percepción en calidad de servicios de salud de la comunidad indígena.

Por lo tanto, se propone investigar sobre **¿Cuáles son las percepciones de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023?**

2 Justificación

Esta investigación es importante teniendo en cuenta lo abordado desde el Ministerio de Salud y Protección Social, donde entre sus diferentes objetivos se encuentra evaluar la política en salud, salud pública y promoción en salud (28), y según el derecho fundamental a la salud establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (29) y el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia “*Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*” (30), evidenciándose una alta relevancia de la salud y el acceso a los servicios de salud en Colombia, además desde los derechos fundamentales de la constitución se expone la finalidad de asegurar la igualdad a todos los habitantes, incluyendo las poblaciones indígenas, garantizando una alta calidad en salud, como se exige en el Capítulo 1 del Decreto 780 del 2016 por medio SOGCS para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (31).

Es así como dentro de este ejercicio constitucional es necesario garantizar los derechos de las comunidades indígenas, aportando en vitalidad y diversidad, protegiendo el patrimonio cultural y la pluralidad biológica (8). Mensualmente, la oficina de promoción social del Ministerio de Salud efectúa un seguimiento y monitoreo de la población indígena en cuanto a sus cambios en el estado de salud y evaluación de los servicios de salud, para así con fuentes secundarias y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) fortalecer la información estadística de las poblaciones indígenas, permitiendo así, analizar y formular políticas públicas que garanticen los derechos a la salud de los pueblos indígenas a nivel nacional, departamental y local, articulando todos los entes y actores que son garantes de este derecho fundamental (32); sin embargo, con esta información estadística no se alcanza a conocer la percepción desde la subjetividad de los pueblos indígenas frente a un sistema que requiere profundizar a partir de sus experiencias.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de comprender la percepción de los indígenas sobre la calidad de los servicios de salud en relación con los lineamientos y políticas existentes. Esta comprensión busca visibilizar una problemática que ha sido persistente tanto a nivel internacional como local. Identificando falencias en los servicios y políticas de salud. Por ende, se abordará esta investigación desde un enfoque cualitativo, recopilando las experiencias y percepciones de las familias indígenas respecto a la atención en salud en la ciudad de Medellín.

Con la información obtenida se puede aportar al Cabildo en sus proyectos con la población, a los entes gubernamentales involucrados para el fortalecimiento de políticas y acciones encaminadas al mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y de la población indígena en contexto ciudad. Así mismo, aportar a otros profesionales del área de la salud y la sociedad, permitiendo avances de investigaciones en este campo, posibilitando que la población indígena reciba una mayor calidad en los servicios de salud.

Es por esto, que la investigación a realizar es pertinente acorde a los diferentes lineamientos en los cuales se rige, tanto legal, político, ético, técnico y social ya que, por medio de diálogos con el gobernador del Cabildo Indígena Chibcariwak se ha permitido establecer un enlace positivo, para acceder de manera adecuada a la información que tienen sobre los servicios de salud y a cuál sería esta comunidad indígena en la que estaría enfocada la investigación (se cuenta con la viabilidad optima por el aval del cabildo en el anexo 3) donde no existen impedimentos normativos o legales para acceder y establecer comunicación con dicha población, adicional, el tema central en el cual nos queremos enfocar está ligado directamente con los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación profesional como administradores en salud, aportando nuevo conocimiento al fenómeno que se desea investigar, para posibles investigaciones y estrategias que

se deseen implementar para dar solución a la problemática existente, por otra parte, con dicha investigación se daría a conocer la percepción de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena Embera Eyábida en contexto ciudad, ante los entes gubernamentales y la población en general.

Por último, existe una factibilidad real de ejecución de la propuesta de investigación para trabajo de grado, en términos de la disponibilidad de recurso humano, infraestructura, económicos, materiales, equipos y otros, considerando que la comunidad se encuentra asentada a menos de una hora y la accesibilidad es posible para el desarrollo de las diferentes etapas de ejecución.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender las percepciones de la calidad de los servicios de salud a los que accede la comunidad indígena Embera Eyabída, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Entender los significados de calidad y servicios de salud que tienen los indígenas Embera Eyábida del barrio Villatina de la ciudad de Medellín.
- Describir las experiencias que los indígenas han tenido en los servicios de salud.
- Interpretar las percepciones obtenidas desde la comunidad, sobre la calidad de los servicios de salud a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad.

4 Marcos

4.1 Marco conceptual

Es pertinente teorizar y conceptualizar todas aquellas categorías que hacen parte de la problemática planteada, esto, debido a que son fundamentales para el desarrollo y comprensión del fenómeno que emerge de la percepción de la calidad de los servicios de salud en la comunidad indígena.

4.1.1. *Percepción*

El fenómeno de la percepción depende de la identificación de emociones y cómo reaccionan las personas a las diferentes situaciones; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción (33).

Desde la etimología el término “percibir” proviene de la palabra en latín “percipere” que según Casares en el Diccionario ideológico de la lengua española significa "apoderarse de algo, recibir, percibir, sentir"

El término percepción se remite al concepto “sensibilidad”, que se puede agrupar en 3 tipos de sinónimos:

- "Perceptibilidad, perceptividad, intuición, agudeza. hiperestesia, sentido."
- "Conocimiento, sensación, impresión, percepción, imagen, representación, excitación."
- "Sentir, experimentar, percibir, notar, apreciar, advertir, observar, padecer, sufrir, entrar en, impresionarse" (34).

De lo anterior, se puede inferir que la percepción es un proceso relevante para la interacción y la vida en sociedad; además en ella concurren una serie de eventos y datos que requieren ser estructurados para obtener información del

mundo de afuera. Entre estos datos y elementos distinguiremos tres principales (35).

- Recepción sensorial: La base de la perfección es la recepción que viene de los sentidos, sin sensación no es posible ningún tipo de percepción.
- La estructuración simbólica: La percepción va siempre encaminada a una representación, a un concepto o a un significado; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.
- Los elementos emocionales: Muchas de nuestras percepciones nos dejen indiferentes pero la mayoría de ellas van muy ligadas a procesos de emociones propias, dando lugar a nuestros sentimientos o a emociones agradables o desagradables.

Por otro lado, la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de un grupo de categorías con los que se relacionan los estímulos que el sujeto recibe, ya que forman los referentes perceptuales transformándolos en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad; basándose en el reconocimiento, interpretación y significación para la creación de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que interfieren otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (36).

Las teorías científicas sobre la percepción, estuvieron basadas en el sentido común o en la reflexión filosófica, las cuales se enfocaron en dos posturas contrapuestas: el racionalismo y el empirismo; en torno a este último se elaboraron ideas de que las sensaciones eran elementos inamovibles dentro del conocimiento (70) por otro lado, para el racionalismo los sentidos no eran una fuente confiable de conocimiento, estos se encontraban en la razón más no en los sentidos (37).

Para la primera mitad del siglo XX, el movimiento Gestalt, nació en Alemania por los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás acciones psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros. El primer supuesto básico desarrollado por la Gestalt define la percepción como un proceso de extracción y selección de información de lograr un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante (38).

Durante la segunda mitad del siglo XX fue formulada la teoría clásica por Hermann Von Helmholtz y posteriormente modificada por Wilhelm Wundt; afirma que la percepción de los objetos y de los acontecimientos están establecidas por estructuras mentales que son generados por un proceso de aprendizaje, es decir que su origen es fundamentalmente empirista. Para la teoría clásica de la percepción, la investigación perceptiva debe comenzar por el análisis de las sensaciones básicas, sin embargo, el concepto de sensación terminó describiéndose en atributos, por lo que el análisis mismo de la percepción se encontró con grandes limitaciones de una posición empirista radical (38).

Ciertamente se puede decir que hay varios enfoques de la percepción social desde un proceso selectivo, dinámico y funcional, en el cual percibir consiste principalmente en formular hipótesis y tomar decisiones, dicho proceso está determinado por necesidades, valores sociales, aprendizajes y en general por las características permanentes y temporales de los individuos (39). Esta percepción se compone de aspectos cognitivos y emocionales que, en conjunto forman una representación cognitiva completa que impacta directamente en el individuo (40).

Para este trabajo de grado que pretende comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud, es importante resaltar que la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que

se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad (experiencias) (36). Es así, que en el proceso de la percepción se ponen en juego algunos referentes ideológicos y culturales que explica la realidad, aplicándolos a las distintas experiencias para ordenarlas y transformarlas.

Tomando en cuenta la teoría de Merleau-Ponty, quien evidencia que las diferentes definiciones desde la ciencia y la filosofía desconocen las experiencias vividas del mundo sensible del receptor cuando se trata de explicar la percepción, pues la ciencia solo la define desde los estímulos físicos o químicos que afectan el aparato sensorial, ignorando las emociones o lo sensorial como experiencias. Y la filosofía, que se aleja del cuerpo que vive las experiencias, dejando de lado que lo cognitivo se puede definir como los significados (41). Por ello, la percepción de la calidad de los servicios de salud parte de comprender los conceptos de significado y experiencias entendidas como:

- **Significado:** La creación de significado no es un proceso mental como se da en la deducción o la inducción, es más un proceso corporal, de significación que proviene de nuestra Inter afectación con el entorno. *“La persona siente un significado de lo que está experimentando, pero todavía no puede expresarse claramente en conceptos”*. Cuando surge la palabra o el símbolo, su correspondencia con lo que siente estará en función de lo que el individuo perciba como ajustado orgánicamente. Cuando este símbolo tiene resonancia en el organismo se trata de un símbolo certero (42).
- **Experiencias:** La experiencia humana parte de la construcción constante de significados que objetivamente se transmiten desde el lenguaje en campos

de experiencia, esencialmente conversacionales, y que incluye, tanto la convencionalidad formal como la cotidianidad no convencional. Es por esto que teniendo como principio el interaccionismo simbólico según Ritzer, en la experiencia humana se da una influencia de los significados y los símbolos en cualquier acción; aquí los sujetos como actores y autores de lo social se vinculan mutuamente en la dinámica misma (43).

4.1.2 Salud

La OMS define Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Dicha definición es vigente desde 1948, siendo hoy en día la más conocida y aceptada globalmente. También establece que "el goce máximo de Salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano". Actualmente esta visión del concepto de Salud parece novedosa, pero Aristóteles en sus postulados ya establecía que el ser humano tiende a la Eudaimonía (felicidad) y esto, puede equipararse a que todo ser humano dirige sus actos hacia el mantenimiento de la Salud (44).

Si bien existen ventajas prácticas en esta definición, así mismo, se generan críticas como la de Navarro, quien argumenta un problema epistemológico relevante, pues se da por sentado con esta definición y un consenso global sobre el significado de salud y bienestar, por lo que es una definición ahistórica y apolítica. Con esto, la OMS de cierta forma suprime la responsabilidad de clarificar quien define lo que es salud y bienestar (45).

Álvarez, expresa que la definición de la OMS se encuentra en un triángulo, por medio de las dimensiones, física, mental y social de la salud, por lo cual se debe tener en cuenta al ser humano en su totalidad. Desde este principio surge el término de salud holística, que comprende en su definición las dimensiones física, mental,

social, emocional y espiritual, de manera interdependiente y a la vez, integradas en el ser humano, que funciona como una entidad completa en relación con el mundo que le rodea (46).

Por último, la salud debe de ser abordada a través de la interdisciplinariedad, pues para poder entenderla en su multidimensionalidad es necesario que coincidan diversas disciplinas que interactúen y se complementen entre sí, en este sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, confinado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo un resultado de cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada desde una política de estado que sea eficaz y perdure en el tiempo (47).

4.1.3 Calidad

Existen muchas definiciones de la calidad, las cuales dependen del enfoque y del experto que las describa. La primera de ella la desarrolló el Instituto Nacional de Normas de Estados Unidos (ANSI) y la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC), que la interpretaron como “la totalidad de particularidades y características de un producto o servicio que influye sobre su capacidad de satisfacción de determinadas necesidades” (48).

Se han realizado diferentes aportes dependiendo del autor, el contexto y la época las cuales marcaron cada una de las etapas de la evolución de la calidad en la historia, desde la inspección hasta la gestión de la calidad total o excelencia. La inspección, se dio desde 1450 hasta 1920, el objetivo en esta etapa era detectar defectos en el producto finalizado y la calidad era vista como la manera de resolver el problema. Para esto, el departamento de inspección fijaba estándares y realizaba mediciones. Los autores más influyentes de esta época fueron Frederick Taylor,

Henry Ford y Eli Whitney (49); Por su parte, Henry Fayol influyó sobre la industria francesa, promoviendo la gestión por funciones (50).

Edwards W. Deming revolucionó todo el proceso en las empresas de fabricación y de servicios al insistir en que la alta dirección es responsable de la mejora continua de la calidad; sus trabajos introdujeron en la industria japonesa los nuevos principios de la gestión y revolucionaron la calidad y productividad (51). Su teoría es llamada control estadístico de la calidad. "CALIDAD TOTAL" con un Ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) (52).

Posteriormente, en 1960 los aportes de expertos como Joseph Juran y Kaoru Ishikawa condujeron a que la calidad fuese percibida como una responsabilidad de todos los departamentos, donde la coordinación y organización fuera la clave para resolver los inconvenientes que se generaran de forma activa y así establecer acciones preventivas, mediante el uso de programas y planificación estratégica, luego de esto nace la etapa del aseguramiento de la calidad. A partir de 1980 se origina la etapa de calidad total, en donde se dio el impacto estratégico de la calidad que constituyó su principal objetivo. Una de las organizaciones más influyentes en esta etapa fue la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) (49).

La calidad ha sido motivo de numerosos estudios tanto teóricos como aplicados, desarrollados profundamente por autores reconocidos internacionalmente denominados por la comunidad científica como filósofos de la calidad, han contribuido con sus propuestas teóricas de manera significativa a una mejor comprensión y adecuación de su significado. En este sentido, Camisón, Cruz y González, señalan que se han identificado seis conceptos de calidad como: la calidad como excelencia, la calidad como conformidad con especificaciones, la calidad como uniformidad, la calidad como aptitud para el uso, la calidad como satisfacción de las expectativas del usuario, y finalmente, la calidad como creación

de valor para satisfacer las expectativas de todos los grupos de interés claves de la organización (53).

Por último, es importante mencionar las características de la calidad que a nivel general se pueden reconocer e identificar en cualquier ámbito disciplinar como el enfoque en el usuario, liderazgo alineado con los objetivos de la organización, importancia de los empleados internos, gestión basada en la mejora continua, Importancia de los empleados externos (54).

El concepto de calidad es una forma de hacer las cosas donde predominan las preocupaciones por satisfacer al usuario y mejorar los procesos y resultados. Además, ha evolucionado a una forma de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles, que afecta a las personas y a los procesos de la empresa (55).

4.1.4 Calidad en servicios de salud

La OMS, ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. Así mismo, el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, define la calidad de la atención como: “el grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”. Actualmente no es posible pensar en salud sin asociar de manera simultánea, el término de calidad (56).

En la calidad en salud han existido modelos neoliberales como el planteado por Hervás donde lo relevante es la demanda. Investigaciones basadas en el

modelo de Folch, ejemplifican los perfiles de pacientes y su rol en los procesos de atención, dando cuenta que el perfil del paciente se mueve desde aquel que quiere ser parte del proceso, informarse y decidir activamente con el médico, evidencias que influyen en la calidad desde la perspectiva y expectativas de los usuarios. Asimismo, existen enfoques de los actores organizacionales, donde el análisis de la calidad depende del rol que tengan (57).

El pensamiento de Avedís Donabedian, pionero en el estudio de la definición y evaluación de la calidad de la atención en salud, es adecuado: “la calidad de la atención médica es una idea extremadamente difícil de definir”, tanto por la rigurosidad técnico-científica con la que se debe afrontar, como por el significado práctico para la percepción del usuario; donde se sustenta en la ciencia y la tecnología médica que persigue alcanzar el máximo beneficio con el mínimo riesgo (58).

Así mismo, Se destaca la incorporación de los cuatro conceptos debatidos en gestión: calidad, eficiencia, eficacia y efectividad, también podrían ser conformados por los conceptos de competencia, accesibilidad, capacidad, atención centrada en el paciente u oportunidad. Los énfasis y la discusión semántica guardan relación con los modelos que se han definido en estos últimos 20 años como el Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), el modelo EFQM, el modelo de atención crónica, el modelo PATH o el construido en Grecia para hospitales públicos acorde a seis dimensiones: calidad, capacidad de respuesta, eficiencia, utilización, puntualidad, recursos y capacidades (57).

El concepto de calidad de la atención en salud se encuentra vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, también se enfoca en su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Además, se basa en la organización cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones, eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones (59).

En la satisfacción del usuario intervienen dos factores fundamentales: la expectativa y la experiencia, la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un usuario que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua. Indudablemente, el factor más importante en la satisfacción del paciente o usuario de una institución de salud es la relación médico-paciente y personal-paciente (60).

En un estudio realizado por Michelsen Consultores sobre satisfacción del usuario utilizando la metodología SERVQUAL, se encontró que la principal causa de insatisfacción era el trato inadecuado del personal no médico y una pobre relación médico-paciente (60). Esta Metodología determinó las brechas de la calidad entre las expectativas y las percepciones de los pacientes (61), permitiendo analizar aspectos cuantitativos y cualitativos de los usuarios, proporcionando información detallada sobre opiniones de los usuarios, comentarios y sugerencias, impresiones de los empleados y siendo el instrumento de mejora y comparación con otras organizaciones, usando 5 dimensiones para medir la calidad del servicio como lo son la viabilidad, sensibilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles (62).

En Colombia, a pesar de que después de la Constitución de 1991, el gasto en salud pública crece, todavía la efectividad y calidad del sistema de salud es cuestionada, aun con su cobertura, persisten problemas de equidad, eficiencia y, sobre todo, resultados. Esto por la descentralización ineficiente, asumiendo los programas en salud sin ninguna preparación y la implantación del sistema de aseguramiento; Es por esto que la Superintendencia de Salud aplica una metodología de evaluación que busca mejores resultados en los actores del sistema de salud (63).

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, menciona que el SGSSS debe establecer mecanismos de control de los servicios garantizando la calidad en la “atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional”. A pesar de esto, un estudio sobre la oportunidad, satisfacción y razones por la cual no se usan los servicios de salud en el país, revela que el 64,7% de las personas identificadas como enfermas por causa crónica o no crónica, que no usan los servicios, indican razones para no hacerlo asociadas con problemas en la calidad (63).

La investigación sobre la calidad de los servicios de salud en las comunidades indígenas ha sido un tema pendiente y poco explorado. La falta de estudios centrados en la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de las comunidades indígenas ha resultado en una falta de información precisa y contextualizada, la calidad de los servicios de salud desde la percepción de las comunidades indígenas ha dejado un vacío significativo en el conocimiento, que ahondar en este permite un avance en el respeto y equidad indígena.

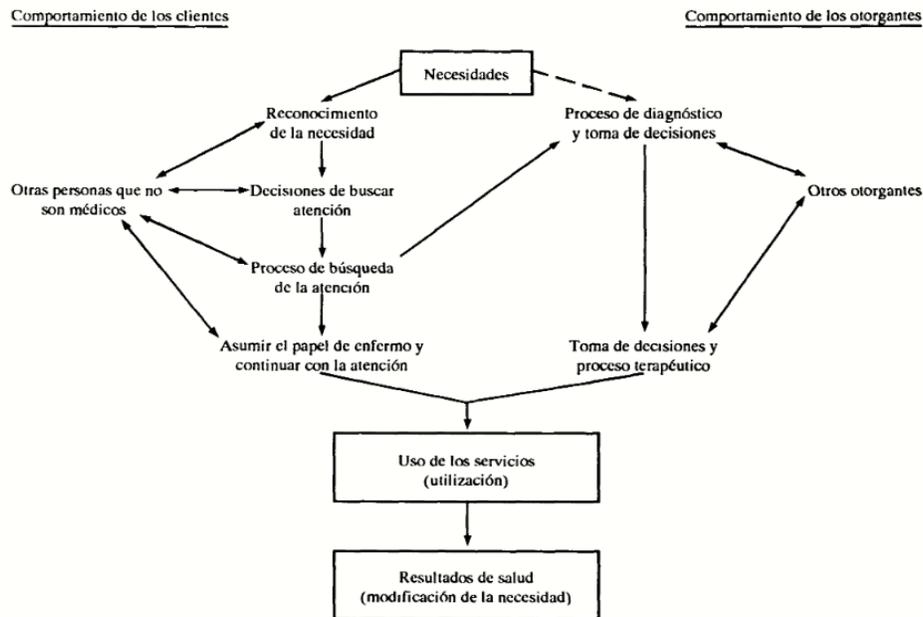
4.1.5 Servicios de salud

Son el “conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (64). Los servicios de salud son prestados por diferentes profesionales como médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Categorizados en preventivos que están destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, buscan devolver la salud a los enfermos e incapacitados (65).

Los antecedentes de los servicios de salud nacen desde las creencias primitivas y prácticas de cómo evitar enfermarse, han existido desde hace mucho tiempo y persisten en muchas culturas, como el uso de pulseras, amuletos, semillas el uso de colores, son pruebas que dan a conocer el interés por conservar siempre la salud como un bien preciado. Por otra parte, en el imperio romano, los romanos tuvieron una visión más centrada sobre la salud, pero se siguieron conservando los factores higiénicos de los egipcios y griegos, Galeno, el más famoso de los médicos romanos fue el primero que habló de los "prerrequisitos" para la salud, " , pero la gran contribución de este imperio es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública; otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (66).

Los modelos que han existido para analizar la utilización de servicios de salud, donde inicialmente existen dos ejes fundamentales para el proceso de atención médica, el comportamiento del usuario y el comportamiento del otorgante que se correlacionan para la utilización de los servicios de salud. Es decir, que esto, puede concebirse como la interfase de un proceso complejo, que ponen a todos los actores, la población y al personal de la salud, con el propósito de satisfacer esa necesidad en salud; el proceso de atención se puede dar de la siguiente manera:(67).

Figura 1. Utilización de los servicios. Interfase de actores:



*Nota. Ejemplo tomado de: Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Publica Mex [Internet]1991;34(1):36-48 [Consultado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469>.

El modelo epidemiológico se basa en el estudio de las necesidades de la salud de toda la población que requieren servicios y recursos para su atención, su utilización dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, el modelo psicosocial propuesto por Irwon Rosenstock, se basa en la actividad que realiza una persona para estar sana con el objetivo de prevenir la enfermedad; por ende, el modelo sociológico desarrollado en 1964-1966 por Suchman, enfatizado en los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios, todo es en base a la red de relaciones sociales, otro enfoque de este modelo fue dado por Anderson en 1968, donde la utilización de los servicios médicos se daban por los aspectos conductuales, socio psicológicos y económicos (67).

En los últimos años, se ha aceptado que la inversión del capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera de éste, así mismo, se considera la utilización de los servicios en constante relación con la demanda en salud, es decir en la forma como se puede invertir en el capital humano, por lo que las personas pueden incrementar sus capacidades como productores y consumidores invirtiendo en ellos mismo, este modelo es basado en la teoría del capital humano (67)

4.1.6 Comunidad indígena

Los pueblos indígenas son grupos sociales y culturalmente diferentes que comparten vínculos ancestrales con la tierra y los recursos naturales donde viven o desde los cuales han sido desplazados. La tierra en la que habitan y los recursos naturales de los que dependen están vinculados con su identidad, cultura y medios de subsistencia, así como su bienestar físico y espiritual. A menudo buscan ser representados por sus líderes y organizaciones tradicionales (68).

En el mundo, se estima que hay 476 millones de personas indígenas. Aunque comprende solo el 6 % de la población mundial, representan por lo menos el 19 % de las personas extremadamente pobres. Su esperanza de vida es hasta 20 años inferior a la de las personas que no se encuentran en esta población a nivel mundial. Los pueblos indígenas carecen de reconocimiento formal de sus tierras y recursos naturales, suelen ser los últimos en recibir inversiones públicas y enfrentan múltiples inconvenientes para participar plenamente en la economía formal, obtener acceso a la justicia y ser parte de los procesos políticos y la toma de decisiones (68). En todos los continentes existen pueblos indígenas, del Ártico al Pacífico pasando por Asia, África y las Américas (69).

En Latinoamérica, existen aproximadamente 800 pueblos indígenas y pueblos con un estatus 'tribal'; según la definición del Convenio 169 de la

Organización Internacional del Trabajo (OIT), algunos de estos con una ascendencia mixta, indígena y africana; entre los que se cuentan los Garífunas centroamericanos, los Saramacca de Surinam y las comunidades afrodescendientes en varios países, como Colombia y Nicaragua. Según la definición de la OIT, estos son pueblos en países independientes, considerados indígenas por descender de poblaciones que habitan en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización (70).

En Colombia, de acuerdo al censo nacional en el año 2018 la población indígena suma 1.905.617, creciendo un 36,8% con respecto al último censo, a través de esta cantidad la población indígena representa el 4,4% de la población total del país, con un crecimiento seis veces más que el total nacional, esto explicado en buena parte por una alta tasa de fecundidad que duplica la media nacional. El censo también reveló que existen en la actualidad 115 pueblos indígenas nativos los cuales hablan más de 60 lenguas y están distribuidos en más de 710 resguardos ubicados a lo largo de 27 departamentos del país (71).

Los departamentos en los que se ubica la mayor cantidad de población indígena son: La Guajira, con 394.683 habitantes; Cauca, con 308.455; Nariño con 206.455; Córdoba, con 202.621 y Sucre con 104.890. Así mismo, las etnias con mayor número de miembros son la Wayuu (380.460), la Zenú, (307.091); los Nasa, (243.176) y los Pastos (163.873). Estos pueblos concentran el 58,1% de la población indígena colombiana. Los pueblos indígenas poseen derechos fundamentales reconocidos gracias a la Constitución Política de 1991 y lo ratificó el Convenio 169 de la OIT, hoy Ley 21 (71).

En Antioquia, existen tres etnias indígenas que hacen parte de los llamados indígenas de tierras bajas, los cuales son diferentes etnográficamente de los indígenas andinos, en esta región, habitan 14.903 indígenas pertenecientes a tres etnias importantes: los Embera, los Tule o Guna Dule (Kuna) y los Zenú; los Embera

se dividen en tres grupos, los Eyábida, habitantes de las vertientes de la cordillera, los Dóbida, habitantes de las riberas de los ríos y los Chamibida, habitantes de la cordillera en el suroeste antioqueño (72).

En el 2023, según documentación de la Gerencia Indígena de Antioquia, los pueblos indígenas habitan en 5 subregiones en 32 municipios y se distribuyen en 62 resguardos y en más de 226 comunidades. Se hablan dos lenguas originarias, la Embera que tiene 3 variantes: Chamí, Dóbida y Eyábida y la Gunadule. Aunque habitan en zonas urbanas, su patrón de asentamiento característico es rural con tipologías de dispersión y en zonas montañosas de difícil acceso geográfico. Los Embera Eyábida son gentes de altas montañas, es la etnia con mayor población en Antioquia y en su mayoría conservan la lengua de origen Embera (73).

En Medellín, se reporta la presencia de 34 pueblos indígenas, aunque de manera informal los cabildos urbanos reportan más de 60. Algunos de estos pueblos son: Pastos, Embera Chamí, Embera Dóbida, Senú, Inga, Embera Eyábida, Nasa-Paez, Kichua, Misak-Guambiano, Nutabe, Kamétsa, Wayúu, Yanacona, Cubeo, Curripaco, Gunadule, Macuna, Puinave, Quillasingas, Siona, Wounann, Yamesies, Kokonuco, Wiwa, Arhuaco, Awa, Cherokee, Pijao, Uwa, Yariguies, Maya, Chibcha, Guanal y Muisca. Estas comunidades están ubicadas en la ciudad en las diferentes comunas y en coherencia censal. Los habitantes indígenas que no han nacido en Medellín provienen de 27 regiones diferentes; principalmente de Antioquia, Nariño, Caldas, Chocó, Córdoba, Putumayo y Cauca (74).

El fenómeno de la migración de los pueblos indígenas hacia áreas urbanas representa un desafío particular para la sociedad. Esta transición se ha visto impulsada por diversos factores, como la pérdida de tierras, la degradación ambiental, el desplazamiento debido a conflicto armado y desastres naturales, entre otros. El movimiento del campo a la ciudad está motivado por la búsqueda de nuevas oportunidades en el mercado laboral, así como por factores subjetivos como

el atractivo de las supuestas "ventajas" de la vida urbana, como el acceso a servicios básicos de salud y educación, que actúan como motores importantes en esta tendencia hacia la urbanización (75).

Sin embargo, esta migración hacia la ciudad no ha resultado en una mejora significativa en la calidad de vida de los indígenas, especialmente considerando que aquellos que migran a las urbes suelen enfrentarse a problemas adicionales y específicos. Estos desafíos incluyen el desempleo, la limitada disponibilidad de servicios básicos y una vivienda adecuada. Además, a menudo experimentan discriminación y encuentran dificultades para preservar su idioma, identidad y cultura (75).

4.1.6.1 Cosmovisión indígena

Las cosmovisiones indígenas tienen un origen netamente agrícola, un ejemplo de ello, se evidencia en los pueblos indígenas de México, donde el medio ambiente es definido como un conjunto de creencias, valores y sistemas de conocimiento que articulan la vida social de los grupos indígenas; Los territorios reales y simbólicos son un elemento esencial, y esta es la característica de que no hay separación entre naturaleza y cultura, orden natural y social, individuo y sociedad. El fenómeno sobrenatural domina la visión del mundo y no está separado del mundo social (76).

De igual manera, la representación estructurada que los pueblos tradicionales tienen y combinan de manera coherente en las nociones sobre el medio ambiente, sobre su hábitat y sobre el universo en que sitúan la vida del hombre. Se entiende que la fuerza e importancia de las tradiciones que se mantienen en pueblos radica en su propia definición, en tanto es el acervo intelectual que se crea, comparte, transmite, reelabora y en ocasiones se modifica para establecer nuevas formas. Si desdoblamos el contenido de "la visión del

mundo” o cosmovisión podemos explorar diversas dimensiones de la percepción cultural de la naturaleza y acceder al ámbito de la religión constituida por las creencias, y a la cosmogonía misma, es decir, a las concepciones del origen del mundo y al lugar que ocupa el hombre en ese universo (77).

La cosmovisión Embera Eyábida está contenida en un relato de una mujer Embera (Vasco, 1990): Rosa Elvira piensa que hay tres mundos (78):

“El de arriba (bajía), en donde están Karagabí (la luna y padre de Jinopotabar) y Ba (el trueno); éste, que es la tierra (egoró), en donde viven los Embera; y el de abajo (aremuko o chiapera), al cual se llega por el agua y en donde viven los Dojura, Tutruica, Jinopotabar y los antepasados y se originan los jaibaná (sabios tradicionales). Jinopotabar los une a todos y puede pasar de uno a otro con su trabajo, pues es cure, sabio, jaibaná. Este mundo tiene también tres partes, tres órdenes: el del monte; el de la tierra, donde viven los Embera en las orillas de los ríos; y el del agua; tres componentes que se equivalen y relacionan con los tres anteriores. Así, sus términos extremos, monte y río, son las vías de comunicación con el mundo de arriba y el de abajo, respectivamente. Por eso Jinopotabar va al monte cuando quiere ir a la luna que navega por el cielo en su canoa, y al río cuando quiere alcanzar el mundo de abajo”.

La cosmovisión Embera Eyábida se basa en el equilibrio entre diferentes mundos, y los intercambios y ordenamientos entre ellos los cuales dan forma a la vida de los Embera Eyábida. Según esto, lo que pertenece al mundo superior debe descender a este mundo, mientras que lo que pertenece al mundo inferior debe ascender, como un proceso de salir de la tierra. En esta perspectiva, el agua desempeña un papel fundamental como elemento mediador entre el mundo superior y el mundo inferior, ya que representa la unión de los movimientos de caída y ascenso. Todo esto explica la importancia de los ríos y la ubicación estratégica de las comunidades Embera Eyábida en relación con ellos. Según relatos, aguas arriba, en el lugar de nacimiento del agua, se encuentra la selva con toda su fuerza, que incluye sitios peligrosos y temidos, mientras que el río va hacia abajo se ubica el lugar de los seres humanos donde es posible habitar (Vasco, 1990) (78).

4.1.6.2 Concepto de salud para los indígenas

La salud es una construcción cultural, no existe salud individual sino un concepto de salud colectiva y un concepto holístico que se aprende y surge con el bienestar de la comunidad. Esta noción es vista como armonía o equilibrio. La relación con los demás miembros de la comunidad, respetándolo en su individualidad y a la tierra, en reconocimiento a todo lo recibido de ella. Se concibe la salud como equilibrio, la manera de curarse de un mal físico es restableciendo el equilibrio y la armonía en el plano espiritual, que es donde radica el origen del malestar. También, el concepto de "pagamento" son prácticas que van dirigidas a la curación de enfermedades, la recuperación de la armonía y de los ciclos cósmicos y representa las ofrendas a la madre tierra, se realiza en lugares sagrados, como árboles, lagunas y páramos (79).

Para varios pueblos, la salud es entendida como el buen vivir. Un concepto integral que toma en cuenta aspectos físicos, mentales, sociales, espirituales y ambientales, relacionados con el fortalecimiento cultural, la autonomía alimentaria, la cosmovisión y la territorialidad, en relación con la naturaleza y lo tradicional (80). Por ende, es una preocupación que trasciende a la enfermedad y se manifiesta en diferentes maneras tradicionales de alimentación; crianza de los hijos; aprendizajes que devienen de la participación en prácticas familiares y transmisiones orales de madres, abuelas y tías (81).

Es importante reconocer que para los pueblos indígenas el derecho a su propio entendimiento y control de vida, y el derecho a la convivencia armónica consigo mismo y otros, son los elementos que hacen la salud, donde exista la armonía entre estos elementos y esté encaminada al bienestar integral, plenitud, tranquilidad espiritual, individual y social. En conclusión, la salud se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes de lo individual y lo

colectivo, abarcando el bienestar biológico, psicológico, social, y espiritual de un individuo y una sociedad (82).

4.1.7 Antecedentes en la percepción de la calidad de los servicios de salud

Para fundamentar la información expuesta, se traen a colación una serie de investigaciones con el mismo enfoque de estudio que se desean presentar y que se han llevado a cabo en diferentes lugares.

En un estudio del año 2011 en el Suroeste de Veracruz, México sobre la Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica, la cual cuenta con una población de 68.708 habitantes que se distribuyen en 214 localidades, de las que 184 (86%) cuentan con menos de 500 habitantes; el 84,2% de la población habita en hogares indígenas y el 76,2% de las personas de cinco años o más habla alguna lengua indígena. El monolingüismo es de 3,4%; 2,4% en hombres y 4,3% en mujeres. El porcentaje de analfabetismo es tres veces mayor que el indicador estatal: 38,0% versus 13,4% (83).

Existe una problemática en la atención médica por el personal asistencial de las clínicas rurales y de los hospitales regionales, quienes no hablan la lengua indígena, por lo que la consulta se brinda en español. Parte de la población refirió que no acude a la clínica porque "no puede contestar la palabra", "porque no he estudiado y no entiendo". Por las mismas razones no se sienten capaces de ir solas al hospital. Como mencionó Rubicelia de 43 años de edad: (83)

...llegamos y nos dicen que ya no hay lugar. Además de que no nos entienden porque hablan español. ¿Cómo les vas a explicar? Por cierto, que, como yo, ellos deberían de hablar popoluca o tener a alguien que les explique.

Así mismo, las clínicas rurales no cuentan con la infraestructura para satisfacer su demanda de atención médica, además que se agudiza el problema de enfermedades que deben atenderse en el primer nivel de atención médica en forma

oportuna y para las que existen en operación programas con lineamientos normados. Por lo que es necesario escuchar sus voces para llevar a la práctica lo que ya se encuentra, planear y diseñar en forma conjunta -instituciones/población- estrategias congruentes con las condiciones concretas de vida en las que se desenvuelve la población (83).

Por su parte, en Colombia, un estudio focalizado en la percepción del cuidado de enfermería por indígenas Embera quienes habitan en el Departamento de Caldas organizado en 15 cabildos agremiados en la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas –ACICAL y en el Consejo Regional Indígena de Caldas –CRIDEC, quienes se encargan de tomar decisiones que influyen sobre los indígenas. Actualmente, cuentan con parteras, médicos tradicionales, sobanderos y curanderos, quienes a través de sus tratamientos preservan sus formas y costumbres, considerando la pérdida de la lengua Embera uno de sus mayores retos (84).

Como elemento de gran relevancia en la percepción del indígena Embera Chamí, frente al cuidado recibido, se encuentra además la molestia con el tiempo de espera para ser atendido, cuyo reclamo ha estado presente en la actualidad, ya que los indígenas de manera previa solicitan y programan la cita para ser atendidos en los controles. Sin embargo, cuando por alguna eventualidad les corresponda esperar, con frecuencia lo expresan en forma de disgusto e insatisfacción, por ende, con esta investigación se demuestra que hay una relación horizontal con la percepción del receptor de cuidado y se hace necesario indagar más en este campo (84).

En lo que respecta al control de la diabetes tipo 2 se realizó un estudio en la población indígena chontales en México sobre calidad percibida en el año 2020, el problema más grave que manifiestan se basa en lo económico “pues no tener dinero, no hay comida en casa todo eso es difícil esta enfermedad” (mujer, 68 años, grupo focal 3) (85).

Otra de las dificultades que sufren y expresa la población indígena, es darles seguimiento a las complicaciones de la diabetes tipo 2, manifiestan que, para acudir al segundo nivel, sufren de desigualdad y rezago para recibir atención médica: “Yo sí le dije (al médico tratante), como que casi no veo y me mandó con un oculista. Fui por eso al hospital. Me dieron cita desde julio del año pasado, cuando me tocó mi cita, el doctor no llegó. Me volvieron a dar cita, fui y el doctor estaba de vacaciones, y ya no he ido hasta la fecha porque no hay dinero” (mujer, 53 años, grupo focal 4). Los resultados de este estudio muestran que los indígenas chontales expusieron sus preocupaciones y experiencias con el padecimiento, en una terminología exclusiva de su etnia y género. Con sus respuestas se logró conocer los elementos fundamentales que no les permiten alcanzar la calidad de su control y en los servicios de salud (85).

Otro antecedente, fue el trabajo de grado de tipo descriptivo y cuantitativo realizado con los usuarios, en la E.S.E Hospital Local de Sitio nuevo Magdalena durante los periodos 2017-2019, donde a través de 3185 pacientes que asistieron a los servicios médicos y diligenciando la encuesta de satisfacción, donde se observó que la percepción de los usuarios en cada uno de los servicios recibidos, la cual fue calificada en el nivel de bueno, demostrando gran satisfacción por las instalaciones físicas de los diferentes servicios de citas y de espera, limpieza de las instalaciones, los tiempos de espera en el servicio de urgencias son oportunos, de 11 a 20 minutos, de igual manera los tiempos del servicio de consulta externa oscilando entre los 0 a 20 minutos, demostrando una oportunidad en la atención. Se evidenció satisfacción por la atención en los servicios existentes, pero resaltando el laboratorio clínico que obtuvo el más alto porcentaje con un 83,1%, seguido de la atención de enfermería con el 79,5%; la atención médica obtuvo el 77,7% y en último lugar el servicio de citas con 74% (86).

Por otra parte, en el estudio “Un modelo de atención en salud al pueblo Wayuu en la frontera colombo-venezolana” realizado por la Revista Panamericana

de salud Pública en el año 2011, donde a través de un diagnóstico de salud de la población Wayúu y usando algunos componentes necesarios en cualquier modelo de atención de salud, pero con algunas particularidades de relevancia en zonas indígenas y sus principales determinantes de la salud identificados fueron falta de agua potable, escasez de alimentos, pobreza, acceso limitado y fragmentado a servicios de salud. Asimismo, deberán tener un enfoque integral, que incluya todos los niveles de atención y los programas pertinentes adecuados según el perfil epidemiológico, el ciclo de vida completo, todas las dimensiones del ser humano y las enfermedades (87).

Para el año 2019, un estudio importante se realizó en México, el cual se basó en la condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza, en dicha investigación se identificaron 5.071 personas que utilizaron los servicios de salud ambulatorios en los 15 días previos a la encuesta (4.086 en 2012 y 985 en 2018). De ellos, se consideró indígenas a 1.435 (35.1%) y 619 (62.8%). La utilización de servicios públicos de salud disminuyó entre los dos periodos y aumentó la de médicos privados y de consultorios dependientes de farmacias, siendo mayor en población indígena con un incremento tres veces más grande entre ambos periodos (22).

En el proceso de atención, el tiempo de espera con cita programada fue calificada como corta en la mayoría de las personas de ambos grupos, y permaneció sin cambios entre los periodos; el tiempo de espera para recibir la atención se percibió corto en 2012 por la mitad de los usuarios de servicios públicos y por 80% de los de servicios privados. La comunicación también fue bien calificada en los dos periodos; la información del diagnóstico empeoró en 2018 respecto a 2012 para el grupo de indígenas usuarios de servicios de salud privados. Aunque se mantuvo alta la proporción de personas que recibió explicaciones comprensibles en la consulta para ambos servicios. Por último, para los servicios privados la población indígena regresaría menos y la no indígena lo haría más en 2018 respecto a 2012,

y en 2018, ambas poblaciones calificaron la calidad y su satisfacción con más de 8 puntos (8.6 y 8.7 indígenas y 8.7 y 8.8 no indígenas) sin diferencia entre servicios públicos y privados (22).

De igual manera, la investigación sobre la calidad de atención y satisfacción del usuario externo del centro de salud de zona rural peruana en el año 2020 revela un resultado en el cual los usuarios indican que la calidad esta por mejorar y 51(34,5%) de los usuarios indican que la calidad es aceptable. En la capacidad de respuesta se tiene que 20 (13,5%) de los usuarios indican que la calidad está en proceso; 68 (45,9%) de los usuarios indican que la calidad esta por mejorar y 60(40,5%) de los usuarios indican que la calidad es aceptable, la reflexión que se realiza sobre los mecanismos de atención que se están brindando para establecer como gestores un plan de mejora en la calidad de los servicios de salud (88).

Cabe resaltar, que para medir los servicios de calidad desde un enfoque humano, se pueden establecer 6 ejes como lo indica la investigación sobre Percepción de la calidad en la atención de los servicios de salud a los pacientes crónicos del Hospital Sagrado Corazón de Norcasia-Caldas en el año 2020; estas dimensiones se enfocan cada una con un número diferente de preguntas que permitiera comprender de la mejor forma cuál era la percepción del paciente ante elementos físicos, del personal, de infraestructura, de tiempo, etc., para ello se establecieron cinco posibilidades de respuesta en cada una, donde 1 corresponde a muy malo, 2 a malo, 3 a regular, 4 a bueno y 5 a muy bueno. La percepción de los servicios prestados por el Hospital Sagrado Corazón de Norcasia de forma fiable y precisa, basados con el tiempo de espera desde que el paciente accede a la institución hasta que es atendido, para el 37,4% este ítem es regular, seguido del 22,3% que lo califican como malo y el 21,9% como bueno (89).

Por último, en nuestro país se realizó una recopilación sobre la calidad de la salud en los últimos 10 años en Colombia, donde través de una revisión de estudios publicados desde los diferentes puntos teóricos, directrices internacionales y nacionales sobre la calidad en Colombia y la normatividad que la respalda, se evidencia que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia presenta falencias que hace notable la falta de calidad de los servicios en salud, dado por sus diferentes principios. Este recorrido evidencio que las investigaciones denotaron el acceso a la salud como el aspecto más estudiado y más vulnerado a la vez (90).

Por lo anterior, la satisfacción del usuario se ha convertido en un indicador esencial para evaluar la percepción, y permitir el mejoramiento de la calidad en los sistemas administrativos y gerenciales de las instituciones. Y que aun a pesar de esto, existe una tendencia a la insatisfacción del usuario, sea por vulneración de derechos o la ineficaz capacidad de cumplimiento de expectativas; evidenciando que los usuarios recurren a otros mecanismos de derecho y generando una atención deshumanizada, también dada por el talento humano y su importancia en la calidad, pues de estos depende la atención en salud que requieren los usuarios, pero de igual manera la responsabilidad de las instituciones de salud es vigilar que todo el personal, no solo el asistencial, este haciendo que actualice en la normatividad vigente que cobija al SGSSS (90).

4.2 Marco contextual

4.2.1 Colombia

Colombia se encuentra ubicada en el extremo noroccidental de América del Sur, con una superficie de 1.141.748 Km², tiene costas en el Pacífico y en el Atlántico (91). Se compone de 32 Departamentos, 1123 municipios, 5 entidades

territoriales. Además, es caracterizado por su diversidad natural, recursos naturales, geografía, multiculturalidad y multirraciedad (92).

Los Embera Eyábida están ubicados en distintos municipios: en el departamento del Chocó en los municipios de Unguía, Acandí, Riosucio, Bojayá, Bagadó, Carmen de Atrato y Quibdó; en el departamento de Córdoba sobre los ríos Sinú, Esmeralda y Rio verde; en el noroccidente de Antioquia, donde se concentra el mayor número de su población; y también en los departamentos de Caldas y Putumayo. Los Embera Eyábida se encuentran ubicados mayormente en los departamentos de Antioquia, Chocó y Córdoba. El pueblo Embera Eyábida tiene mayor concentración en el departamento de Antioquia, en donde habita el 33,5% de la población (12.815 personas), le sigue Chocó con el 26,5% (10.148 personas) y Córdoba con el 13,4% (5.132 personas). Los katio representan el 2,7% de indígenas de Colombia sobre el total de la población indígena que fue censada por el DANE (93).

4.2.2 Antioquia

El departamento de Antioquia se sitúa al noroccidente de Colombia. La mayor parte de su territorio pertenece a la región Andina, pero además tiene parte en el litoral Caribe y su área occidental se encuentra en la llanura de la región Pacífica. Ocupa un área total de 62.840 km², lo que corresponde al 5,44% del territorio nacional continental. Antioquia está atravesado por las cordilleras Central y Occidental, y su relieve es uno de los más escarpados del país (94). Limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda. Su organización comprende nueve subregiones y su capital es la ciudad de Medellín (95).

Los pueblos indígenas Embera Eyábida, en Antioquia tienen sus propias estructuras de gobierno, cada comunidad posee unos cabildos menores y un cabildo mayor por cada resguardo constituido. En Antioquia los grupos indígenas Embera Eyábida aunque tienen sus propias formas de producir, cada vez dependen más del comercio y mercado, pero su economía se sigue reafirmando y complementando en actividades de pesca, ganadería, aprovechamiento respetuoso de la naturaleza y la minería artesanal (78).

4.2.3 Medellín

Medellín es la capital del departamento de Antioquia; su temperatura promedio es de 24°C y está ubicada a 1.479 metros sobre el nivel del mar. La ciudad situada en el centro del Valle de Aburrá, en la Cordillera Central, y es atravesada de sur a norte por el río Aburrá Medellín. Por el norte limita con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; por el sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; por el oriente con Guarne y Rionegro y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia (96).

La comunidad Embera Eyábida en la ciudad de Medellín ha pasado por varias luchas principalmente por tres ámbitos: el cultural, el organizativo y el socioeconómico. Desde lo cultural se ha insentivado a la preservación de usos y costumbres, por ejemplo, el preservar la lengua materna, la medicina tradicional, la cocina, los bailes típicos, las artesanías, la vestimenta, etc. Desde lo organizativo se le ha apostado a la creación de una justicia propia, el desarrollo de programas institucionales para jóvenes, mujeres, víctimas, etc. Desde lo socioeconómico se le ha apostado a generar oportunidades de creación de negocios propios que incentiven el sustento de la comunidad (97).

A pesar de las innumerables luchas de las comunidades a lo largo del tiempo se observa que el panorama actual no es muy favorable y continua lleno de retos,

la demostró el estado de fragilidad socioeconómico de las comunidades indígenas y será deber de la actual administración generar programas y proyectos que permitan que las comunidades indígenas asentadas en Medellín dejen de ser las poblaciones con menos índices de calidad de vida (97).

4.2.4 Cabildo Chibcariwak

El cabildo desde sus inicios ha buscado una acción reivindicatoria y una presencia de autoridad, soportado en la misma normativa que se ha regido para los cabildos indígenas de tradición. Por su parte, las acciones del cabildo se han basado en el acceso a la salud, la educación, el empleo, la recreación y posteriormente a la vivienda. El cabildo ha actuado como mediador del indígena dadas las condiciones de vulnerabilidad en la que viven la mayoría de ellos. El sentido reivindicatorio también se ha fundamentado en el reconocimiento de la condición de indígenas en la ciudad. Aspecto complejo de abordar a fondo, debido a las necesidades urgentes que presenta la población indígena en la ciudad, de la cual la mayoría vive en una situación difícil desde el punto de vista económico. El Cabildo Chibcariwak está compuesta por 398 familias, de las cuales, 168 son madres cabeza de familia, sumando el total de 1936 cabildantes, de los cuales 1.024 son mujeres y 912 son hombres. La comunidad más numerosa es la Quechua, seguida de la Chamí (98).

En cuanto a la lengua materna, se evidenció que 169 familias manejan muy bien el idioma, 122 la entienden, pero no la hablan; 37 familias la hablan, la escriben y la entienden y el resto de las familias han perdido su lengua materna. Con respecto a lo laboral se halló que 149 familias no poseen empleo, 192 poseen empleo informal como venteros ambulantes, oficios domésticos, obreros, entre otros. 57 familias tienen un empleo formal, como enfermeras, educadores, tecnólogos, entre otros. La vivienda solo la poseen 110 familias, ubicadas en su mayoría en barrios de alto riesgo. El resto de las familias habitan en piezas alquiladas, comparten casas

grandes desde 4 hasta 10 familias. Hay quienes viven en hoteles y pagan diariamente de acuerdo a las ventas que realicen en el día (98).

4.2.5 Comunidad Indígena Embera Eyábida

El pueblo Embera Eyábida se encuentra ubicado al noroccidente de Antioquia, en los departamentos de Córdoba sobre los ríos Sinú, Río Verde y Esmeralda; en el Chocó se ubica sobre la carretera Quibdó Medellín y también hay presencia de la comunidad en los departamentos de Caldas y Putumayo. Actualmente hay 38.259 personas que se auto reconocen como Embera Eyábida, el 50,7% hombres (19.383) y el 49,3% mujeres (18.876). Es una comunidad que vive de los cultivos de maíz, plátano y de la caza, pesca, huertas caseras y cría de animales (99).

El pueblo Embera actual (Katío, Chamí, Dodiba y Eperara Siapidara) compartió un espacio común y rasgos culturales similares en la época prehispánica, como la lengua, la cosmovisión, el fascismo, la movilidad geográfica, el gobierno descentralizado, la vida en la selva, y su forma de organización y representación. Previamente se organizó en un territorio amplio y unificado a través de las relaciones sociales de diferentes órdenes, se inició el proceso de colonización dividiendo y dividiendo paulatinamente el territorio de Embera. Actualmente, a finales del siglo XX, los Embera se encuentran divididos territorialmente debido a los procesos de conquista, colonización y contacto con otras culturas (indígena, negra, blanca), y cada región tiene sus propias características especiales que mantienen el nivel cultural en coherencia con la cultura, elementos de identidad muy fuertes como su lengua, tradición oral, jaibanismo, organización social y nueva organización política a través de la organización regional (100).

En la época prehispánica, el pueblo Embera, conocido como el pueblo indígena “Chocó”, compartía los cimientos de su sociedad con su lengua originaria,

cosmovisión jaibáná, movilidad territorial, administración descentralizada, cultura selvática y estructura social basada en la familia. Diversas actividades se llevan a cabo en unidades sociales más grandes. cultura Debido al entorno de vida diferente, los aborígenes Embera tienen diferencias culturales. Los Embera se dividen así en dos grupos principales: Dobida y Eyábida (100).

El estilo de vida de los Dobida se centra en el río: sus casas y huertas están ubicadas en las orillas, y la pesca es una actividad constante. Eyábida tiene Embera Katío y Embera Chamí. Esta es una de las ciudades más afectadas por la Iglesia Católica debido al proceso de evangelización. La base del mundo Katío gira en torno al discurso, y los mayores y los shos son los encargados de conducir el discurso. Son responsables del mantenimiento continuo del mundo. Son responsables del consentimiento tácito de la comunidad, el vocero, para enviar a los más elocuentes y experimentados dentro y fuera del dominio de la reunión. Utilizan la pintura facial y corporal como una de las expresiones más importantes de su cultura; para representar y transmitir las actitudes sociales que un individuo crea para la sociedad y viceversa. Los pueblos indígenas se reconocen a través de la pintura, es su forma de expresar su condición y ciclo de vida. En la cosmovisión Embera se cree que existen tres mundos: el mundo superior (bajía), habitado por Calagabi (Luna y padre de Jinopotabar) y ba (trueno); la gente, la tierra (egoró) donde habitaron los Embera; el nivel inferior (aremuko o chiapera), accesible por agua, donde vivieron Dojura, Tutruica, Jinopotabar y los ancestros y donde surgieron los jaibaná (sabios tradicionales) (100).

El equilibrio entre estos mundos y el orden entre ellos crea la vida cotidiana. Los que pertenecen al reino superior deben descender, y los que pertenecen al reino inferior deben ascender. Levantarse significa levantarse del suelo. El agua es un elemento intermedio entre los dos mundos, ya que el movimiento de caer y pasar es uno, de ahí la importancia del río y la ubicación de la comunidad Charmi cerca

del río. Se dice que la parte superior de la fuente de agua es una selva densa llena de peligros, mientras que las partes bajas son donde vive la gente (100).

4.3 Marco normativo

Dentro del contexto normativo existen tanto internacional como nacionalmente, algunas leyes, resoluciones y demás relacionadas con la salud y la calidad que dan cumplimiento a los derechos en el marco de la salud:

4.3.1 Internacionales

Tabla 1 Normativa Internacional:

LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN	NÚMERO/ARTICULO	AÑO	PROPOSITO
La política Salud Para Todos-SPS	N/A	1977	La Asamblea Mundial de la Salud decidió que “la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva” (101).
Declaración de los derechos humanos (DUDH)	N/A	1948	Es un documento que está basado en el plan de acción global para la libertad y la igualdad protegiendo los derechos de las personas en todos los lugares (102).
Declaración Alma-Ata	5	1978	Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les

			permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (103) (104).
Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS	3.8	2015	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (17).
Convenio	169	1989	Derecho de los pueblos indígenas y tribales a decidir sus prioridades en los diferentes procesos de desarrollo que influya en sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual, y así controlar su desarrollo, invitando a los pueblos a la participación en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas que les afecte (105).
Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo		1994	Mejorar el ejercicio de los derechos democráticos de los pueblos indígenas y su acceso a los servicios sociales, por lo que se acordó desarrollar planes de acción efectuando reformas para garantizar el acceso universal y no discriminatorio ya mencionado, permitiendo el acceso de servicios a la población pobre, discapacitados y población indígena (106).
Carta Andina para la promoción de los derechos humanos	24	2002	Reafirman el compromiso de cumplir y hacer cumplir los derechos y las obligaciones consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en particular el de adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, a través de los medios apropiados, la

			plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en el Pacto (107).
Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas	21, 23 y 24	2007	Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social (108).

**Nota: Realización Propia*

4.3.2 Nacionales

Tabla 2 Normativa Nacional:

LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN	NÚMERO/ARTÍCULO	AÑO	PROPÓSITO
Constitución Política de Colombia	7	1991	El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana (109)
	44		Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social... (29).
	70		El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país (110)

Ley	100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (111). Art. 6, garantiza la cobertura para todos, incluyendo indígenas.
Ley	715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros (112). Art. 1: asigna financiación para los resguardos. Art, 46: exceptúa a las ARS y EPS indígenas de descontar la UPC.
Ley	691	2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (113).
Decreto	330	2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas (114).
Decreto	1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (115).
Sentencia	T-760	2008	Analizar diferentes facetas del "Derecho a la Salud" y valorar sus implicaciones con la finalidad de garantizar el goce universal equitativo y efectivo de este derecho (116). Reafirma el financiamiento para las comunidades indígenas y los excluye de los pagos moderadores, permitiendo el acceso.
Decreto	1953	2014	Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el

			artículo 329 de la Constitución Política (117).
Norma ISO	9001	2015	Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad de una organización (118).
Circular	11	2018	Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial, en dialogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (119).
Decreto	780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (120). Art. 2.3.1.5: IPS Indígena para la atención de sus pueblos en materia de servicios de salud. Art. 2.5.1.1.2: Las IPS indígenas deben cumplir con el sistema obligatorio de calidad en atención de salud.
Ley	1751	2015	Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Art 5) Protección de pueblos. (14)
Resolución	429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de atención Integral en Salud – PAIS (121).
			Art 1 - 2 Política e Atención Integral en Salud – PAIS: Se reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones.
			Art 3 Modelo integral de Atención en Salud – MIAS: Mediante el cual se incorporan enfoques

				interculturales y adaptaciones culturales en la prestación de servicios de salud.
			Art 5	Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS: . Reconocen la diversidad cultural y buscan respetar las prácticas tradicionales de salud de las comunidades indígenas.
Resolución	489	2019		Por medio de la cual se modifica la Resolución 429 de 2016 (122).
Resolución	2626	2019		Por la cual se modifica la Política de atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral y Territorial-MAITE. Art 6. Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE (orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población) (123). Art. 8.6: Un enfoque diferencial, el cual reconoce las particularidades de las poblaciones y las condiciones sociales y territoriales.
Ley	1381	2010		Por la cual se desarrollan los artículos 7°, 8°, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4°, 5° y 28 de la Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales), y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes. (124).
Decreto	019	2012		Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública (125).

*Nota: Realización Propia

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, ya que se pretendía comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023. Según Taylor y Bogdan consideran la investigación cualitativa como "*aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*" y que posee características propias al tener métodos humanistas, apartar las propias creencias o pensamientos del investigador, ser inductiva y tratar de comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia. (126)

Para Lincoln y Denzin, la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar y transdisciplinar, la cual atraviesa por los conocimientos de las humanidades, las ciencias sociales y las físicas, siendo multiparadigmática en su enfoque, destacando que "*es multimetódica, implicando un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio*", estudiando la realidad en su contexto natural tal y como suele suceder, para intentar dar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados de las personas (126).

Según las aportaciones de Lincoln, Guba y Angulo, existen una serie de niveles de análisis en las investigaciones cualitativas en los cuales se encuentran, el ontológico, epistemológico, metodológico, técnico/instrumental y contenido, permitiendo establecer características comunes basadas en enfoques y diferentes tendencias (126).

5.2 Enfoque y diseño

Los fundamentos epistemológicos de la investigación se sustentaron en el paradigma histórico-hermenéutico dada su articulación de las dimensiones histórica, cultural, sociopolítica y contextual en el que se desarrolla la investigación cualitativa (127), incorporándose desde la ciencia como un sistema complejo que pretende comprensiones mediadas por el lenguaje, las cuales conducen a procesos interpretativos de la realidad social y humana (128).

El paradigma hermenéutico implica, una labor a través de la cual el investigador busca comprender e interpretar un fenómeno o realidad en un contexto concreto“ en su ensayo *Entstehung der Hermeneutik* (Origen de la hermenéutica), sostiene que no solo los textos escritos, sino toda la expresión de la vida humana es objeto natural de la interpretación hermenéutica” (129).

Para esta investigación cualitativa se usaron técnicas y/o herramientas analíticas basadas en la teoría fundamentada, para la recolección de datos con entrevistas semiestructuradas. Ésta, es definida por Corbin y Strauss como una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación; en este método, la recolección de datos y el análisis guardan estrecha relación entre sí. Por otro lado, enfatizan que el momento descriptivo es la base de cada interpretación de los datos y de la construcción teórica, aunque no necesariamente ha de ser así, por lo que puede ser un método flexible para cada investigador (130).

El análisis de la información hace especial hincapié en la naturaleza socialmente construida de la realidad y el objetivo fue generar interpretaciones que expliquen y proporcionen información valiosa sobre aquellos sujetos que son objeto de estudio. Además, siguiendo la lógica metodológica de este trabajo, la teoría fundamentada contribuyó a identificar las percepciones principales de los actores

sociales en relación con las estrategias que pueden utilizarse para abordar dichas preocupaciones (131).

5.3 Población

La población de estudio inicialmente fueron 14 familias indígenas, compuestas por 67 personas aproximadamente, de las cuales finalmente participaron 12 personas teniendo en cuenta los criterios de inclusión, de exclusión y su voluntariedad, habitantes del territorio ubicado en el Barrio Villatina, quienes se encuentran identificadas como parte del pueblo Embera Eyábida y censadas por el cabildo Indígena Chibcariwak y que con su participación dieron a conocer las percepciones en calidad de los servicios de Salud.

5.3.1 Selección de participantes

Para la selección de los participantes, se realizaron unos encuentros previos con la comunidad en la cual se les explico el propósito de la investigación y como se darían las entrevistas, luego de ello, tomamos en consideración los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan en el siguiente apartado y así los participantes de manera voluntaria aceptaron ser entrevistados; en total fueron 12 personas que participaron en nuestra investigación.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión:

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Población indígena Embera Eyábida,
- Personas mayores de 15 años
- Personas que hayan asistido a los diferentes servicios de salud de la ciudad en el último año.

- Participación voluntaria

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Personas con alguna discapacidad física o cognitiva que le impida responder las preguntas de la investigación.
- No haber firmado el consentimiento informado

5.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La recolección de la información para los fines de la investigación se realizó a través de una entrevista, la cual es definida según Denzin y Lincoln como “*una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas*”, basada en cuestionarios que, por el tipo de investigación cualitativa, no fueron cuestionarios cerrados ni estructurados, sino que se permitió la posibilidad de conversar hasta haber aclarado todos los temas emergentes o cuestiones relevantes para el estudio (132). Dentro de esta técnica, se utilizó el tipo de entrevista semiestructurada (Anexo 5), compuesta por preguntas abiertas para ser guía en el diálogo, permitiendo la flexibilidad donde los entrevistados pudieran expresar sus percepciones de manera más completa, esta técnica, puede adecuarse a las necesidades del sujeto de estudio, permitiendo una acertada y completa respuesta (133).

Por ende, el protocolo previo que se usó para dicha entrevista inició con el acercamiento al cabildo indígena, el gobernador y la comunidad; Luego con la colaboración del Gobernador del cabildo y una persona líder dentro de la comunidad en la cual se realizó el estudio, para así conocer sobre como generar una relación de confianza y de qué manera sensibilizar el dialogo entre la comunidad y los investigadores. Se concertó un encuentro previo antes de las entrevistas para darle a conocer a la comunidad el propósito de la investigación, y así generar un enlace con la comunidad, disminuyendo los posibles obstáculos que puedan surgir.

Posterior a ello, se tomó en cuenta las personas que manifestaron su interés en participar en la investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, después de conocer las personas de la comunidad que serían partícipes en la entrevista, se les dio a conocer que la entrevista era hasta donde lo desearan, se procedió a comenzar con algunas entrevistas, y fueron desarrolladas por medio de una conversación con cada voluntario, permitiendo obtener datos enriquecidos y contextualizados por medio de la flexibilidad inherente a este tipo de entrevistas, permitiendo una adaptación dinámica durante la interacción, con una conversación abierta, natural y facilitadora de la revelación de percepciones y experiencias profundas relacionadas al objetivo de este trabajo de grado.

Durante el proceso de acercamiento a la comunidad, enfrentamos diversas dificultades que, en cierto punto, obstaculizaron nuestra conexión con ella y pusieron en riesgo la continuidad de la investigación. Sin embargo, como investigadores y administradores en salud, supimos identificar estas dificultades convirtiéndolas en oportunidades para explorar nuevas vías de acercamiento. Aprovechamos eventos comunitarios como jornadas de salud, sesiones de tejido, asambleas del cabildo y colaboraciones con el municipio de Medellín para establecer un vínculo más sólido con la población y cultivar la confianza y empatía necesarias para nuestro trabajo.

Entre las dificultades encontradas se destacan el desinterés de algunos miembros de la comunidad, la resistencia ante temas de salud, la barrera del idioma tanto en castellano como en la lengua indígena, y la preocupación por ser grabados o sometidos a entrevistas demasiado estructuradas. Sin embargo, estas adversidades se convirtieron en valiosas lecciones, pues nos permitieron comprender la importancia de una planificación minuciosa en aspectos que, aunque puedan parecer menores, son fundamentales para el éxito de una investigación en

comunidades como lo son los procesos de acercamiento con este tipo de poblaciones.

Las entrevistas realizadas nos permitieron establecer una mayor flexibilidad, comunicación, reducción de riesgos y la personalización en medio del dialogo con el participante, fomentando desarrollar y descubrir nuevos hallazgos importantes para el proceso investigativo, siendo oportuna y coherente para permitir conocer la percepción que cada participante tiene.

Además, se empleó de manera simultánea la grabación de estos encuentros con el previo consentimiento de cada participante y así mismo, garantizando la veracidad y fidelidad de la información obtenida con una capa adicional de fiabilidad y transparencia al proceso de recopilación de datos. Esta práctica no solo garantiza la veracidad de la información, sino que también permite a los investigadores visitar y analizar las interacciones con mayor detalle durante la fase de análisis. La capacidad de examinar no solo las respuestas verbales, sino también las expresiones no verbales y el tono de voz, ofrece una comprensión más completa de las respuestas de los participantes.

Las entrevistas se dieron en un lugar donde ellos se sintieron cómodos y en confianza para las narrativas, por otro lado, las entrevistas restantes se llevaron a cabo en medio de actividades sociales y culturales que la comunidad indígena había organizado. El proceso se soportó con consentimiento informado firmado por cada participante, registrando cada grabación con día, hora y ubicación del encuentro.

Se empleó una libreta de apuntes, que permitió la creación de anotaciones para ser un apoyo en la memoria, estimulando la recreación de las experiencias, ayudando, además, a la reflexión y crítica sobre las acciones que se evidencian en medio de las entrevistas, plasmando más allá de la información, los pensamientos

personales, emociones y lenguaje no verbal que se evidencie en medio de la entrevista (134).

Las entrevistas tuvieron una duración máxima de 25 minutos por persona, reflejando una gestión cuidadosa del tiempo, equilibrando la obtención de información relevante con la consideración del tiempo de los participantes. Este límite temporal, aunque establecido, no sacrifica la flexibilidad inherente a las entrevistas semiestructuradas. La adaptabilidad a las necesidades individuales garantiza que cada tema sea explorado de manera exhaustiva sin imponer restricciones excesivas. Además, este enfoque eficiente facilita el análisis posterior al gestionar un volumen manejable de datos, permitiendo una interpretación más profunda y significativa de los hallazgos. En conjunto, estas prácticas metodológicas fortalecen la robustez y la validez de la investigación.

5.6 Análisis e interpretación de la información-técnicas e instrumentos

Para dar respuesta a los primeros 2 objetivos específicos de la investigación se utilizaron herramientas analíticas de la teoría fundamentada, que permitió la emergencia de categorías analíticas.

Para el análisis de la información, se realizó el procesamiento de los datos recolectados, en los que se creó un documento en Word para consolidar las respuestas obtenidas de las entrevistas. Posterior a ello, se hizo el proceso de codificación utilizando la herramienta de Word "transcripción". Para la categorización se realizó manualmente mediante comentarios en la plataforma mencionada, permitiendo la organización de los códigos y así ser fragmentada en Excel para permitir facilidad en el análisis de la información

La estructura de la codificación que se utilizó para toda la información fue la siguiente:

- Numero de la entrevista: E1, E2, E3, E4...

- Rol comunitario: indígena occidentalizado (IO), Indígena tradicional (IT)
- Sexo: Mujer (M), Hombre (H)
- Consecutivo: 01,02,03,04 a cada código dentro de la entrevista se le asigno un consecutivo.

Códigos abreviados **(E1-IT-M-01)**

De cada entrevista transcrita, se extrajeron los códigos emergentes junto con el fragmento de respuesta a una hoja de cálculo con filas y columnas ordenadas, así mismo se categorizó en (significados, Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica, Recomendaciones desde la perspectiva indígena) y se subcategorizo de la siguiente manera:

- **Significados:** Significados de servicios de salud y significados de calidad.
- **Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica:** Facilitadores de experiencias positivas, experiencias positivas en la atención de los servicios de salud, aspectos influyentes de experiencias positivas, experiencias negativas en la atención de los servicios de salud.
- **Recomendaciones desde la perspectiva indígena:** igualdad en la atención de salud indígena, reconocimiento de prácticas ancestrales, mejoramiento en acceso de atención, calidad de los servicios de salud.

Posterior a ello, se realizó una interpretación y comprensión de significados, experiencias y recomendaciones agrupado para así obtener las percepciones de cada participante, generando así un análisis de hallazgos y resultados que dan respuesta al propósito de la investigación.

Para abordar el Objetivo específico 3, fue fundamental considerar las percepciones de la comunidad sobre la calidad de los servicios de salud y analizarlas a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad. Esto implicó evaluar cómo las experiencias y opiniones de la comunidad se alinean con los

estándares y regulaciones establecidos para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Finalmente, se obtuvo la cantidad de información suficiente para que a través de ella se comprendiera la percepción de la calidad de los servicios de salud para la comunidad indígena, obteniendo conclusiones, recomendaciones y principales percepciones que limitan o favorecen la calidad de los servicios de salud.

5.7 Técnicas y procedimientos de análisis de información:

Para el análisis de la información que se recolectó, fue importante construir la realidad desde las percepciones a partir de las experiencias de la comunidad indígena, permitiendo identificar los temas que emergieron naturalmente en todo el proceso de investigación. Por ello, se tomaron en cuenta algunos elementos de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (135).

El recurso que nos permitió el análisis de la información fue inicialmente con lo recolectado en las grabaciones obtenidas de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los 12 participantes de la comunidad indígena, en las cuales de forma detallada expresaron lo que pensaban sobre lo que experimentaron en los servicios de salud. El proceso contó con un momento que se describe a continuación:

- **Momento descriptivo:** En él se realizó la codificación abierta de cada respuesta en las entrevistas, en la que se identificaron aspectos mínimos con un enfoque significativo para la construcción de categorías descriptivas, permitiendo que cada código realizado se agrupara en una misma categoría.

Para esta investigación, se obtuvieron unas categorías importantes y unas subcategorías que orientaron a la consecución de los dos primeros objetivos y estos

a su vez a dar respuesta al tercer objetivo específico, sin embargo, sin embargo, emergieron subcategorías fundamentales dentro del análisis.

En este momento, emergieron 4 categorías macro, de las cuales solo 3 nos permitieron dar respuesta a lo esperado y que se encuentran en el apartado correspondiente a los hallazgos de la investigación.

5.8 Publicación y divulgación de resultados

La difusión de los datos recopilados con la comunidad académica se llevará a cabo mediante una presentación oral, respaldadas por documentos elaborados a lo largo del trabajo de grado. Esta presentación se realizará ante los jurados, el asesor y los profesores evaluadores, quienes analizarán los resultados a través de la entrega digital de este documento a la facultad. Además, se registrará en el repositorio digital de la Biblioteca universitaria. Finalmente, durante la sustentación final, se expondrán los resultados y descubrimientos ante el jurado definitivo.

Con respecto a la comunidad participante, se llevará a cabo la divulgación de los resultados proporcionando al cabildo indígena un recurso para la formulación y desarrollo de sus planes de vida. Esto permitirá identificar y abordar oportunidades de mejora, así como compartir esta información con las autoridades pertinentes para mejorar la calidad de los servicios de salud en la Comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak del barrio Villatina en la ciudad de Medellín. Para lograr esto, se planea enviar a los líderes de la comunidad un informe que contenga los resultados y hallazgos. A través de este documento, podrán compartir la información con parte de la comunidad. Posteriormente, se llevará a cabo la presentación formal en las reuniones comunitarias regulares, donde se compartirán los resultados con los miembros de la comunidad y los voluntarios que participaron en las entrevistas. Se fomentará la participación de la

comunidad, buscando obtener aportes, comentarios y sugerencias sobre los hallazgos presentados.

6 Consideraciones éticas

El equipo de investigación está conformado por los estudiantes Daniela Valencia Betancur y Julián Barrera Villa, supervisados por la asesora de trabajo de grado Jennifer Marcela López Ríos de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por el acuerdo superior 204 del 2001 (136) y regidos por el código de ética de investigación de la Universidad de Antioquia donde se esperó una orientación ética de los investigadores (137). La presente investigación se realizó bajo la Resolución 8430 de 1993 resuelta por el Ministerio de Salud de Colombia, que establece los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud, ya que el estudio se encuentra incluido en las disposiciones generales del Artículo 4 literal E(138).

Debido a las características de este estudio, se consideró como una investigación con riesgo mínimo (139), ya que no existió experimentación con la población que participó en el estudio, además, las preguntas desarrolladas en la entrevista no afectaron de manera integral o emocional a los participantes, pero al ser una población vulnerable se pudo haber presentado un posible riesgo cultural por una afectación en su cosmovisión, por lo cual a través del cabildo indígena se pretendió conocer y entender la cosmovisión, y en acompañamiento con esta entidad y una persona cercana de relación directa con la población de estudio minimizando el riesgo y adquirir mayor sensibilidad al tener contacto con esta comunidad.

Por el riesgo de la investigación se elaboró un consentimiento informado escrito, y luego se le explicó al sujeto de estudio el objetivo de éste y su importancia dentro del proceso, por lo cual fue necesario que cada entrevistado aprobara mediante su firma su participación en cada entrevista y este fue almacenado como evidencia para llevar a cabo de manera correcta la investigación, todo esto con el fin de brindar seguridad al participante, respetando los siguientes compromisos:

- Garantizar la confidencialidad de la información
- Hacerse responsable del manejo de los resultados obtenidos
- Dar información sobre el objeto de la investigación
- No hacer uso de la información para propósitos diferentes a los mencionados en los objetivos de la investigación

Por lo tanto, se garantizó que la investigación fue en beneficio de la comunidad indígena y el cabildo indígena, de manera oportuna se socializaron los resultados obtenidos en todo el proceso de la investigación, permitiendo visibilizar las necesidades en la calidad de los servicios de salud y obtener beneficios en aspectos sociales al generar espacios y oportunidades para diálogo, dando a conocer la situación que existe con esta comunidad, con estos resultados se podrá acceder al mejoramiento de acceso a los servicios de salud y capacitación en aspectos donde la comunidad lo necesita.

La información y documentos recolectados fueron almacenados y custodiados en los servicios de almacenamiento que la Universidad de Antioquia brinda a los estudiantes, y de esta manera se puede acceder a ellos de manera rápida, segura y efectiva para el análisis y generación de la información de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Las consideraciones éticas que se tuvo en cuenta están fundamentadas en:

El Código de Núremberg establece como principio básico el respeto por los derechos de las personas que forman parte de las investigaciones. Además, prescribe el conocimiento informado y voluntario, la posibilidad de retirarse del estudio y un análisis de riesgos y beneficios de la participación en la investigación (140).

En segundo lugar, se encuentra la Declaración de Helsinki, la cual se basa en los intereses de los participantes involucrados en las investigaciones quienes deben tener prioridad siempre. La Declaración adopta los principios del Código de Núremberg, pero incorpora unos nuevos: que los participantes deben recibir el mejor trato disponible y que en las instituciones deben crearse comités de ética que regulen la producción científica en el aspecto ético de manera independiente (140).

Un tercer antecedente importante es El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y firmado por los 174 Estados, el Pacto garantiza el respeto irrestricto por los Derechos Humanos que, consecuentemente, debe ser resguardado también por parte de los investigadores científicos, al igual que la Declaración Universal sobre Bioética y derechos Humanos por la UNESCO donde a través de los principios se pretende respetar la dignidad de los seres humanos, los derechos humanos, el respeto a la biodiversidad, autonomía y responsabilidad social, ya que los participantes tendrán la oportunidad de decidir sobre su participación en el estudio, además, en el principio no. 12 se tendrá en cuenta la diversidad étnica, cultural y de pluralismo de los participantes (141).

Otro documento importante es el Informe Belmont que define los principios éticos que deben guiar a toda conducta de investigación con seres humanos. Basado en tres principios para la evaluación ética (142):

1. **Respeto por las personas:** Se considera a los individuos como agentes autónomos y proteger a aquellos que tuvieran menor autonomía. De este principio se desprenden cuatro condiciones que deben ser cumplidas: el consentimiento voluntario, el consentimiento informado, la protección de la privacidad y la confidencialidad, y el derecho a poner fin a la propia participación en una investigación sin sufrir represalias.

2. **Principio de beneficencia:** consiste en la obligación de no causar daño y de asegurar el bienestar de los sujetos de la investigación.
3. **Principio de justicia:** consiste en la distribución igualitaria de potenciales riesgos y beneficios de la investigación dentro de la sociedad, de tal forma que en el desarrollo del estudio se evite el prejuicio de la población vulnerable u otro tipo de preferencias indebidas en la selección de los participantes.

Como investigadores nuestras conductas en el desarrollo del estudio estaban basadas en la honestidad, objetividad, apertura, confidencialidad, cuidado, respeto a los colegas, respeto a la propiedad intelectual, respeto a la ley, respeto a los sujetos de investigación, custodia, responsabilidad social y libertad. Todo esto, basado en la integridad de la investigación según los principios de honestidad, responsabilidad, cortesía profesional e imparcialidad, estipulados en la Declaración de Singapur (143).

Las pautas éticas internacionales tenidas en cuenta en la investigación relacionada con la salud de seres humanos estarán enfocadas básicamente en la pauta No.2 '*Investigación en entornos de escasos recursos*', ya que la comunidad indígena se encuentra ubicada en periferia de la ciudad de Medellín, por lo que se vive por debajo de los estándares normales. La pauta No.9 '*Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado*' donde otorgo la información pertinente para participar del estudio o contenerse de hacerlo y por último, la pauta No.15: '*Investigación con personas y grupos vulnerables*', teniendo en cuenta que el trabajo se desarrolló con una población que vive en situación de escasos recursos y que se denomina pobre, además que por su identidad étnica hacen parte de los grupos vulnerables y que son sujetos de especial protección (141).

El trabajo de investigación se llevó a cabo, cuando contamos con el aval del comité de programa, del cabildo y los consentimientos informados firmados por cada uno de los participantes del estudio, y así, dando cumplimiento al principio de

justicia, se incluyeron todas las personas que cumplieron con los principios de inclusión, sin realizar ningún tipo de discriminación, dando un trato justo y equitativo a cada uno, para finalmente los hallazgos que se obtuvieron fueran divulgados según el medio que mejor se adaptará y puedan ser de manera abierta, completa, oportuna y razonable a la comunidad científica y a la sociedad en general, teniendo en cuenta que será de acceso público de acuerdo a la Ley 1712 de 2014 (144). Así mismo, se incluyó la debida reserva y confidencialidad, con la posibilidad de actualizar, revisar y rectificar información brindada, de acuerdo a la ley estatutaria 1581 del 2012 (145).

El desarrollo del trabajo de grado comenzó con un acercamiento inicial con el gobernador del Cabildo Indígena Chibcariwak, donde se planteó la intención y objetivo de la investigación, exponiendo de forma clara los requisitos necesarios para el desarrollo adecuado y la importancia de la investigación. De manera formal se le entregó al cabildo un documento en el cual se describe detalladamente el propósito de estudio y la confidencialidad de la información obtenida (Anexo1), así mismo, se incluyó la carta de presentación emitida por la Facultad Nacional de Salud Pública- Universidad de Antioquia (Anexo 2), y la respuesta por parte del cabildo como soporte de viabilidad (Anexo 3)

Para efectos de tratamiento de la información se realizó según las bases de la investigación un consentimiento informado, en el cual se expuso de manera clara y concisa todo lo relacionado con el estudio y la manera en que se recopilará la información por medio de grabaciones de sus percepciones, para así garantizar la participación de los entrevistados y contar con los soportes adecuados, con el fin de recolectar y procesar los datos (Anexo 4).

7. Resultados y hallazgos

En el barrio Villatina de la ciudad de Medellín, el tejido social de la comunidad Embera Eyábida se entreteje por su identidad y tradición. Este trabajo de grado se sumerge en el tapiz humano de esta población, explorando su percepción de la calidad de los servicios de salud y desentrañando las complejidades de sus vidas cotidianas.

Para ello, es fundamental dar cuenta de sus características culturales, modos y costumbres; las características físicas de la comunidad, desde el tipo de cabello hasta el color de la piel y la forma de vestir, no solo son expresiones estéticas, sino manifestaciones visuales de su arraigo a la tierra. La conexión con la naturaleza es una constante en sus vidas, permeando cada aspecto de su existencia, desde su salud hasta su felicidad y prosperidad. Los rasgos físicos no son simplemente detalles superficiales, sino testimonios de una relación profunda y simbiótica con el entorno que los rodea.

La forma de hablar y vestir no es solo una cuestión de elección personal, sino una expresión activa de la identidad Embera Eyábida. Estos aspectos cotidianos, aparentemente simples, son portadores de significado cultural profundo. Así mismo, la lengua Embera y la cultura son guardianes de su identidad; cada palabra, cada expresión, es una pieza del rompecabezas cultural que preserva la comunidad, sirviendo como un puente entre el pasado y el presente. No obstante, algunos miembros no han adquirido plenamente el lenguaje propio de la comunidad, esta peculiaridad destaca la diversidad de trayectorias individuales dentro de la población, desafiando percepciones preconcebidas de homogeneidad cultural.

Para la comunidad, la solidaridad y la unión se revelan como fuerzas fundamentales que han moldeado el carácter de la comunidad a lo largo del tiempo, no es solo una cuestión de convivencia; es un lazo intrínseco que nutre la fortaleza de su identidad colectiva. La riqueza cultural de la comunidad no se limita solo a lo

espiritual; se extiende a prácticas médicas tradicionales que ocupan un lugar significativo en la vida cotidiana. La presencia de médicos tradicionales no solo atiende a las necesidades físicas, sino que también responde a un entendimiento holístico de la salud, donde lo espiritual y lo físico están intrínsecamente conectados. Entendiéndose el cuerpo como un templo, que debe existir una relación entre el espíritu, la de la tierra y la naturaleza, aspectos diferentes de la medicina occidental por la comunidad. Además, existen prácticas y rituales que, aunque algunas personas de la comunidad no practican, muchas se ven influenciadas por estas tradiciones como las yerbas, ramas, tés y remedios propios que también hacen sus médicos tradicionales, una figura importante en su desarrollo y modo de vida.

En la comunidad, ciertas prácticas derivan de su interpretación de espíritus malignos que se traducen en enfermedades que requieren atención. En este contexto, se presenta un choque ocasional entre sus conceptos tradicionales y los occidentales, especialmente en lo referente a la atención médica. Su cosmovisión dicta la presencia esencial de un médico tradicional, quien asume el papel de guía y líder, una figura que difiere sustancialmente del médico occidental. Además, sostienen la creencia de que la atención médica a las mujeres debe ser proporcionada por profesionales femeninas, reflejando así sus valores y percepciones arraigados en su cosmovisión única

Es importante resaltar la habilidad del tejido como un elemento distintivo en la identidad de algunos miembros. Más allá de ser una destreza artesanal, el tejido es una representación tangible de su identidad. Cada hilo entrelazado cuenta una historia, conectando el pasado con el presente y señalando hacia el futuro. La vida diaria se entrelaza con la creación y venta de artesanías, revelando una faceta práctica de la preservación cultural. A través de esta actividad, algunos miembros no sólo aseguran su supervivencia económica, sino que también contribuyen activamente a la continuidad de la rica tradición artesanal Embera Eyábida. En cada

artesanía, se preserva no sólo una habilidad, sino una historia que se transmite de generación en generación.

Por ello, se dará respuesta a los objetivos de la siguiente manera:

Tabla 3 Asignación de categorías y subcategorías a cada objetivo específico

	Objetivo	Categoría	Subcategoría
1	Entender los significados de calidad y servicios de salud que tienen los indígenas Embera Eyábida.	Significados	<ul style="list-style-type: none"> • Significado de calidad • Significado de servicios de salud • Relación entre el significado de calidad y los servicios de salud.
2	Describir las experiencias que los indígenas han tenido en los servicios de salud.	Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadores de experiencias positivas • Experiencias positivas en la atención de los servicios de salud • Aspectos Influyentes de experiencias negativas • Experiencias Negativas en la atención de los servicios de salud

		Recomendaciones desde la perspectiva indígena en la atención de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad en la atención de salud indígena • Reconocimiento de prácticas ancestrales • Mejoramiento en acceso de atención. • Calidad de los servicios de salud
3	Interpretar las percepciones obtenidas desde la comunidad, sobre la calidad de los servicios de salud a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad.	Percepciones sobre la calidad de los servicios de salud vs lineamientos y políticas existentes en calidad	

7.1 Hallazgos

Para esta sección, se presentan los hallazgos del proyecto de investigación en respuesta a la pregunta ¿Cuáles son las percepciones de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023?, donde como investigadores reconocemos la riqueza cultural que la población de estudio tiene. Por lo que, para la escritura de estos resultados tuvimos en cuenta la formación universitaria y las experiencias de vida de las personas que durante este proceso nos acompañaron y nos hablaron desde su experiencia, por lo cual, A continuación, se describirán las categorías que emergieron en el proceso de análisis y cómo ellas permitieron dar respuesta a los objetivos específicos del estudio.

7.1.1 Significados

Para dar respuesta al primer objetivo específico "Entender los significados de calidad y servicios de salud que tienen los indígenas Embera Eyábida". Se utilizó dentro de la categoría de "**significados**" las subcategorías de "significados de servicios de salud" y de "Significado de calidad", para dar como resultado una aproximación lo más cercana posible.

Las respuestas obtenidas de las personas entrevistadas proporcionan una visión valiosa y matizada sobre la percepción de calidad y servicios de salud desde la cosmovisión indígena.

→ **Significado de calidad**

Desde la perspectiva indígena, las respuestas proporcionadas ofrecen una visión rica y compleja sobre el significado de calidad en los servicios de salud. La comunidad percibe la calidad en los servicios de salud como una evaluación subjetiva basada en la experiencia individual. Para algunos participantes, la calidad se traduce directamente en la naturaleza del servicio, calificándolo como bueno o malo según su percepción. Esta evaluación no se limita a la atención médica en sí, sino que se extiende a la integralidad del cuidado de la salud.

Desde su cosmovisión refleja una evaluación subjetiva de la calidad basada en la experiencia individual. La percepción de "bueno o malo" implica una valoración personal que va más allá de criterios objetivos. La calidad se construye desde la experiencia y la satisfacción personal. Este enfoque subjetivo sugiere que la comunidad indígena valora la calidad en función de la satisfacción individual, resaltando la importancia de la experiencia personal en la definición de calidad. En el ámbito de la relación entre calidad y bienestar integral, se subraya que "tener buena salud y una atención de calidad implica la presencia de generosidad y humildad.

La dimensión espiritual y tradicional emerge en las respuestas de varios participantes, donde algunos definen la calidad como “una atención con enfoque diferencial, considerando lo espiritual y lo tradicional, con la participación de traductores y médicos tradicionales. Además, la calidad se entiende como un componente esencial para mantener la salud en equilibrio. La inclusión de generosidad y humildad sugiere que la calidad no se limita a la eficacia clínica, sino que abarca valores humanos fundamentales para la comunidad indígena. Del mismo modo que la facilidad de acceso se destaca como un criterio clave para evaluar la calidad. Este comentario subraya la importancia de la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios como factores determinantes para la percepción de calidad.

“Calidad es como es el servicio para uno, si es bueno o malo el servicio” (E1-IO-M-06), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Para tener buena salud, buena atención a la salud también tiene que tener calidad, generosidad y humildad” (E1-IO-M-14), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Calidad es como la facilidad de obtener los servicios” (E2-IO-M-08), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

La comunidad resalta la importancia de la dimensión espiritual en la definición de calidad. La atención diferencial con enfoque espiritual y la conexión directa entre calidad y lo espiritual indican una comprensión profunda y holística de la salud desde la perspectiva indígena.

“Calidad para los indígenas sería una atención con enfoque diferencial entre lo espiritual y lo tradicional, que haya un traductor y un médico tradicional” (E5-IT-M-10), manifiesta mujer líder indígena de 40 años, es representante en la alcaldía.

“La calidad es lo espiritual” (E9-IT-M-09), mujer líder indígena de 57 años.

Sin embargo, se observa que dos voluntarios manifestaron no conocer el concepto de calidad, por ello, es importante tener en cuenta lo anterior mencionado, ya que, la falta de conocimiento en el concepto podría sugerir la existencia de posibles brechas en la comunicación y comprensión entre la población indígena y los proveedores de servicios de salud. La comunicación efectiva y una atención que va más allá de lo superficial son aspectos cruciales para la percepción de calidad, teniendo en cuenta que la calidad está directamente relacionada con la comunicación, la atención personalizada y la ausencia de superficialidad en la atención brindada. Entre las respuestas de los voluntarios se encuentran las siguientes:

“Calidad es estar bien, que haya buena atención y que estemos bien de salud. La salud es todo” (E9-IT-M-07), mujer líder indígena de 57 años.

“Calidad es lo humanamente posible, armonioso, con humanidad y comprensión, donde no exista un rechazo y problemas de comunicación”. (E12-IT-M-14), mujer líder indígena de 48 años.

“Calidad es un lugar donde me atiendan bien y me pueda expresar tranquilamente” (E12-IT-M-15), mujer líder indígena de 48 años.

“No sé qué es Calidad.” (E6-IT-M-10), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad.

→ **Significado de servicios de salud**

Desde la población indígena entrevistada, las respuestas revelan una profunda conexión entre la comunidad y los servicios de salud resaltando la importancia de estos servicios como un respaldo en momentos de vulnerabilidad. Estos resultados reflejan que los servicios de salud como un pilar fundamental para el bienestar individual y comunitario.

Así, los servicios de salud son elementos esenciales que contribuyen al equilibrio en salud de la comunidad, resaltando la interrelación entre los servicios de salud y el tejido social, que permita estar enfocado y direccionado culturalmente,

siendo sensible en la prestación de servicios a la población indígena. En este sentido, las respuestas que mejor describen este significado son:

"Los servicios de salud yo creo que es algo para ayudarnos a mantener equilibrado tanto la salud mental como la espiritual y la física" (E2-IO-M-06), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

"Los servicios de salud son como los medios o los entes que se encargan de tu bienestar" (E3-IO-H-03), hombre indígena occidentalizado de 26 años integrante de la comunidad.

"En los servicios de salud significan mucho, sin servicios de salud no se puede hacer nada" (E4-IO-M-05), mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

"La atención que recibimos y el hecho que la tierra se enferma, la comunidad igualmente" (E12-IT-M-11), mujer líder indígena de 48 años.

La relación entre los servicios de salud y el equilibrio integral se reflejan en el significado de la salud que trasciende lo puramente físico e incorpora dimensiones mentales y espirituales, subrayando la importancia de un enfoque holístico en la prestación de servicios y donde los servicios de salud, no solo como curadores de enfermedades, sino como custodios del bienestar general de los individuos.

La conexión con prácticas tradicionales se evidencia cuando una participante mujer líder indígena de 57 años expresa: "Si, para nosotros es ir donde un médico tradicional para que mire lo espiritual, si está mal de espíritu, no hay nada" (E9-IT-M-08). Aquí, la integración de la dimensión espiritual en la búsqueda de atención médica refleja una comprensión más amplia de la salud, incorporando aspectos culturales y espirituales.

La importancia de la comunicación efectiva y la atención rápida se subraya cuando una participante mujer indígena de 32 años menciona: "Una buena atención, la atención rápida y que le den la información. Que le comuniquen a uno es muy importante" (E7-IO-M-10). Estos elementos emergen como componentes esenciales de la calidad percibida en los servicios de salud desde esta perspectiva.

No obstante, se observa una variabilidad en la comprensión de los servicios de salud, ya que 2 participantes manifiestan no saber que es servicios de salud:

"No sé bien qué es servicios de salud" (E4-IO-M-10), una mujer indígena occidentalizada de 44 años integrante de la comunidad.

"No sé qué son los servicios de Salud" (E11-IT-M-04), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad

Esta falta de claridad puede señalar posibles brechas en la comunicación y comprensión entre la comunidad y los proveedores de servicios de salud.

→ **Relación entre el significado de calidad y los servicios de salud**

A través de las diversas respuestas, emergió esta subcategoría, en la cual se observó como la calidad se relaciona directamente con la experiencia individual, sugiriendo que la evaluación se basa en la percepción subjetiva de la atención recibida, donde se destaca que la calidad no se limita a lo técnico o legal, sino que incorpora elementos de humanización, generosidad y comunicación en la atención.

Las voces de los voluntarios reflejan esta conexión entre la calidad y la experiencia personal, como en los siguientes comentarios:

"El apoyo que le brindan a uno cuando se siente mal, como ciudadano también" (E1-IO-M-04), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

"Para tener buena salud, buena atención a la salud también tiene que tener calidad, generosidad y humildad" (E1-IO-M-14), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

"Claro, si usted tiene un buen servicio, tiene una buena calidad" (E7-IO-M-11), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad

La conexión entre una buena atención y la calidad del servicio se destaca en la afirmación por una mujer indígena occidentalizada de 32 años: "Cuando lo atienden bien, pues un buen servicio" (E7-IO-M-05). Aquí, la percepción de calidad se vincula estrechamente con la experiencia individual de recibir una atención adecuada.

En resumen, desde la perspectiva de la cosmovisión indígena, los servicios de salud se consideran elementos fundamentales para el bienestar integral, abarcando la salud física, mental y espiritual. La evaluación de la calidad no se limita a criterios técnicos, sino que también incluye aspectos como la generosidad, humildad y una atención integral. La diversidad en las respuestas expone una concepción de cómo los servicios y la calidad se pueden integrar a partir del entendimiento y cosmovisión indígena, teniendo en cuenta sus propias costumbres y modos de vida.

7.1.2 Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica.

Para el segundo objetivo específico "Describir las experiencias que los indígenas han tenido en los servicios de salud" se estableció la categoría: ***Tejiendo experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica.***

Teniendo en cuenta los significados recolectados y abordados en la categoría anterior, en esta parte del trabajo se abordan las experiencias que los indígenas de la comunidad Indígena Embera Eyábida, han tenido en los servicios de salud, es importante resaltar que sus narrativas no sólo están basadas en experiencias propias si no que sus relatos incluyen experiencias de alguno de los integrantes de sus familias, que han marcado de manera positiva o negativa su perspectiva.

Para comprender a profundidad lo que ha llevado que esta comunidad haya recibido una experiencia agradable dentro del servicio, se recopilaron ciertos aspectos de la narrativa resumidos en la subcategoría emergente de Facilitadores

de experiencias positivas, entendidos como los aspectos que contribuyeron para que la percepción del participante sea positiva frente a los servicios de salud, tal como se describe a continuación.

→ **Facilitadores de experiencias positivas**

En esta subcategoría, para algunos integrantes de la comunidad, que sus derechos como indígenas sean respetados es parte fundamental dentro de los servicios de salud, ya que para algunos tratan de verlos con prioridad en cada uno de los servicios a los que han asistido.

“Si se le da prioridad a los Embera, pero también es el conocimiento cultural del doctor “(E2-IO-M-19), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Yo creería que sí han respetado nuestros derechos, no nos ha ido mal y tratan de dar una prioridad “(E2-IO-M-24), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Para mí si han sido respetados, se demoran para atenderlo a uno, pero lo atienden (E4-IO-M-18)”, mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

“Mis derechos como indígena han sido respetados en salud” (E6-IT-M-15), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad.

“Mis derechos si han sido respetados” (E11-IT-M-14), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

“Super chévere, nos mostró en un video, las consecuencias que tendría nuestro cuerpo por el método” (E2-IO-M-15) mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Información y la administración de la vacuna contra el COVID” (E2-IO-M-16), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Yo cuento con el Yadel, gracias a metrosalud, yo sufro del colon y me han revisado” (E2-IO-M-07), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

Así mismo, los líderes son parte fundamental de todo el proceso dentro de la adaptación y el acompañamiento en salud que brindan a los demás integrantes de la comunidad Embera Eyábida, ya que permiten que los habitantes, puedan llegar a los servicios con una perspectiva mucho más clara y amplia acerca de donde se deben dirigir para ser atendidos directamente y en muchos casos los mismos líderes realizan ese acompañamiento presencial con quien lo requiera.

“Desde el colectivo de mujeres hemos intentado mitigar situaciones de vulnerabilidad y realizar un acompañamiento”. (E12-IT-M-08), mujer líder indígena de 48 años.

“Es un trabajo arduo con la comunidad, pero desde el colectivo nos gusta realizarlo” (E12-IT-M-09), mujer líder indígena de 48 años.

→ **Experiencias positivas en la atención de los servicios de salud**

En la subcategoría anterior, se mencionaron los facilitadores de experiencias positivas que permiten que parte de la comunidad salga de cada servicio de salud con una visión positiva de cómo fue atendido o tratado. Esto no solo se debe a diferencias en cosmovisión o ideología, sino también a la calidad de la atención brindada, que contribuye en gran medida a la aceptación étnica dentro de las instituciones.

Una parte de los indígenas de la comunidad Embera Eyábida, expresó cómo han sido sus experiencias dentro de los servicios de salud; el análisis que como investigadores realizamos a dicha información, fue en cierta parte gratificante, en la cual obtuvimos como resultado que la atención, la humanización, los servicios, fueron parte esencial en la experiencia positiva de algunos de los integrantes de la

comunidad, indicando que la atención fue oportuna, que la información brindada dentro de los servicios fue clara, en la parte asistencial, frente algún procedimiento:

“La atención brindada a mi mamá cuando la operaron fue muy oportuna. (E2-IO-M-14), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Sí, en la atención como tal, con el médico, las enfermeras”(E3-IO-H-11), hombre indígena occidentalizado de 26 años integrante de la comunidad.

“En los servicios de salud me han atendido bien, los médicos me han tratado bien, pero en los Hospitales del centro no me mandan para la Nueva EPS” (E6-IT-M-06), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad.

“Cuando yo llevo los niños los atienden bien y me explican” (E11-IT-M-05), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

“Yo sí he recibido una buena atención, no he tenido que acudir a medidas judiciales o peticiones legales” (E12-IT-M-18), mujer líder indígena de 48 años.

“En la general me fue muy bien, excelente en la cirugía” (E4-IO-M-06), mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

“Cuando tuve a mi niña me sentí bien aca en el chocó me toca un poco de gente la barriga pa que lo apriete y salgan los niños” (E6-IT-M-13), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad.

“Si he tenido buena atención, he asistido a todos los servicios” (E7-IO-M-13), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad.

Aunque también hicieron énfasis, que a la medicina que más acuden es la tradicional, por los significados y perspectivas frente a sus costumbres y modos de vida, pero que aún la atención recibida en la medicina occidental fue buena y que ha sido acorde a sus ideologías, es importante resaltar que en algunas ocasiones se generan espacios y momentos que permiten que los indígenas comenten este tipo de situaciones y se acompañe por medio del Cabildo.

“Las ideologías si van acorde a la atención en los servicios de salud” E4-IO-M-15, mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad

“A mí me han atendido bien, yo voy es a odontología. Yo voy al médico tradicional, mi remedio y medicina” (E9-IT-M-10), mujer líder indígena de 57 años.

“Si uso la medicina tradicional, pero no por incomodidad en la atención, sino porque hay cosas que no requieren apoyo de un doctor” (E2-IO-M-22), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

No obstante, la mayoría de los integrantes de la comunidad indígena presentaron otro tipo de relatos y narrativas dentro de un escenario menos alentador, que permite ampliar el panorama de cómo la realidad cambia según la vulnerabilidad del tipo de población que asiste a los servicios de salud.

→ **Aspectos Influyentes de experiencias negativas**

La subcategoría mencionada enmarca los aspectos que influyen negativamente en las experiencias que los indígenas han tenido frente a los servicios de salud, en donde sus derechos como indígenas no han sido respetados como debería y hace que se sientan vulnerados y discriminados frente a la demás población que asiste a los servicios:

“Para mi yo siento que los derechos no se están respetando, es como dar prioridad también a la alimentación” (E1-IO-M-31), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“No, no se respetan los derechos como indígenas, hay discriminación, no los atienden bien o muchas veces no los atienden por ser indígenas” (E7-IO-M-20), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad.

“El acceso a la salud debería ser para todos, pero hay personas que le dan prioridades” (E3-IO-H-07), hombre indígena occidentalizado de 26 años integrante de la comunidad.

Gran parte de los indígenas nativos Embera Eyábida que solo hablan su lengua o que no saben leer o escribir, es una causal que influye negativamente en la experiencia de los indígenas, ya que su proceso dentro del servicio de salud se hace compleja, confusa y angustiante, ya que no encuentran un apoyo que les brinde mayor claridad.

“Si, en mi caso, no sé leer, y a veces necesito alguien que me corrija o me ayude a entender que es lo que debo hacer o lo que me envían” (E11-IT-M-13), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

“Una de las barreras para la atención en los hospitales es la persona que llega y no habla el castellano” (E12-IT-M-03), mujer líder indígena de 48 años.

“Las personas no quieren ir a los hospitales por problemas con el idioma y porque no tienen los recursos para cubrir medicamentos o tratamientos” (E12-IT-M-16), mujer líder indígena de 48 años.

Desde la atención centrada con enfoque diferencial, con mayor relevancia en los indígenas que llegan de sus municipios, de las comunidades urbanas, es aún más compleja la situación, según las narrativas no hay un acompañamiento por parte de los entes gubernamentales que den cuenta de la atención centrada a las comunidades indígenas, generando deficiencias en la atención directa e indirectamente de los servicios de Salud que requiera cada uno; no sienten empatía por parte de las demás personas que acompañan los procesos administrativos, asistenciales ni externos, se ve reflejado en los siguientes fragmentos:

“Desde el filtro de la atención hay vulneración, no hay un enfoque diferencial, más que todo para las familias que son de otros municipios” (E5-IT-M-18), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía

“Sí, los indígenas de veredas y pueblos cuando llegan es muy difícil que los atiendan, porque no tienen EPS, y no tienen respaldo” (E7-IO-M-16), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad

“Acá Medellín es muy duro porque tienen que ir los mayores, a hablar por nosotros, porque si no nos dejan allá así” (E8-IO-M-20), mujer indígena occidentalizada de 49 años integrante de la comunidad

“No uso tanto el servicio de salud, pero a la población que acompaño si hay vulneración, por situaciones en que toca hacer demandas y derechos de petición” (E10-IT-H-14), hombre líder indígena de 38 años.

“Falta un poco más de empatía con las comunidades, pues siento que conseguir un abogado, una médica o una persona que este presta a mover alguna situación es difícil” (E12-IT-M-19), mujer líder indígena de 48 años.

La cosmovisión indígena se encuentra llena de matices y de modos de vida que están sujetos a su cultura, ideología y demás aspectos significados que dan cuenta de la riqueza profunda de cada comunidad, por ello se da cabida al apartado más amplio y al cual contiene mayor fuerza para brindar respuesta principalmente a esta categoría de experiencias que es tan significativo para el propósito de la investigación, porque los relatos se acogieron más por las “experiencias negativas” que han percibido en los servicios de salud.

→ **Experiencias Negativas en la atención de los servicios de salud**

Esta subcategoría permite evidenciar una percepción negativa frente a los servicios de Salud desde una concepción diferente, basado en una cosmovisión cultural bastante amplia, donde la mayor parte de la comunidad expresa largas esperas para citas con especialistas donde evita que la atención sea eficiente , así mismo, para una atención oportuna donde no se brinda la información adecuada a cada persona, ocasionando que se genera una brecha entre la institucionalidad y las comunidades indígenas ,además, las deficiencias en la entrega de medicamentos, la priorización desigualdad en la cual ellos relatan que por ser de la

comunidad indígena son atendidos luego de brindar atención a las demás personas no indígenas, se respalda la información descrita con los siguientes fragmentos:

“Mi mama es solo indígena y es muy difícil que la atienden, le toca esperar mucho para una cita” (E1-IO-M-08), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“La calidad para mí como indígena está muy baja, no nos atienden tan rápido como deberían” (E1-IO-M-10), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Se queda una o dos horas esperando que lo atiendan y gente que no es de la comunidad entran hay mismo” (E1-IO-M-12), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Muchas veces se hace fila y dicen que uno va de ultima por ser indígena, les dan prioridad a otros y cobran por la cita” (E1-IO-M-15), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Experiencias en salud muy negativas, yo tengo un diagnóstico que debo vivir medicada y me han puesto a voltear mucho y las citas con especialistas muy demoradas” (E5-IT-M-12), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía.

“Es negativa la experiencia porque le toca esperar mucho la medicina porque no la hay, o madrugar y una fila bien grande” (E4-IO-M-14), mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

Los relatos también dieron cuenta de la falta de apoyo que han recibido en el sector salud las comunidades, que desde la institucionalidad han sido vulnerados y que la atención centrada que han tenido en las IPS primarias que los atienden cerca al sector de residencia no es suficiente, a lo que su perspectiva indígena o desde su cosmovisión les sugiere o consideran que es lo correcto.

“Enfocada en el apoyo, no tenemos apoyo como indígenas en el sector salud” (E1-IO-M-11), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

“La Calidad en nosotros los indígenas ha sido muy vulnerado” (E8-IO-M-09), mujer indígena occidentalizada de 49 años integrante de la comunidad

“Hemos sido muy vulnerados, yo siempre trato de ir a hospitales de tercer nivel, pero no a intermedias es muy mala y el control de nosotros los indígenas” (E8-IO-M-18), mujer indígena occidentalizada de 49 años integrante de la comunidad

Por otro lado, al realizar el acercamiento con la comunidad y el abordaje que le aplicamos a la entrevista, sobre si esas experiencias relatadas habían sido consecuencia para que no asistieran a los servicios de Salud o a la Medicina Occidental y aunque algunos eran indígenas occidentalizados, expresaron que aun así preferían realizarse sus remedios y curarse dentro de sus hogares o con los integrantes de la comunidad, o en su defecto acceder a su médico tradicional que son atendidos de una manera más puntual, sin tanto desgaste , así lo expresan sus relatos:

“Todo lo que me ha pasado en los hospitales repercutió mucho y si me siento mal, como mi mama es indígena con las hierbas y todo lo que sabemos nosotros, más bien me curo con eso” (E1-IO-M-26), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Uno va a la medicina occidental es porque le duele, pero no ir olímpicamente porque es muy desgastante, es muy demorado, es inhumano” (E5-IT-M-15), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía.

“No, no me gusta ir a chillarle a un doctor, prefiero quedarme en casa” (E9-IT-M-12), mujer líder indígena de 57 años.

“Demasiadas, prefiero el médico tradicional que la atención es más puntual, mientras que en los centros de salud lo descartan a uno” (E10-IT-H-10), hombre líder indígena de 38 años.

Las dificultades que expresan los integrantes de la comunidad indígena en la baja calidad en la atención, dan cuenta de que los derechos como comunidad

indígena no han sido respetados, que los procesos no se están generando correctamente y que la humanización no está siendo priorizada en los servicios de salud, es importante resaltar que los derechos son parte fundamental dentro de los procesos de salud lo que manifiestan en sus relatos que no son atendidos y son enviados para sus casas sin una respuesta adecuada que solventar las necesidades en salud que tienen, así mismo, cuando han estado en algún servicio, sus necesidades no son priorizadas, ni tenidas en cuenta, en algunos casos como lo relatan a continuación, se han burlado hasta de su lengua por no ser entendí le para el personal:

“No todas las EPS son los mismo cuando mi hija se enfermó en salud total me toco cuidarla y dormir en una silla lo peor” (E4-IO-M-18), mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

“Se burlan de la lengua de los Embera Nativos y dicen que no entienden” (E1-IO-M-16), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Me han atendido bien, pero con mi primera hija en el Hospital General tuve a mi hija en la silla esperando, porque ellos decían que como no gritaba no lo iba a tener aún” (E11-IT-M-10), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

“Una experiencia negativa, fue en Metro Salud, me dijeron que no estaba embarazada y si lo estaba, se les olvidó hacerme la prueba de embarazo en sangre, y me echaron la culpa a mí que por no cuidarme” (E7-IO-M-14), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad

“He tenido experiencias donde me han dicho que mi hija no tenía nada, y me voy sintiéndome mal porque no la atienden” (E11-IT-M-07), mujer indígena tradicional de 32 años integrante de la comunidad.

Las barreras de acceso que se presentan en los servicios de Salud para las comunidades indígenas están enfocadas en la sisbenización que solicitan para ser atendidos dentro de una institución de Salud, las lideres expresan que en la atención a las comunidades les solicitan estar sisbenizadas, que sería de gran ayuda que al

presentar usen la carta del cabildo avalando que hacen parte del régimen especial por ser indígenas, así mismo, uno de los integrantes comenta que en una situación por ser indígena le iban a negar el derecho de una atención y que en muchas instituciones no son atendidos por la misma razón o porque dichas instituciones no tienen los convenios necesarios para la atención a esta población, todas estas barreras afectan directa e indirectamente a la población.

“Las entidades de salud piden el Sisbén, pero a las comunidades Indígenas la ley no nos obliga a sisbenizar, es una problemática” (E5-IT-M-03), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía

“Si se presentan barreras en la atención, que nos reciban la carta del cabildo avalando que somos indígenas en vez del Sisbén” (E5-IT-M-04), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía

“Yo soy de esa EPS, yo podía pedir mi cita allá y solamente por ser de la comunidad no me iban a dar la cita” (E1-OI-M-22)

“No me dijeron en donde me podían atender, solamente me dijeron, no aquí no se le puede dar la cita” (E1-IO-M-23), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Solo me han atendido en Nueva EPS estadio, porque algunos hospitales no me atienden” (E6-IT-M-02), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad

“Cuando uno se vapor urgencias y no me entienden, toca regresar a la casa, como casi no sé dónde hay hospitales en Medellín me da muy duro” (E6-IT-M-09), mujer indígena tradicional de 21 años integrante de la comunidad

7.1.3 Recomendaciones desde la perspectiva indígena en la atención de los servicios de salud

A partir de las experiencias que ha vivido la comunidad, emergió una nueva categoría la cual nombramos: ***Recomendaciones desde la perspectiva indígena en la atención de los servicios de salud*** que pretende complementar la respuesta

al objetivo específico 2, de manera que se tengan en cuenta para retroalimentar o desarrollar mejor los procesos enfocados en las comunidades Indígenas, generando experiencias de valor para los mismos.

Para ello, surgen 4 subcategorías que permiten dar cuenta de la introspección que ha realizado cada integrante de la comunidad según su cosmovisión o modos de vida establecidos en su cultura, enfocados por supuesto en lo que para ellos debería ser calidad en los servicios de salud.

→ **Igualdad en la atención de salud indígena**

Para comenzar, la subcategoría de “igualdad en la atención de salud indígena”, donde las voces de los integrantes de la comunidad se hacen notar denotando sus necesidades y apreciaciones en los cuales se hacen notar la desigualdad de derechos para el tema de la atención priorizada y con igualdad de condiciones frente a las demás personas no indígenas. Estas apreciaciones pueden llegar a generar mejoras dentro de las Instituciones prestadoras y entidades promotoras de salud para las comunidades indígenas.

"Tienen que meterse en el papel de la persona y saber que de igual manera tienen los mismos derechos que todo el mundo" (E1-IO-M-17), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

"No tenemos las mismas oportunidades que otros pacientes, entonces diría que mejoraría la alimentación" (E1-IO-M-28), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

"Que nos respeten los derechos, que también tenemos prioridad y somos un poco de más bajos recursos que otros" (E1-IO-M-32), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

Por otro lado, una apreciación que surgió de los relatos con los líderes permitió que el enfoque se generara a partir de políticas públicas que tuvieran en

cuenta a la comunidad directamente para mejorar los procesos frente a la calidad de los servicios de salud a las comunidades indígenas, donde se analiza que desean que sus necesidades sean escuchadas y priorizadas dentro de la calidad en la humanización.

Por otro lado, a través de los relatos con los líderes, se obtuvo una apreciación que sugiere un enfoque basado en políticas públicas que tiene en cuenta directamente a la comunidad, con el objetivo de mejorar los procesos relacionados con la calidad de los servicios de salud para las comunidades indígenas. En este análisis, se destaca el deseo de que sus necesidades sean escuchadas y priorizadas como parte integral de la humanización en la prestación de servicios de salud.

*“Debe ser construido desde una política pública de construcción comunitaria”
(E12-IT-M-06), mujer líder indígena de 48 años.*

En conjunto, estas recomendaciones subrayan la urgencia de abordar las desigualdades percibidas y reales en los servicios de salud desde una perspectiva que integre tanto las preocupaciones inmediatas como las soluciones estructurales a largo plazo.

→ **Reconocimiento de prácticas ancestrales**

La subcategoría de "Reconocimiento de Prácticas Ancestrales" emerge como un aspecto crucial para mejorar la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva indígena. A través de las voces de la comunidad, se destaca la necesidad de integrar y respetar las prácticas tradicionales que son parte de la identidad de la comunidad indígena, necesarias en el sistema de salud. Añadiendo la urgente necesidad de integrar personal de salud que entienda, conozca y utilice métodos tradicionales alineados a su cosmovisión, además de reconocer sus

diferentes rituales, prácticas y preceptos dentro de la atención en salud, tal como lo expresan:

“Como nosotros tenemos nuestras creencias y nuestros remedios, sería bueno tener un médico indígena, para tener un poquito más de confianza” (E1-IO-M-30), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Que el personal de las instituciones tuviera un poco de conocimiento sobre las culturas, para mayor alcance en la atención” (E2-IO-M-20), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Que haya médicos tradicionales y una interculturalidad en los occidentales” (E5-IT-M-11), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía

“Se requieren enlaces indígenas dentro de las IPS, para hacer de interprete y apoyo social” (E12-IT-M-05), mujer líder indígena de 48 años.

→ **Mejoramiento en acceso de atención**

Desde lo institucional emerge la subcategoría de “Mejoramiento en acceso de la atención “en la cual la comunidad da cuenta de un conjunto de sugerencias a nivel de acceso y atención que han observado que no son lo adecuado frente a la calidad en la atención y que permite que su experiencia dentro de los servicios nos sea acorde a lo que piensan o perciben, donde indican que la atención diferencial a las comunidades indígenas debería ser diferencial.

“Urgencias en el sector, porque muchos no pueden moverse rápido a llevar a alguien, y la lengua, porque tampoco hay alguien que les entienda, alguien que sí les entienda” (E7-IO-M-19), mujer indígena occidentalizada de 32 años integrante de la comunidad

“Mejorar el proceso con las EPS o con el AIC, porque con el AIC es muy complicado” (E8-IO-M-19), mujer indígena occidentalizada de 49 años integrante de la comunidad

“Un punto de atención solamente para la población indígena, donde independiente de la EPS allá nos van a atender” (E10-IT-H-13), hombre líder indígena de 38 años.

Por otra parte, el enfoque se basa en los procesos internos que los prestadores y aseguradores tienen en la atención directa con las personas de la comunidad, basados en las barreras que se presentan a lo largo de la atención en los servicios de salud y que, por ser una población vulnerable, los pocos recursos y limitadas oportunidades de desplazamiento permiten que con dificultad accedan de una manera fructífera a los servicios.

“La atención en la salud sería como más que todo, la prioridad, la alimentación y no tener que comprar los medicamentos que nos manden” (E1-IO-M-29), mujer indígena occidentalizada de 21 años integrante de la comunidad.

“Mejoraría que la medicina llegue a tiempo” (E4-IO-M-17), mujer indígena occidentalizada de 44 años, integrante de la comunidad.

“Deberían dividir a las personas por sectores para que reclamen los medicamentos, porque es horrible” (E5-IT-M-13), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía

“Mejoraría los días de atención pues en semana las familias están trabajando en lo que pueden, y, además, es necesario acercar los servicios a las comunidades pues, las familias no cuentan con recursos para ir hasta el otro lado de la ciudad por una cita” (E12-IT-M-21), mujer líder indígena de 48 años

→ **Calidad de los servicios de salud**

Esta subcategoría revela las preocupaciones de la comunidad indígena en relación con la “calidad de los servicios de salud”. Quienes expresan la importancia de un entorno limpio y sin contaminaciones, el trato y comprensión del personal, la mejora en el conocimiento y la comunicación, y la necesidad de una logística más eficiente, mayor personal y una mayor inversión en los servicios de salud. Aspectos que desde su perspectiva posibilitan una atención de calidad de mayor calidad

sugiriendo la importancia de enfoques holísticos y culturalmente competentes en la mejora de la calidad de los servicios de salud.

En este sentido la población, son quienes sugieren una comprensión profunda de la importancia de un entorno saludable para la curación y el bienestar, un trato amable y comprensivo por parte del personal de salud que vaya más allá de la atención médica puramente técnica e implica la importancia de la empatía y el respeto hacia las creencias y prácticas culturales de la comunidad indígena, inversión en servicios de salud refleja la conciencia de la importancia de recursos adecuados para ofrecer una atención de calidad y la importancia inversiones que den solución al abordar las necesidades particulares de la comunidad en su conjunto, recomendaciones que son expresadas como:

“El lugar fuera de contaminaciones y limpio, el personal que tenga buen trato y comprensión y la comunicación” (E2-IO-M-13), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“Mejoraría el conocimiento y la comunicación” (E2-IO-M-23), mujer indígena occidentalizada de 22 años integrante de la comunidad.

“De los servicios de salud mejoraría la logística, no está el personal y las instalaciones no dan abasto, más profesionales, más instalaciones” (E3-IO-H-15), hombre indígena occidentalizado de 26 años integrante de la comunidad.

“Yo mejoraría de los servicios más personal, más inversión” (E5-IT-M-16), mujer líder indígena de 40 años, representante en la alcaldía.

7.1.4 Percepciones sobre la calidad de los servicios de salud vs lineamientos y políticas existentes en calidad

Para abordar el objetivo específico 3, basado en la interpretación de las percepciones obtenidas desde la comunidad, sobre la calidad de los servicios de salud a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad; para dicha

interpretación se llevó a cabo un proceso integral. Este proceso se enfocó en considerar y analizar las percepciones a la luz de los lineamientos existentes, implicando una evaluación detallada de cómo las experiencias de la comunidad se alinean con los estándares y regulaciones establecidos para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud. El desarrollo de la interpretación adoptada se desglosó en los siguientes pasos:

- **Revisión de Lineamientos y Políticas:** Se llevó a cabo una revisión detallada de los lineamientos y políticas actuales pertinentes a nuestra investigación. En este proceso, se identificaron criterios específicos y regulaciones establecidas mediante el análisis de cada política, ley, decreto, etc. A través de una lectura detenida, se resaltaron los artículos y párrafos que, al relacionarlos con las respuestas de las entrevistas, revelaron posibles vínculos con las brechas, dificultades, cumplimientos, entre otros aspectos relevantes. Este enfoque permitió examinar de manera integral la concordancia entre la normativa existente y las experiencias manifestadas en las entrevistas, facilitando así la identificación para abordar las preocupaciones y necesidades expresadas por los entrevistados.
- **Organización de los testimonios:** Las experiencias fueron organizadas y agrupadas de acuerdo a su similitud, donde se seleccionaron los testimonios más relevantes y con mayor fuerza, que respondieran a la pregunta de investigación estipulada por cada uno de los participantes.
- **Contraste con lineamientos y políticas:** Se llevó a cabo una apreciación para determinar cómo las percepciones de la comunidad indígena se alinean con los estándares y regulaciones establecidos, destacando posibles brechas o áreas de cumplimiento. Donde al realizar la selección del artículo por cada lineamiento se pudo llegar a realizar el análisis de si cada experiencia estaba relacionada con la norma o por el contrario diferían entre sí.

- **Interpretación integral:** Se realizó una interpretación para comprender la complejidad de las percepciones de la comunidad, considerando factores contextuales y experiencias individuales.

El desarrollo de este objetivo se presenta a manera de tabla donde se estructuran algunos fragmentos o testimonios seleccionados junto con la normativa que la incluye y la interpretación que se realizó de acuerdo a lo estipulado.

Tabla 4 Interpretación de percepciones vs lineamientos

Fragmentos	Ley e interpretación
<p>E1-IO-M-31 Para mi yo siento que los derechos no se están respetando, es como dar prioridad también a la alimentación.</p>	<p><i>Declaración universal de los derechos humanos 1948: Art 2</i></p> <p><i>“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía” (102).</i></p> <p><i>Declaración de Alma-Ata de 1978: Art 1</i></p> <p><i>“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico,</i></p>

	<p><i>mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (103) (104).</i></p> <p>Convenio 169 de 1989: Art 3 <i>“Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos” (105).</i></p> <p>Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007: Art 21 y Art 24 Art 21 <i>“Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social” (108).</i></p> <p>Art 24. <i>“Las personas indígenas tienen derecho de acceso a todos los servicios</i></p>
--	--

	<p>sociales y de salud, sin discriminación alguna”.</p> <p>Ley 100/93: Art 1 <i>“El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (111).</i></p> <p>Ley 1751 2015: Art 6 ítem (m) <i>“Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural” (14).</i></p> <p>Interpretación: En conjunto, estas leyes respaldan el derecho a la salud y subrayan la necesidad de garantizar una atención integral, respetando la diversidad cultural y evitando discriminaciones. La preocupación expresada en la entrevista destaca la importancia de abordar estos desafíos para asegurar el pleno goce de los derechos fundamentales en el ámbito de la salud, garantizando el derecho a la</p>
--	---

	<p>comunidad indígena, denominada como población vulnerable.</p> <p>Las leyes y lineamientos difieren de lo expresado en las entrevistas, ya que, a la luz de la realidad, lo estipulado en la normativa, no se cumple de manera fructífera, generando incongruencias en el goce efectivo del derecho a la salud y con un enfoque diferencial perdido.</p>
<p>E7-IO-M-20 No, no se respetan los derechos como indígenas, hay discriminación, no los atienden bien o muchas veces no los atienden por ser indígenas.</p>	<p><i>Declaración universal de los derechos humanos 1948:</i></p> <p>Art 2</p> <p>“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía” (102).</p> <p><i>Declaración de Alma-Ata de 1978: Art 1</i></p> <p><i>“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia</i></p>

	<p><i>de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (103) (104).</i></p> <p>Convenio 169 de 189: Art 7</p> <p><i>“El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan” (105).</i></p> <p>Interpretación:</p> <p>La respuesta de la mujer en la entrevista evidencia una preocupante percepción de discriminación y falta de atención adecuada hacia ellos como indígenas, lo cual contradice los principios fundamentales de igualdad y no discriminación consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. El artículo 2 de esta declaración establece claramente que todos tienen derechos y libertades sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, entre otros.</p>
--	---

	<p>La Declaración de Alma-Ata refuerza la idea de que la salud es un derecho humano fundamental, destacando la importancia del bienestar físico, mental y social. En este contexto, la falta de atención y discriminación mencionadas contradicen el objetivo de alcanzar el grado más alto posible de salud para todos.</p> <p>Por su parte, el Convenio 169 de la OIT también establece la importancia del mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, subrayando la necesidad de su participación y cooperación en los planes de desarrollo económico. La discriminación y la falta de atención adecuada hacia los indígenas son contrarias a estos principios y resaltan la necesidad de abordar estas problemáticas para cumplir con los compromisos internacionales, dando cuenta que las normativas mencionadas difieren con lo que está establecido frente a lo percibido de cada participante.</p>
<p>E3-IO-H-07 El acceso a la salud debería ser para todos, pero hay personas que le dan prioridades</p>	<p>Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS 3.8</p> <p><i>“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud</i></p>
<p>E5-IT-M-17 Ir a salud es como mendigar, medio día para que le den cita a uno</p>	<p><i>particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud</i></p>

<p>E7-IO-M-16 Sí, los indígenas de veredas y pueblos cuando llegan son muy difícil que los atiendan, porque no tienen EPS, y no tienen respaldo</p>	<p><i>esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (17).</i></p> <p>Resolución 2626 de 2019, Art.5, 5.4</p> <p><i>“Con el enfoque diferencial en derechos, se reconoce que hay población vulnerable de difícil acceso a los derechos en salud, por el cual se pretende eliminar todas aquellas barreras o dificultades que la población posee, eliminando toda brecha que pueda existir en salud y desarrollando un proceso de adecuación y adaptación al sistema, donde la comunidad no sea parte excluida o por dificultades en acceso tengan que abstenerse de asistir a los servicios de salud, se pretende cumplir con el enfoque de un modelo más integral, tomando acciones que sean avance en salud para el país y que se centre en cobertura y acceso a todas las personas <u>indistintamente</u> su raza, sexo, lengua, etc.” (123).</i></p> <p>Ley 691 de 2001: Art 1</p> <p><i>“Garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación” (113).</i></p>
---	---

	<p>Ley 1751 de 2015: Art 6 ítem C</p> <p><i>“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (14).</i></p> <p>Interpretación Las respuestas de las diferentes entrevistas reflejan preocupaciones significativas sobre el acceso a la salud, especialmente en relación con la igualdad y la discriminación. La percepción de que el acceso a la salud debería ser para todos, pero que hay personas que reciben prioridades, sugiere una posible falta de equidad en el sistema de salud.</p> <p>En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.8, que busca lograr la cobertura sanitaria universal, las experiencias compartidas indican que aún existen desafíos para garantizar la accesibilidad a servicios de salud esenciales y de calidad para todos. La sensación de mendicidad al buscar atención médica y las dificultades para obtener citas son ejemplos concretos de</p>
--	--

	<p>barreras percibidas que podrían contribuir a la falta de cobertura sanitaria universal.</p> <p>La Resolución 2626 de 2019 destaca la importancia de eliminar barreras y dificultades en el acceso a los servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables. Sin embargo, las respuestas sugieren que estas barreras aún persisten, especialmente para los indígenas en veredas y pueblos que pueden carecer de EPS (Entidades Promotoras de Salud) y respaldo, por lo cual lo establecido en la resolución difiere de lo expresado por la comunidad en las entrevistas.</p> <p>La Ley 691 de 2001 y la Ley 1751 de 2015 establecen claramente la garantía del derecho de acceso a servicios de salud dignos y apropiados para los Pueblos Indígenas, promoviendo la igualdad y el respeto a la diversidad cultural. Sin embargo, las experiencias compartidas indican que aún hay desafíos en la implementación efectiva de estas leyes, mostrando la brecha que hay para que las garantías a los pueblos indígenas y su diversidad sea tal y como se propone.</p> <p>En resumen, las respuestas reflejan la necesidad de abordar las brechas en la accesibilidad a los servicios de salud,</p>
--	--

	<p>especialmente para las poblaciones vulnerables, y garantizar que las políticas y leyes existentes que se traduzcan en prácticas efectivas que cumplan con los principios de igualdad y no discriminación en el acceso a la salud.</p>
<p>E5-IT-M-15 Uno va a la medicina occidental es porque le duele, pero no ir olímpicamente porque es muy desgastante, es muy demorado, es inhumano.</p>	<p>Constitución política art 48 y 49 <i>“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional” (29).</i></p> <p>Ley 1751 de 2015 c) <i>“Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas” (14).</i></p> <p>k) <i>“El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población” (14).</i></p> <p>Resolución 429 de 2016: Art 2</p>

	<p><i>“El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones” (121).</i></p> <p>Interpretación: La respuesta de la entrevista refleja la percepción crítica sobre la medicina occidental, señalando desgaste y demoras que llegan a considerarse inhumanas. Este sentimiento difiere y puede interpretarse como una insatisfacción con la eficacia y humanidad del sistema de salud. Desde el punto de vista normativo, la Constitución (artículos 48 y 49) establece la seguridad social como un servicio público obligatorio bajo la dirección del Estado, con el principio de universalidad para garantizar el acceso a servicios de salud.</p> <p>La Ley 1751 de 2015 refuerza el derecho de las personas a recibir servicios de salud de manera continua, prohibiendo interrupciones por razones administrativas o económicas. Además, destaca la necesidad de procurar la mejor utilización social y económica de los recursos en el sistema de salud. Por otro lado, la Resolución 429 de 2016 aboga por la atención primaria en salud (APS) con un</p>
--	---

	<p>enfoque diferencial, reconociendo las distintas realidades territoriales y poblacionales.</p> <p>La correlación entre estas normativas y la percepción del entrevistado resalta la importancia de mejorar la eficiencia y humanidad en la prestación de servicios de salud. Es crucial abordar las demoras y desgastes señalados para cumplir con los principios fundamentales establecidos en las leyes y brindar una atención que no solo sea legalmente obligatoria sino también percibida como accesible, continua y respetuosa con las necesidades y derechos de los usuarios.</p>
<p>E5-IT-M-10 Calidad para los indígenas sería una atención con enfoque diferencial entre lo espiritual y lo tradicional, que haya un traductor y un médico tradicional</p>	<p>Convenio Número 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. (Art. 25 #2)</p> <p><i>“2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (105).</i></p>
<p>E5-IT-M-18 Desde el filtro de la atención hay vulneración, no hay un enfoque diferencial, más que todo para las familias que son de otros municipios.</p>	

	<p>Sentencia T-760 de 2008: At. 12</p> <p><i>“Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal y a la práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación. el artículo reconoce y respalda el sistema de salud propio de los pueblos indígenas, abogando por su reconocimiento y protección, donde se resalta la importancia de estas costumbres la importancia que históricamente han tenido, la riqueza que representan cultural, tratamientos que trascienden a tarves del tiempo y que deben ser implementados y tomados en cuenta en el sistema de salud de manera real, donde los médicos puedan ser instruidos al menos en respetar y entender las costumbres y tradiciones del pueblo indígena” (116).</i></p> <p>Interpretación: Se destaca la percepción de calidad en los servicios de salud desde la perspectiva indígena, enfatizando la importancia de un enfoque diferencial que incluya aspectos espirituales y tradicionales. La solicitud de un traductor y la presencia de un médico tradicional reflejan la necesidad de superar barreras lingüísticas y reconocer prácticas médicas tradicionales. Estos aspectos se alinean</p>
--	--

	<p>con el artículo 25 #2 del Convenio 169, que aboga por servicios de salud comunitarios, planificados y administrados en cooperación con los pueblos indígenas, considerando sus condiciones culturales y métodos tradicionales de prevención y curación. La declaración refuerza la importancia de una atención médica que respete la diversidad cultural y promueva la adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de las comunidades indígenas, evidenciándose que existe la necesidad y existe la política, mientras que hace falta hacer efectiva la política.</p>
<p>E10-IT-H-14 No uso tanto el servicio de salud, pero a la población que acompaño si hay vulneración, por situaciones en que toca hacer demandas y derechos de petición.</p>	<p><i>Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo: Art. 25 #1 & #2</i></p> <p><i>“1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental” (106).</i></p> <p><i>“2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas,</i></p>

	<p><i>geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (106).</i></p> <p>Constitución Política de Colombia: Art.7 - Art. 246</p> <p><i>Art 7 “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” (109).</i></p> <p><i>Artículo 246. “Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional” (110).</i></p> <p>Interpretación: A través de todo el artículo 25 podemos ver como el Alto comisionado de las Naciones Unidas en Colombia expone los principios del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas, enfatizando la importancia de servicios adecuados, participación comunitaria y coordinación integral para mejorar la salud indígena como la salud coordinada,</p>
--	--

	<p>acceso, teniendo en cuenta todas las condiciones socio-económicas, pero a través del comentario se pero destaca la vulneración en la población acompañada, con frecuentes demandas generando barreras y dificultades para la población.</p> <p>También se puede complementar con la Constitución Política de Colombia, donde se reconoce los indígenas como personas con igualdad de derechos frente a las prerrogativas constitucionales, legales, administrativas y reglamentarias; aspecto que requiere de acuerdo a la voluntaria no se cumple, por los inconvenientes que constantemente tienen al acceder a servicios de salud.</p>
<p>E2-IO-M-19 Si se le da prioridad a los Embera, pero también es el conocimiento cultural del doctor</p>	<p>Ley 1751 de 2015: Art. 6 # L</p> <p><i>“Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”, de esta manera se requiere formación cultura a los profesionales, que permita una atención dirigida al indígena</i></p>

	<p><i>basada en sus costumbres, cosmovisión, lengua y tratamientos” (14).</i></p> <p>Resolución 2626 de 2019, Art.8.6 #4 <i>“Enfoque diferencial: “Fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio para la atención de grupos étnicos...promoviendo la incorporación de las medicinas y terapias alternativas...” (123).</i></p> <p>Interpretación: Así, La ley al promover el enfoque diferencial en la formación del talento humano en salud y la atención continua en territorios étnicos, muestra un compromiso con la diversidad cultural y las prácticas medicinales alternativas. La manifestación de la voluntaria, destacando la importancia del conocimiento cultural del médico en la atención de los Embera, resalta la relevancia de integrar enfoques culturales en la atención médica, concordando con la ley y abogando por una atención de salud más inclusiva y respetuosa de la diversidad étnica, algo que está escrito, pero que aún hay falencias en la aplicación, pues no se evidencian cambios reales en la atención y formación de médicos.</p>
--	--

<p>E2-IO-M-05 Salud es sentirse conectado con la tierra, el sol, la luna, es muy espiritual, paz espiritual y una conectividad concreta</p>	<p>Decreto 1953 de 2014 Art 76</p> <p><i>“Concepto de Salud Propia. Es la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena,</i></p>
<p>E12-IT-M-01 Nuestra orientación en salud viene desde el vientre. Con una ceremonia, un reconocimiento a los seres de la planta, las aves y el cosmos.</p>	<p><i>resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento,</i></p>
<p>E2-IO-M-06 "Los servicios de salud yo creo que es algo para ayudarnos a mantener equilibrado tanto la salud mental como la espiritual y la física"</p>	<p><i>protección y recuperación de la salud” (117).</i></p> <p>Circular 11 de 2018 Consideración 4.3</p>
<p>E9-IT-M-08 Si, para nosotros es ir donde un médico tradicional para que mire lo espiritual, si está mal de espíritu no hay nada.</p>	<p>4.5</p> <p><i>4.3 “La autorización para que en las IPS y las entidades que ejecutan las acciones individuales y colectivas se permita la atención / acompañamiento de los sabedores ancestrales en salud de los pueblos indígenas, como las parteras, sobanderos u otros” (119).</i></p>
<p>E5-IT-M-08 Para las comunidades que llegan a territorio es diferente la salud porque en su territorio es la espiritualidad.</p>	<p><i>4.5 “La adecuación de los espacios y la prestación de los servicios de salud de las IPS de acuerdo con la cosmovisión de los pueblos indígenas”.</i></p> <p>Decreto 1011 de 2006: Art. 2</p> <p><i>“SERVICIOS DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e</i></p>

	<p><i>intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (115).</i></p> <p>Sentencia T-760 de 2008: Art.4</p> <p><i>“El acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud El derecho fundamental a la salud, comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, el cual ha sido objeto de la mayoría de las acciones de tutela” (116).</i></p> <p>Ley 1751 de 2015: Art. 2</p> <p><i>“Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (14).</i></p>
--	--

	<p>Convenio 169 de 1989: Art. 24</p> <p><i>“Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (105).</i></p> <p>Interpretación: Las respuestas revelan la importancia de la dimensión espiritual en la percepción de la salud para las comunidades indígenas. Se destaca la conexión con la tierra, la espiritualidad, y la orientación desde el nacimiento. Estas perspectivas encuentran respaldo en normativas como el Decreto 1953 de 2014, que reconoce la "Salud Propia" como la armonía según la cosmovisión indígena. La Circular 11 de 2018 y el Decreto 1011 de 2006 refuerzan la adaptación de los servicios de salud a la cosmovisión indígena, permitiendo la participación de sabedores ancestrales y la adecuación de espacios. La Sentencia T-760 de 2008 y la Ley 1751 de 2015 reafirman el derecho fundamental a la salud, subrayando el acceso oportuno y con calidad, adaptándose a las necesidades y concepciones indígenas.</p>
--	---

	<p>El Convenio 169 de 1989 también respalda la organización de servicios de salud a nivel comunitario, en cooperación con los pueblos indígenas. En conjunto, estas normativas buscan garantizar una atención integral que respete las dimensiones culturales y espirituales, promoviendo la igualdad en el acceso a servicios de salud que se alineen con las cosmovisiones indígenas.</p>
<p>E12-IT-M-03 Una de las barreras para la atención en los hospitales es la persona que llega y no habla el castellano.</p>	<p>Ley 1381 de 2010 Art 9 <i>“En sus gestiones y diligencias ante los servicios de salud, los hablantes de lenguas nativas tendrán el derecho de hacer uso de su propia lengua y será de incumbencia de tales servicios, la responsabilidad de proveer lo necesario para que los hablantes de lenguas nativas que lo solicitaran sean asistidos gratuitamente por intérpretes que tengan conocimiento de su lengua y cultura” (124).</i></p> <p>Circular 11 de 2018 Consideración 4.2 <i>“Disponibilidad de servicio de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas que lo soliciten” (119).</i></p> <p>Interpretación: La respuesta de la entrevista, que destaca la barrera lingüística para la atención en hospitales, no se alinea con la legislación existente. La Ley 1381 de 2010, en su Artículo 9,</p>

	<p>establece claramente el derecho de los hablantes de lenguas nativas a utilizar su propia lengua en gestiones ante servicios de salud. Además, resalta la responsabilidad de los servicios de salud de proporcionar intérpretes gratuitos con conocimiento de la lengua y cultura del usuario que lo solicite.</p> <p>La Circular 11 de 2018, en su Consideración 4.2, refuerza esta disposición al hacer énfasis en la disponibilidad de servicios de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas que lo soliciten. Estas normativas buscan garantizar un acceso equitativo y culturalmente sensible a los servicios de salud, eliminando las barreras lingüísticas que puedan dificultar la comunicación entre el personal de salud y los usuarios que hablan lenguas nativas. En consecuencia, estas leyes promueven la inclusión y la atención adecuada para todos los ciudadanos, independientemente de su lengua materna, mientras que se evidencia desde la entrevista que es un problema que persiste y del cual, aunque se continúa aportando a su teórica solución, esta finalmente no es resuelta en su totalidad.</p>
<p>E1-IO-M-06 Calidad es como es el servicio para uno, si es bueno o malo el servicio.</p>	<p>Sentencia T-760 de 2008: Art.4</p>

<p>E12-IT-M-14 Calidad es lo humanamente posible, armonioso, con humanidad y comprensión, donde no exista un rechazo y problemas de comunicación.</p>	<p><i>“El acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud” (116).</i></p>
<p>E9-IT-M-09 La calidad es lo espiritual</p>	<p>Decreto 1011 de 2006: Art. 47 #6</p>
<p>E2-IO-M-08 Calidad es como la facilidad de obtener los servicios.</p>	<p><i>“Eficiencia: Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada” (115).</i></p> <p>Circular 011 de 2018: Art.4</p> <p><i>“Garantizar que las IPS, de manera conjunta con las estructuras propias en salud, organizaciones y autoridades indígenas realicen los ajustes a sus procesos, procedimientos, guías, protocolos...de manera que responda a las necesidades de salud de los pueblos indígenas, de forma respetuosa y armoniosa con su cultura, sus sistemas médicos ancestrales a su contexto geográfico, demográfico y social” (119).</i></p> <p>Resolución 2626 de 2019: Art.8.1 #4</p> <p><i>"Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los</i></p>

	<p><i>usuarios", tomada en cuenta desde el aseguramiento a garantizar en los territorios el acceso a los servicios del sistema de salud (123).</i></p> <p>Ley 100 de 1993: Art. 1532</p> <p><i>"Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia" (111).</i></p> <p>Decreto 780 de 2016: Art.2.5.1.5.1</p> <p><i>"El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos" (120).</i></p>
--	---

	<p>Resolución 429 de 2016</p> <p><i>“El MIAS contempla una serie de estrategias en pro de la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad de la atención en salud, al igual que un conjunto de procesos y arreglos institucionales para direccionar de manera coordinada las acciones de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (121).</i></p> <p>Norma ISO 9001 de 2015:</p> <p><i>“La aplicación de la ISO 9001 puede ayudar a mejorar la eficiencia, la satisfacción del paciente y la calidad general de los servicios de salud. Es importante que las organizaciones adapten la norma a sus necesidades específicas y cumplan con los requisitos legales y regulatorios de la atención médica en su jurisdicción. Permite que los pacientes de servicios médicos puedan percibir una mayor satisfacción derivada del aumento del rendimiento y de la calidad de los centros dedicados a la salud” (118).</i></p> <p>Interpretación: Las respuestas de las entrevistas reflejan diversas percepciones de calidad en los servicios de salud. Mientras algunos participantes la definen en términos de trato humano, armonía y</p>
--	--

	<p>accesibilidad, otros la asocian con aspectos espirituales y facilidad de obtener servicios. Estas visiones individuales se vinculan con las leyes y normativas que promueven el acceso oportuno y eficaz a servicios de salud de calidad, subrayando la importancia de la eficiencia y el respeto cultural en la atención médica. La Ley 100 de 1993 destaca la necesidad de estándares aceptados, y el Decreto 780 de 2016 busca estimular la competencia por calidad mediante un Sistema de Información. Además, la Circular 011 de 2018 aboga por ajustes culturales y la Resolución 2626 de 2019 fortalece el monitoreo para garantizar calidad. La Norma ISO 9001, aunque no específica para la salud, puede contribuir a mejorar la calidad y satisfacción del paciente. En este contexto, el desafío radica en armonizar las expectativas individuales con los estándares y regulaciones para lograr una atención médica integral y culturalmente sensible.</p>
<p>E5-IT-M-12 Experiencias en salud muy negativas, yo tengo un diagnóstico que debo vivir medicada y me han puesto a voltear mucho y las citas con especialistas muy demoradas</p>	<p>Resolución 2626 de 2019: Art. 8.3 <i>“Comprende acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio, verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes, para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud;</i> <i>Fortaleciendo el Sistema Obligatorio de</i></p>
<p>E1-IO-M-19 Estuve hospitalizada una semana y no me brindaron alimentación los tres primeros días, luego hable con una</p>	

<p>señora de la EPS sobre que unos tenían alimentación y yo no y después de que hable me dieron alimentación, pero estaba viendo esa desigualdad.</p>	<p><i>Garantía, la consistencia entre las prioridades en salud, garantizando cobertura en servicios y fortaleciendo los servicios, entre otros. Así, como se evidencia la necesidad de garantizar un servicio que cumpla con las necesidades y expectativas del usuario” (123).</i></p> <p>Decreto 019 de 2012: Art. -24 <i>“Asignación de citas médicas con especialistas. La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá en los próximos tres meses a la vigencia del presente decreto la reglamentación correspondiente” (125).</i></p> <p>Interpretación: Se refleja una situación concreta que puede estar relacionada con la normativa de asignación de citas</p>
---	--

	<p>médicas con especialistas, como lo establece el Artículo 124 de la Resolución 2626 de 2019. La persona menciona demoras significativas en la obtención de citas, lo cual podría ser una consecuencia de la gradualidad y condiciones que la normativa indica para la asignación de estas citas. Este testimonio destaca la importancia de evaluar la implementación de dichas normas para asegurar que se cumplan los objetivos de acceso oportuno a la atención especializada, especialmente en casos médicos que requieren atención constante.</p>
<p>E10-IT-H-12 El tema de maternidad, crecimiento y desarrollo son muy buenos, pero hasta ahí. El problema son las citas con especialistas y el tiempo de espera.</p>	<p>Ley 1751 de 2015: Art 6 – Art 11 <i>“A través de estos artículos se evidencia un fuerte compromiso del sistema por la atención de gestante, cumpliendo con el compromiso por los sujetos de especial protección de la ley 1751, donde se este grupo poblacional goza de especial protección” (14).</i></p> <p>Ley 100 de 1003: Art. 166 <i>“A través de la Ley 100 se le asegura atención en todas sus etapas, alimentación a la madre gestante y al bebé en sus primeros años de vida, y garantías de atención independientes de la capacidad de pago” (111).</i></p>

	<p>Decreto 019 de 2012: Art. 123 - Art.124 <i>“Igualmente existe un aspecto a mejorar en el acceso a las especialidades, donde los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012, indica que las EPS, deberán garantizar la asignación de citas de forma gradual y donde el incumplimiento de esta disposición acarreará las sanciones previstas en la ley” (125).</i></p> <p>Interpretación: La entrevista revela una satisfacción general con los aspectos relacionados con la maternidad, el crecimiento y el desarrollo. Sin embargo, surge una preocupación en torno a las citas con especialistas y los tiempos de espera. Esta experiencia refleja desafíos en el acceso a servicios médicos especializados. Aunque leyes como la 1715 y la 100 buscan garantizar atención integral a las gestantes, el testimonio sugiere la necesidad de mejorar la accesibilidad a servicios especializados. Normativas como el Decreto 019 de 2012 señalan pautas para garantizar el acceso oportuno y gradual a citas, resaltando la importancia de abordar estas inquietudes en la implementación de políticas de salud.</p>
<p>E2-IO-M-16 Experiencia positiva con la información y la administración de la vacuna contra el COVID</p>	<p>Ley 1751 de 2015: Art. 10 #C - D <i>C: “Mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante” (14) .</i></p>

	<p>D: <i>“A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud” (14).</i></p> <p>Interpretación: Se resalta la importancia de la comunicación efectiva y la información adecuada entre los profesionales de la salud y los pacientes. El artículo 10-C destaca la necesidad de mantener una comunicación plena y clara con los profesionales tratantes, mientras que el 10-D enfatiza el derecho del paciente a recibir información clara y suficiente para tomar decisiones informadas sobre los procedimientos de salud y su negativa a recibir tratamiento contra su voluntad. Ambos artículos buscan proteger los derechos de los pacientes a estar informados y participar activamente en decisiones relacionadas con su salud, promoviendo así una relación más transparente y respetuosa en el ámbito médico.</p>
--	--

Al interpretar estas percepciones a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad, se puede identificar si los servicios de salud cumplen con los estándares establecidos, si se respetan los derechos de la comunidad, si se promueve la equidad en el acceso a la atención médica, y si se consideran las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones atendidas.

Este análisis permite identificar posibles brechas entre las percepciones de la comunidad y los estándares de calidad establecidos, así como áreas de mejora en la prestación de servicios de salud. Además, contribuye a una comprensión más profunda de cómo las políticas existentes en calidad se traducen en la experiencia de la comunidad, y cómo estas políticas podrían adaptarse para garantizar una atención de salud de calidad que responda a las necesidades y expectativas de la población indígena Embera Eyábida.

En resumen, la evaluación de las percepciones comunitarias sobre la calidad de los servicios de salud se centra en alinearlas con los principios normativos internacionales, priorizando el acceso equitativo, la integración de prácticas ancestrales, la capacitación del personal en prácticas y lengua, y la mejora en la atención. Estas percepciones, fundamentadas en los comentarios de los participantes, proporcionan una base sólida para interpretar y evaluar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, se identifican desafíos en la implementación efectiva de leyes y políticas, especialmente en relación con la calidad de los servicios y el reconocimiento de prácticas culturales indígenas.

8. Discusión

Antes de comenzar con este apartado, cabe resaltar que la identidad que posee cada comunidad indígena se forja en la intersección de la historia, la cultura, la naturaleza y la adaptación a un mundo en constante cambio; por ello, la percepción de la calidad de los servicios de salud en esta comunidad no puede entenderse de manera aislada; debe considerarse en el contexto de esta amplia diversidad cultural que define su forma de vida y visión del mundo.

Cada ideología, cosmovisión, perspectiva y experiencia permite que cada persona en este caso de la Comunidad Indígena Embera Eyábida de cuenta de cómo percibe cada momento o situación a lo largo de su vida, según las bases establecidas dentro de su cultura. Por lo tanto, para comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena adscrita al Cabildo Chibcariwak, se requirió entender desde esta cosmovisión que entienden ellos por calidad y servicios de salud para luego describir esas experiencias que tuvieron en esos servicios de salud y con esas percepciones sobre sus experiencias ser interpretadas a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad según lo recopilado a lo largo de la construcción de la investigación.

Lo anterior permite dar cuenta de cómo se ha llevado el proceso investigativo y el objetivo claro de lo requerido para responder a la incógnita planteada inicialmente y así los hallazgos obtenidos.

Ahora bien, desde una visión académica, los hallazgos principales de esta investigación posibilitan afirmar que para la comunidad el concepto de calidad es *“una atención con enfoque diferencial, considerando lo espiritual y lo tradicional, con la participación de traductores y médicos tradicionales. Además, la calidad se entiende como un componente esencial para mantener la salud en equilibrio. La inclusión de generosidad y humildad sugiere que la calidad no se limita a la eficacia clínica, sino que abarca valores humanos fundamentales para la comunidad indígena”*. Lo anterior coincide con lo que estipula la OPS sobre la idea de que la

salud indígena debe hacerse dentro de un enfoque intercultural de la salud, en el que las relaciones entre los sistemas de salud indígenas y el sistema nacional de salud se basan en el diálogo horizontal y respetuoso de saberes. investigación sobre la calidad y seguridad de la medicina tradicional. Además, en el sector salud propone la inclusión de la perspectiva, terapias y medicinas indígenas en los sistemas de salud nacionales, tomando como punto de partida el reconocimiento, revitalización y protección de la medicina tradicional, al considerarla de gran importancia para la pervivencia de los pueblos indígenas en la Región (146).

Sin embargo, Montaña menciona en su investigación que la relación entre los pueblos indígenas y el sistema nacional de salud de Colombia sigue estando marcada por el irrespeto hacia los saberes ancestrales, la desconfianza y la subordinación (146). Esto guarda cierta relación con lo que manifestó la comunidad que la calidad se vincula directamente con la comunicación, la atención personalizada y la ausencia de superficialidad en la atención recibida, ya que no se encontraron conceptos expresados por integrantes de comunidades indígenas.

El concepto de servicios de salud como parte fundamental dentro de la salud indígena, parte desde lo emergente y lo que la comunidad dio a conocer sobre lo que ha percibido por medio de las experiencias en las instituciones de salud; así, lo percibido a partir de los testimonios de los participantes sobre los servicios de salud se define como *“la cosmovisión indígena, las respuestas revelan una profunda conexión entre la comunidad y los servicios de salud. Resaltando la importancia de estos servicios como un respaldo en momentos de vulnerabilidad. Esta percepción refleja una comprensión integral de los servicios de salud como un pilar fundamental para el bienestar individual y comunitario”*. Por otro lado, en una investigación realizada por Amador ILLAMADA (*Acceso a los servicios de salud en la población indígena de Vaupés a la luz de la Ley Estatutaria de Salud*) *“para los líderes indígenas los servicios de salud con entendidos como la posibilidad de que la prestación de servicios llegué a cada uno de los rincones y comunidades del departamento de manera eficaz, oportuna, con buenas prácticas y de calidad”*(147),

lo que nos lleva a establecer que la investigación frente a los testimonios recopilados dan cuenta de que ambos coinciden en un servicio eficaz, oportuno y de calidad, pero con la diferencia que se anhela que la cosmovisión y prácticas indígenas sean tomados en cuenta en los servicios de salud, con profesionales que entiendan y adapten la medicina ancestral.

Cada investigación llevada a cabo en las comunidades indígenas en relación con los servicios de salud constituye un llamado al gobierno. Este llamado busca el respeto a la conexión intrínseca de estas comunidades con el bienestar individual y colectivo, enfatizando la importancia de proporcionar servicios oportunamente y considerando sus raíces ancestrales.

A partir de sus significados, fue importante recopilar las experiencias que han tenido alrededor de estos conceptos para así comprender un poco más cuáles son sus necesidades como comunidad indígena frente a la calidad de los servicios de salud; los hallazgos se agruparon por el nombre de ***Tejiendo Experiencias desde su cosmovisión y conexión ideológica.***

En esta categoría obtuvimos como resultado que *la atención, la humanización, los servicios, fueron parte esencial en la experiencia positiva de algunos de los integrantes de la comunidad, indicando que la atención fue oportuna, que la información brindada dentro de los servicios fue clara, en la parte asistencial, frente algún procedimiento,* esto es posible relacionarlo con la investigación realizada por Pabón y Palacio en la cual se observó que la percepción de los usuarios en cada uno de los servicios recibidos, la cual fue calificada en el nivel de bueno, demostrando gran satisfacción por las instalaciones físicas de los diferentes servicios de citas y de espera, limpieza de las instalaciones, los tiempos de espera en el servicio de urgencias y de consulta externa son oportunos, demostrando una oportunidad en la atención. Se evidenció satisfacción por la atención en los servicios existentes (86).

Aunque es inherente que a la medicina que más acuden es a la tradicional, por los significados y perspectivas frente a sus costumbres y modos de vida, pero que aún la atención recibida en la medicina occidental fue buena y que ha sido acorde a sus ideologías.

No obstante, la mayoría de los miembros de la comunidad indígena compartieron relatos y narrativas en medio de un escenario menos alentador. Estos relatos ofrecen una perspectiva más amplia sobre cómo la realidad cambia según la vulnerabilidad del tipo de población que busca atención en los servicios de salud.

Los hallazgos sobre los aspectos que han sido influyentes para que esas experiencias se convierten en negativas, *sus derechos como indígenas no han sido respetados como debería y hace que se sientan vulnerados y discriminados frente a la demás población que asiste a los servicios, ya que ellos en su mayoría sólo hablan su lengua y en muchos casos no saben leer o escribir convirtiéndose en una causal que influye negativamente en la experiencia de los indígenas, ya que su proceso dentro del servicio de salud se hace compleja, confusa y angustiante, ya que no encuentran un apoyo que les brinde mayor claridad.*

Estos relatos se apoyan en la investigación realizada por Rojas y Herrero donde “la comunicación que, aunque a veces es básica o incluso adecuada, en otros momentos es limitada a causa de la barrera lingüística, situación que amplía el marco de dificultad en el que ocurre la atención. Este tipo de limitaciones en la comunicación ahonda las brechas culturales, dificultan la atención, la satisfacción de necesidades” (148).

Así mismo, en la investigación de Montero la población indígena encuestada indica que “no acuden a la clínica porque "no puede contestar la palabra", "porque no he estudiado y no entiendo". Por las mismas razones no se sienten capaces de ir solas al hospital” (83) Invitándonos a la reflexión sobre la atención centrada que

se brinda en las instituciones con un enfoque diferencial desviado que no mitiga las necesidades de la población que pueden llegar a recibir en sus instituciones.

Entre las percepciones recolectadas desde la comunidad, se expresan largas esperas para citas con especialistas donde evita que la atención sea eficiente, así mismo, para una atención oportuna donde no se brinda la información adecuada a cada persona, ocasionando que se genera una brecha entre la institucionalidad y las comunidades indígenas, además, las deficiencias en la entrega de medicamentos, la priorización desigualdad en la cual ellos relatan que por ser de la comunidad indígena son atendidos luego de brindar atención a las demás personas no indígenas.

Para Orozco y López en su investigación se evidencia parte de la experiencia mencionada anteriormente donde "se encuentra además la molestia con el tiempo de espera para ser atendido, ya que los indígenas de manera previa solicitan y programan la cita para ser atendidos en los controles. Sin embargo, cuando por alguna eventualidad a los indígenas les corresponde esperar, con frecuencia lo expresan en forma de disgusto e insatisfacción" (84).

Por otro lado, durante nuestro acercamiento con la comunidad y en el enfoque que aplicamos durante la entrevista, exploramos si las experiencias relatadas influían en la decisión de no recurrir a los servicios de salud de la medicina occidental. Aunque algunos individuos de la comunidad estaban occidentalizados, manifestaron su preferencia por hacer remedios y buscar curas en sus hogares o con la ayuda de otros miembros de la comunidad. *En casos particulares, optan por consultar a su médico tradicional, quien los atendía de manera más puntual y sin el desgaste asociado a la medicina occidental* es aquí donde recurrimos nuevamente a la investigación realizada Rojas y Herrero donde en uno de sus resultados "los participantes no observan mejoría en las condiciones de salud, decidían abandonar

la institución y buscar la atención del médico tradicional como opción para el manejo de los problemas” (148).

Desde las narrativas recopiladas dentro de la investigación emergió una categoría que llamamos recomendaciones donde cada participante desde sus experiencias nos brindaron recomendaciones enfocadas en la igualdad, el reconocimiento de prácticas ancestrales parte indispensable del mejoramiento de la atención en salud a dicha población donde se destaca *la necesidad de integrar y respetar las prácticas tradicionales que son parte de la identidad de la comunidad indígena, necesarias en el sistema de salud. Añadiendo la urgente necesidad de integrar personal de salud que entienda, conozca y utilice métodos tradicionales alineados a su cosmovisión, además de reconocer sus diferentes rituales, prácticas y preceptos dentro de la atención en salud*, en la investigación educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de chocó se encontró algo similar que recomienda “ conocer las realidades de las comunidades indígenas en los temas de salud , en sus prácticas, cosmovisión, tratamiento de enfermedades, entre otras (149).

Así mismo, al mejoramiento en acceso de la atención en la cual *la comunidad da cuenta de un conjunto de sugerencias a nivel de acceso y atención que han observado que no son lo adecuado frente a la calidad en la atención y que permite que su experiencia dentro de los servicios nos sea acorde a lo que piensan o perciben, donde indican que la atención diferencial a las comunidades indígenas debería ser diferencial y en la cual en la investigación deben ser “reconocidas las dificultades percibidas por la comunidad indígena para el uso de los servicios de salud por el desconocimiento de las características diferenciales, que los grupos étnicos tienen en el proceso salud, enfermedad y atención (149).*

Una de las recomendaciones enfocadas en calidad donde refirieron *un trato amable y comprensivo por parte del personal de salud que vaya más allá de la*

atención médica puramente técnica e implica la importancia de la empatía y el respeto hacia las creencias y prácticas culturales de la comunidad indígena, la cual se encuentra respaldada en la investigación de Vélez y González en la cual “existe una tendencia a la insatisfacción del usuario, sea por vulneración de derechos; evidenciando que los usuarios recurren a otros mecanismos de derecho y generando una atención deshumanizada, también dada por el talento humano y su importancia en la calidad, pues de estos depende la atención en salud que requieren los usuarios” (90).

Es importante considerar los hallazgos y respuestas de los participantes en los diferentes conceptos de calidad, facilitadores de experiencias positivas, experiencias positivas, experiencias negativas, igualdad, reconocimiento de prácticas ancestrales, mejoramiento en acceso de atención y calidad. A continuación, se presenta una interpretación de estas percepciones a la luz del marco normativo internacional:

La interpretación frente a los hallazgos obtenidos en las percepciones sobre la calidad vs lineamientos y políticas en calidad comenzando principalmente por las percepciones de la comunidad sobre la calidad de los servicios de salud resaltan la importancia de un entorno limpio, el trato y comprensión del personal, la mejora en el conocimiento y la comunicación, y la necesidad de una logística más eficiente, Estos aspectos se alinean con la Declaración de Alma-Ata de 1978, que establece que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva, La importancia de un entorno saludable para la curación y el bienestar, un trato amable y comprensivo por parte del personal de salud, va más allá de la atención médica puramente técnica e implica la importancia de la empatía y el respeto. Esta información se basó en las respuestas de los participantes frente los conceptos de calidad, facilitadores de experiencias positivas, experiencias positivas en la atención de los servicios de salud, experiencias negativas en la atención de los servicios de salud, igualdad en

atención de salud indígena, reconocimiento de prácticas ancestrales, mejoramiento en acceso de atención y calidad en los servicios de salud.

Basada en la investigación realizada por Sánchez se realiza un informe por parte de justicia en el año 2018, una organización que apoya la acción de tutela y la denuncia de la comunidad Wayuu presentada a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, donde la organización confirma la pobreza multidimensional y la dispersión de las comunidades que limitan la atención en salud; asimismo, expone la problemática de discriminación étnica que impide una adecuada atención diferencial e inclusiva, así mismo, violaciones a los derechos fundamentales” (150).

Por otro lado, *las experiencias negativas, como la dificultad de acceso a los servicios de salud debido a barreras geográficas y económicas, reflejan la necesidad de políticas que garanticen el acceso equitativo a la atención médica, en línea con la Declaración de Alma-Ata que establece que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.* Como lo indica la anterior investigación donde “Se visualiza la distancia que existe entre la comunidad wayuu y los centros de salud disponibles; por su parte, la política CONPES 3883 es una de las políticas recientes que pretenden mejorar ostensiblemente la prestación en servicios de salud, tanto para comunidades indígenas como para las comunidades no indígenas y donde el Diseño del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) tiene como propósito generar rutas de atención para las zonas más alejadas del casco urbano (150).

Para el mejoramiento y acceso en la atención en salud y la calidad las recomendaciones de la comunidad *para mejorar el acceso a la atención médica, reflejan la importancia de garantizar recursos adecuados para ofrecer una atención de calidad. Estas recomendaciones se alinean con la Política Salud Para Todos-SPS de 1977, que establece la meta social de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permita llevar una vida social y*

económicamente productiva. Según una investigación realizada por la Universidad del Bosque los indígenas “Califican como regular la calidad de los servicios de salud occidentales e identifican como principales barreras para acceder la larga espera para la atención, la dificultad para conseguir citas oportunas. Mientras tanto, el informe del Plan Integral de Acciones Afirmativas (PIAA) 2018 establece un cumplimiento parcial en las acciones afirmativas del camino de salud y medicina ancestral que debe desarrollar para los pueblos indígenas en Bogotá. Es decir, solo cinco acciones y ninguna de ellas aborda reducción de trámites, afiliación o calidad en el servicio de salud” (151).

En última instancia, es evidente que, pese a la existencia de políticas orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud y garantizar un acceso diferenciado para las comunidades indígenas, persisten brechas en el ámbito sanitario para estos grupos vulnerables. Aunque algunas experiencias pueden ser positivas para ciertos individuos, las negativas siguen predominando, esto sugiere que, en la práctica, la normatividad a menudo queda relegada a documentos y repositorios, sin traducirse de manera efectiva en mejoras tangibles para estas comunidades.

9. Conclusiones

- Como resultado a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyábida, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023? Se concluye que, para algunos de los integrantes de la comunidad indígena su percepción de la calidad de los servicios es positiva, ya que algunos fueron tratados con prioridad dentro de los servicios y que dichos servicios brindados fueron tratados de buena manera, sin embargo, prevalecen algunas experiencias negativas por parte de la comunidad.
- Aunque se visualizaron percepciones positivas, fueron más relevantes las negativas donde las barreras lingüísticas son causales de que la experiencia no haya sido gratificante convirtiéndose en compleja, confusa y angustiante, ya que no encuentran un apoyo que les brinde mayor claridad.
- Es claro que no hay un acompañamiento por parte de los entes gubernamentales que den cuenta de la atención centrada a las comunidades indígenas, generando deficiencias en la atención directa e indirectamente de los servicios de salud que requiere cada uno.
- La falta de empatía y humanización en el sector salud hacia la comunidad indígena evidencia que la atención centrada con enfoque diferencial está lejos de cumplir con lo establecido en la normativa. Esto se refleja en la ausencia de respuestas a las necesidades en salud que los indígenas poseen, dejándolos sin soluciones adecuadas.
- Se evidencian desafíos en la implementación efectiva de leyes y políticas, especialmente en lo que respecta a la calidad de los servicios y el

reconocimiento de las prácticas culturales indígenas. En consecuencia, se destaca la necesidad de abordar estos desafíos para garantizar la materialización de los principios normativos en beneficio de las comunidades indígenas y mejorar significativamente la calidad de los servicios de salud ofrecidos.

- Desde la perspectiva de la comunidad indígena de Villatina, los servicios de salud se consideran elementos fundamentales para el bienestar integral, abarcando la salud física, mental y espiritual, la evaluación de la calidad incluye aspectos como la generosidad, humildad y una atención integral, así mismo, los testimonios sugieren algunas mejoras en la comunicación y la educación dentro del ámbito de la salud para establecer un entendimiento más profundo y culturalmente sensible de cómo los servicios de salud y la calidad pueden comprenderse y prestarse desde la cosmovisión indígena, respetando e integrando sus necesidades.

10. Recomendaciones

Para el sistema de salud

- Realizar una revisión de la normativa con todo lo relacionado en la calidad de los servicios de salud a las comunidades indígenas y establecer un programa de control continuo donde se evalúe que lo que está estipulado se cumpla.
- Fortalecer la vigilancia para las EPS y las IPS, en las que den cuenta de la atención brindada a las poblaciones indígenas, donde se puedan analizar los casos de vulneración de derechos y lograr una atención completa a esta población poco a poco.
- Proponer una política que permita a los estudiantes de medicina en las universidades aprender sobre prácticas ancestrales y medicina tradicional. Esto facilitaría su comprensión y aplicación, evitando así descuidar la atención a la comunidad. También se sugiere integrar la medicina tradicional en las redes de atención de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Primarias, con un enfoque específico en la atención a las comunidades indígenas.
- Evaluar la posibilidad de contar con personas conocedoras de la lengua propia de las comunidades indígenas en cada municipio, que estén disponibles para brindar apoyo a las comunidades cuando necesiten establecer comunicación con el personal de salud o actúen como enlaces en temas de salud en las instituciones de salud.

Para las instituciones de salud

- Fomentar un trato con enfoque diferencial en todos los servicios, incluyendo personal con conocimientos en prácticas y lengua propias para así evitar malas experiencias en las poblaciones indígenas cuando requieran una atención en los servicios de salud.

- Constante capacitación a todo el personal, tanto administrativo como asistencial para crear consciencia de las necesidades que se puedan presentar en la atención a las comunidades indígenas y se encuentren preparados para casos puntuales.
- Mejorar el trato y comprensión del personal, la mejora en el conocimiento y la comunicación, y la necesidad de una logística más eficiente.

Para el sector educativo

- Evaluar los pensum ofrecidos a los estudiantes de las áreas asistenciales en salud y estructurarlos para que se dicten cursos, materiales o módulos enfocadas a la atención diferencial con respeto, humanización y que se incorpore saberes ancestrales y que puedan comprender la lengua para evitar barreras en la comunicación.

Para la comunidad indígena

- Permitir espacios y charlas de enseñanza y concientización en salud, donde se les permita conocer sus derechos y deberes en salud, además que puedan aprender cómo hacer valer sus derechos en salud.
- Proponer la designación de un equipo o individuo con experiencia en procesos de salud como punto de referencia para la comunidad en cuestiones de salud pública. Esta persona o equipo estaría capacitado en políticas, procesos y costumbres indígenas, facilitando así la orientación de la comunidad en términos de acceso y calidad en el ámbito de la salud.

Es importante reconocer que nuestro país es diverso y que los derechos de todos deben ser respetados sin discriminación alguna.

11. Referencias

1. Cubillos M, Rozo D. El concepto de Calidad: Historia, evolución e importancia para la sociedad. Rev. De la Universidad de la Salle [Internet] 2009; 48:80-99 [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1170&context=ruls> .
2. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible? Rev. Med. Hered [Internet]. 2001; 12(3): 75-77. [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300001 .
3. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra; 2020 [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=¿Qué%20es%20la%20calidad%3F,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios.>
4. Organización Panamericana de la Salud [Internet] Washington; 2021 [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud> .
5. Universidad de Murcia. La percepción [Internet] [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>.
6. Bruner J, Tagiuri R. The Perception of people. Vol 2. Cambridge: Defense Technical Information Center; 1954
7. Kerguelén C. Calidad en salud en Colombia: Los principios. [Internet] Bogotá DC: Scripto Ltda; 2008. [Consultado 2024 Ene 28] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
8. Gómez Poveda R, Jacome Solano N, Pito Polanco C. Percepción de las Familias Indígenas Residentes en la Ciudad de Bogotá D.C. sobre la Garantía de los Derechos de su Niñez [Internet] Bogotá D.C: Universidad Pedagógica Nacional; 2015 [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/816/TO-18125.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Comité Internacional de la Cruz Roja. Los servicios de Salud en el nivel Primario [Internet] [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/icrc_003_0887.pdf .
10. Universidad Internacional de la Rioja. La calidad en salud y la satisfacción del paciente [Internet] [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>
11. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas: Servicios y Atención en las Clínicas de las comunidades. 2a ed. [Internet] Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2015 [Actualización 2018 Jul; consultado 2022 Nov 29] Disponible en <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>.
12. Ministerio de salud y Protección Social. Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia [Internet] Bogotá; Ministerio de salud y

- Protección Social; 2014 [consultado 2022 Dic 02] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf>.
13. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1953 de 2014 [Internet] [consultado 2022 Dic 02] Disponible en: https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/COLOMBIA_Decreto%20No.%201953%20de%202014.pdf.
 14. Marino López O. Política De Calidad En Salud: Requisitos De Habilitación Y Su Efecto En La Situación Financiera De Una IPS En Cali [Internet] Santiago de Cali: Universidad de Valle; 2018 [consultado 2022 Nov 28] Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/14951/CB-0591711.pdf?sequence=1>.
 15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 03, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio de Protección Social; 2006.
 16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 903 de 2014, mayo 13, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Bogotá: El Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
 17. Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Banco Mundial. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020 [consultado 2022 Dic 02] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340027>.
 18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19 [Internet] Washington, D.C: Organización Panamericana de la salud; 2022 [consultado 2022 Dic 04] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471#:~:text=La%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20es%20una%20de%20las%20m%C3%A1s,31%20de%20agosto%20del%202022.>
 19. El Banco Mundial. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. [Internet] Washington DC: El Banco Mundial; 2019 [Actualización 2019 Jul 17; consultado 2022 dic 04] Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/933731564123661734/pdf/Evaluaci%C3%B3n-Externa-de-la-Calidad-de-la-Atenci%C3%B3n-en-el-Sector-Salud-en-Colombia.pdf>.
 20. Mejía Mejía A, Sánchez Gandur A, Tamayo Ramírez J. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev. salud pública. [Internet] 2007; 9(1): 26-38 [consultado 2022 Dic 04] Disponible en: https://www.academia.edu/9017308/Equidad_en_el_Acceso_a_Servicios_de_Salud_en_Antioquia_Colombia.
 21. Cevallos R, Amores A. 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. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

22. Flores Hernández S, Mendoza Alvarado L, Vieyra Romero W, Moreno Zegbe E, Bautista Morales A, Reyes Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. Rev. Salud pública Méx [Internet]. 2019; 61(6): 716-725. [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600716.
23. Organización Panamericana de la Salud [Internet] Washington, D.C ;2015 [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11132:ensuring-indigenous-populations-access-health-services-still-pending-task-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.
24. Balladelli P, Guzmán J, Korc M, Moreno P, Rivera G. Equidad En Salud Para Minorías Étnicas En Colombia Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia con Enfoque Diferencial para Minorías Étnicas [Internet] Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2007 [Actualización 2008; consultado 2022 Dic 08] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5671/Equidad%20en%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Gattinara B, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. Cad. Saúde Públ [Internet] 1995; 11(3): 425-438 [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bsq3C9HxldbPGQcgFgJ4jKq/?format=pdf&lang=pt>.
26. Gómez Poveda R, Jacome Solano N, Pito Polanco C. Percepción de las Familias Indígenas Residentes en la Ciudad de Bogotá D.C. sobre la Garantía de los Derechos de su Niñez [Internet] Bogotá DC: Universidad Pedagógica Nacional [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/816/TO-18125.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Ariza Montoya J, Hernández Álvarez M. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev. Salud Pública [Internet] 2008;10 (1): 58-71 [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10suppl1/58-71/es#:~:text=La%20utilizaci%C3%B3n%20de%20servicios%20curativos,observa%20en%20la%20tabla%204>.
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Objetivos y funciones [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social [consultado 2022 Dic 08] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/institucional-objetivos-funciones.aspx#:~:text=Formular%2C%20adoptar%2C%20coordinar%20la%20ejecuci%C3%B3n,de%20vigilancia%20en%20salud%20p%C3%ABlica>

29. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. [Consultado 2022 Dic 08]; Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
30. Colombia. Departamento o Jurisdicción. Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia: Título 2, Cap. 2; Artículo 49. Bogotá: Imprenta Nacional; 4 de Julio del 1993.
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social [consultado 2022 Dic 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.>
32. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Pueblos Indígenas [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social [consultado 2022 Dic 12] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>.
33. Arias Castilla C. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Rev. Horiz. Pedagóg. [Internet] 2006;8(1):9-22 [consultado 2022 Dic 12] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907017>.
34. Roca J. Percepción: Usos y teorías. Apunts. Educación Física y Deportes [Internet] 1991;25: 9-14 [consultado 2022 Dic 12] Disponible en: <https://raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/381012/474161>.
35. Vizcaino A, Fajardo I, Acero Gómez E, Euseche M. Percepción Sobre Los Roles De Genero En Víctimas De Violencia Intrafamiliar En La Comuna Cuatro De La Ciudad De Villavicencio-Meta [Internet] Villavicencio: Universidad Nacional Abierta Y A Distancia UNAD; 2014 [Consultado 2022 Dic 13] Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/2407/86086170.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
36. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de Percepción. Rev. Alteridades [Internet] 1994; 4(8): 47-53 [consultado 2022 Dic 12] Disponible en: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588/586>.
37. Psicología de la Percepción: Antecedentes Históricos [Internet]. Psicocode. 2018 [citado el 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://psicocode.com/psicologia/psicologia-percepcion/>
38. Oviedo G. L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales [Internet]. 2004; (18):89-96. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>
39. Castilla CAA. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Horizontes Pedagógicos [Internet]. 2006 [citado el 11 de enero de 2023];8(1):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907017>.
40. Valencia-Toro PA., Mora K C, Arbeláez S AM, Jaimes DA, Guzmán R Yahira, Plazas Merideidy et al . ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions

- Questionnaire (IPQ-R). Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. 2014 Jan [Citado el 2024 Enero28] ; 21(1): 4-9. disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232014000100002&lng=en
41. Espinal, C. (2014). Sobre La Percepción Aproximación Desde Maurice Merleau - Ponty Y Arnold Gehlen. Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia [internet] 2014; 7(7), 93-109. [Consultado 2024 Mar 13] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2014000100008&lng=es&tlng=es.
 42. Barceló, T. LA CREACIÓN DE SIGNIFICADO El modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin [Internet] [consultado 2023 Feb 26] Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5141920>
 43. Guzmán Gómez C, , Saucedo Ramos C. L. Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. Revista mexicana de investigación educativa [internet]. 2015;20(67):1019-1054. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14042022002>
 44. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Rev. Ene. [Internet] 2016; 10(2). [Consultado 2022 Dic 13] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
 45. Navarro V. Concepto actual de la salud pública [Internet] [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-%09%20%09estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>.
 46. Valenzuela Contreras L. La salud, desde una perspectiva integral. Rev. Universitaria de la Educación Física y el Deporte [Internet] 2016; 9(9): 50-59 [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>.
 47. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación [Internet] 2008;9(1):93-107 [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>.
 48. Izar J, González Jorge. Antecedentes de la Calidad [Internet] [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303876794_Antecedentes_de_la_Calidad
 49. Torres Saumeth K, Ruiz Afanador T, Solís Ospino L, Martínez Barraza F. Calidad y su evolución: una revisión. Rev. Dimens. Empres. [Internet] 2012;10(2): 100-107 [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/3460/1/Calidad_evolucion.pdf.
 50. Davalos LA. ¿Qué es la calidad? [Internet]. Wordpress.com. 2015 [citado el 11 de enero de 2023]. Disponible en: <https://labcalidad.files.wordpress.com/2015/02/1-introduccic3b3n.pdf>

51. Teorías de Calidad Orígenes y Tendencias de La Calidad Total [Internet]. Scribd. [citado el 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/272085410/Teorias-de-Calidad-Origenes-y-Tendencias-de-La-Calidad-Total>.
52. Cantos JC, Kamarova SR. Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad [Internet]. Revista espacios. [citado el 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf>.
53. Torres M, Vásquez C. La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. Rev. Publicaciones en Ciencias y Tecnología [Internet] 2010; 4(2): 25-32 [consultado 2022 Dic 15] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6505356>.
54. Equipo editorial, Etecé. Calidad Total: Principios, origen, modelos y características [Internet]. Concepto. De; 2015 [citado el 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://humanidades.com/calidad-total/>.
55. Joaquín Mira J, Lorenzo S, Rodríguez Marín J, Buil J. Concepto Y Modelos De Calidad. Hacia Una Definición De Calidad Asistencial. Rev. Papeles del Psicólogo [Internet] 1999; 74: [consultado 2022 Dic 14] [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://psychologistpapers.org/abstract?pii=807>.
56. Robledo Galván H, Meljem Moctezuma J, Fajardo Dolci G, Olvera López D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Rev. CONAMED [Internet] 2012; 17(4): 172-175 [consultado 2022 Dic 14] [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2012/vol17/no4/4.pdf>
57. Díaz Muñoz EI, Rodríguez Pomedá J, Rosas-Quintana VM. Calidad y modelos de calidad para su medición y aseguramiento en hospitales públicos: ¿es posible normar un constructo? jurídicas [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 4 de enero de 2023]; 15(1): 131 -153. Disponible en: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/juridicas/article/view/3240>.
58. Vargas González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. Revista de Ciencias Sociales [Internet] 2013; 19(4): 663-671. [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>
59. Asociación Médica Argentina. Capítulo 8 De La Calidad De La Atención En Salud [Internet] [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%208.pdf>.
60. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Rev. Med Hered [Internet] 2001; 12(3): 75-77 [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3e1.pdf>.
61. Benítez Riaño A. Análisis de la Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud Mediante el modelo SERVQUAL [Internet] Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2021 [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/37398/2021AuraBenitez.pdf?sequence=5>.
62. Matsumoto Nishizawa, Reina. Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. Rev. Perspectivas [Internet] 2014; 34: 181-209 [consultado 2022 Dic 16] Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332014000200005.

63. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet] Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009 [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=85195>
64. Valdes S, Medina S, Ordoñez J. Guía Práctica Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud SOGC. Ministerio Protección Social [Internet] 2011;1–100 [consultado 2022 Dic 16] Disponible en: http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf.
65. Comité Nacional de la Cruz Roja. Los Servicios de Salud en el Nivel Primario [Internet] Ginebra: Comité Nacional de la Cruz Roja; 2006 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/icrc_003_0887.pdf .
66. Restrepo HE. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2001.
67. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Publica Mex [Internet]1991;34(1):36-48 [Consultado 04 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469>.
68. Banco Mundial. Pueblos indígenas [Internet] [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>.
69. Naciones Unidas Derechos Humanos. Los Pueblos Indígenas Y El Sistema De Derechos Humanos De Las Naciones Unidas. 9a ed [Internet] Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas Derechos Humanos;2013 [Actualización 2014 Ene; consultado 2022 dic 19] Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/fs9Rev.2_SP.pdf
70. Middeldorp N. Pueblos indígenas y afrodescendientes: herramientas para la defensa del territorio: Indicadores para la evaluación de la consulta y protocolo para la resolución de conflictos socioambientales. [Internet] San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2018 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: <https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/171>
71. Mendoza D. Colombia. En: Wessendorf K/ Mamo D. El Mundo Indígena 2022. Santa Cruz de la Sierra: IWGIA; 2022. 388-98
72. Arias Valencia M. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia-Colombia. Rev. Salud Pública Méx. [Internet] 2001; 43(4):268-78 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400003#:~:text=En%20Antioquia%20habitan%2014%20903,la%20c ordillera%20en%20el%20suroeste
73. Gerencia Indígena de Antioquia. Pueblos indígenas de Antioquia [Internet]. 2023 [Consultado el 224 Ene 28]. Disponible en: <https://antioquia.gov.co/images/PDF2/GerenciaIndigena/2023/pueblos-indigenas.pdf> +

74. Grupo Especial de Asuntos Étnicos y Migrantes. Grupo Especial de Asuntos Étnicos y Migrantes [Internet] Medellín: Personería de Medellín; 2021 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00Z36M.pdf
75. Ponce B, Fantín M. Población Indígena En Contexto Urbano: Análisis De Los Determinantes Sociales De La Salud, A Partir De La Información Censal. Rev. Geográfica Digital [Internet] 2017; 14 (28): 1-17 [consultado 2023 jun 05] Disponible en: <https://doi.org/10.30972/geo.14282743>
76. Diversidad cultural e Interculturalidad: Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas [Internet]. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014 [Consultado 2023 Ene 09]. Disponible en: https://www.nacionmulticultural.unam.mx/100preguntas/pregunta.php?num_pre=25
77. Vargas Montero G. La cosmovisión de los pueblos indígenas. Vol III [Internet]. Veracruz, MX: Universidad Veracruzana; 2010 [Actualización 01 Ene 2010; Consultado 2023 Ene 09] Disponible en: https://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colec_veracruzsigloXXI/AtlasPatrimonioCultural/00PRELIMINARESAPC.pdf.
78. López AR, Muñoz AP. Caracterización pueblo indígena Embera Katio [Internet]. Procuraduría general de la nación. 2019 [Consultado 2023 Jun 05]. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/docs/CaracterizacionKATIO.pdf>
79. Quintero Laverde MC, Torrado OP, Urrea C, Ospina O. La salud en la cosmovisión de la comunidad indígena. Retos educativos con perspectiva educacional. Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm [Internet] 2012; 2(2):10-6 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/30/la-salud-en-la-cosmovision-de-una-comunidad-indigena-retos-educativos-con-perspectiva-intercultural/>.
80. Rosique J, Gálvez A, Restrepo MT, Manjarrés LM, Valencia E. Food and Nutrition in Embera Indigenous People. An Ethnogr Glob Landscapes Corridors 2012; 131-156.
81. Bournissent M. Salud y cosmovisión indígena: un derecho colectivo en construcción. Rev. Exten. Univ. [Internet] 2014; 4: 92-97 [consultado 2022 Dic 19] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7316219>.
82. Vélez EMM, Ríos JML, Marulanda SC, Franco MCV, Rosa ODM de L, Holguín DMH. Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de enero de 2023];25(3):1157–66. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4jkWHLjgJGrgSpBdqcsRr4H/?lang=es>.
83. Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: El caso del sureste de Veracruz, México. Salud colectiva [Internet]. 2011; 7(1): 73-86 [Consultado 11 Ene 2023] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100006&lng=es.
84. Orozco Castillo L, López Díaz L. Percepción del cuidado de enfermería por indígenas Embera. Rev. cienc. cuidad. 2019; 16(2): 72-82.

85. Arias Hernández I, Avalos García MI, Priego Álvarez HR. Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales. *Horiz. sanitario*. 2020 Ago [Consulta el 2023 Ene04]; Vol 19(2): 291-299. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000200291&lng=es. Epub 13-Nov-2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3655>.
86. Pabón Córdoba, M, Palacio Díaz, K Percepción de la calidad de los servicios de salud desde la satisfacción de los usuarios en el Hospital Local de Sitionuevo Magdalena, periodo 2017-2019. [Internet]. Universidad de la Costa; 2020 [Consultado 2023 Ene 02]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11323/6423>.
87. Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo Wayuu en la frontera colombo-venezolana. *Rev. Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [Consultado el 2023 Ene 10];30(3):272–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n3/272-278/es>.
88. Paredes C. Calidad de atención y satisfacción del usuario externo del centro de salud de zona rural peruana. *Rev. RECIEN*. 2020; Vol. 9 / Nº 1.
89. Cardona Reina M, Gallego Moreno MI, Guerrero Castro E, Henao Céspedes TM, Ramírez Giraldo CA. Percepción de la calidad en la atención de los servicios de salud a los pacientes crónicos del Hospital Sagrado Corazón de Norcasia-Caldas. Universidad Católica de Manizales; 2021.
90. Vélez Ramírez S; González Valencia Y. Calidad de la atención de los servicios de salud Colombia en los últimos diez años [Internet] Medellín: Universidad de Antioquia; 2021 [Consultado 2023 Ene 07] Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21060/6/VelezSusan_GonzalezYolima_2021_CalidadAtenci%C3%B3nServiciosSalud.pdf.
91. Ficha País: Colombia [Internet] Madrid, ES: Oficina De Información Diplomática: Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación; 2021 [Consultado 2023 Ene 02] Disponible: http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/colombia_ficha%20pais.pdf.
92. Sobre Colombia [Internet]. UNDP. [citado el 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/colombia/sobre-colombia>.
93. ONIC. Embera Eyábida - Embera Katío [Internet]. Organización nacional indígena de Colombia - ONIC. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: <https://onic.org.co/pueblos/1096-Embera-katio>
94. Colombia. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Antioquia: Guía Turística [Internet]. Colombia.com. 2014 [citado el 9 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cdn.colombia.com/docs/turismo/sitios-turisticos/medellin/antioquia.pdf>
95. Datos de Antioquia [Internet]. Gobernación de Antioquia. [Consultado 2023 Ene 03]. Disponible en: <https://antioquia.gov.co/antioquia/datos-de-antioquia>.
96. Medellín [Internet]. Medellín Cómo Vamos. [Consultado 2023 Ene 03]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/medellin>
97. Peña H, González N, Estrada D, Domico C, Carupía M, Puchicama J Etal. Plan De Vida Del Pueblo Embera Del Municipio De Medellín. [Internet] Medellín; 2023 [Consultado 2023 Nov 11] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/10/Plan-de-vida-Embera-Distrito-Medellin-FINAL..pdf>

98. Colombia. Alcaldía de Medellín. Cabildo Chibcariwak. Plan de Vida; Convenio de asociación No°4600034075. Medellín; marzo de 2012. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/01/4.17-Plan-de-Vida-CHIBCARIWAK-2012-2023-Medellin-1.pdf>.
99. Agencia de la ONU para los Refugiados. Comunidades Indígenas [Internet] [Consultado 2023 Ene 03] Disponible en: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Pueblos_indigenas/2011/Comunidad es indigenas en Colombia - ACNUR 2011.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Pueblos_indigenas/2011/Comunidad_es_indigenas_en_Colombia_-_ACNUR_2011.pdf).
100. Embera Eyábida - Embera Katio [Internet]. Organización Nacional Indígena de Colombia. [Consultado 2023 Ene 13]. Disponible en: <https://www.onic.org.co/pueblos/1096-Embera-katio>.
101. Organización Panamericana De La Salud. Salud para todos en el año 2000 [Consultado 2023 Ene 03] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/infovolcanes/pdf/spa/doc1054/doc1054-0a.pdf>.
102. Amnistía internacional. Declaración universal de los derechos humanos [Consultado 2023 Ene 03] Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/universal-declaration-of-human-rights/#:~:text=La%20DUDH%20fue%20adoptada%20por,durante%20la%20Segunda%20Guerra%20Mundial>.
103. Diccionario de Acción Humanitaria [Internet]. Ehu.eus. [Consultado 2023 Ene 04]. Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/16>.
104. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. paho.org. [citado 2023 Ene 03]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>.
105. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre pueblos Indígenas y Tribales [Internet]. ilo.org [citado 2024 Feb 05]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169.
106. Oficina del Alto comisionado. Oficina En Colombia Del Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Derechos Humanos. [Internet]. Derechos de los Pueblos Indígenas. Bogotá; 1994. Disponible en: https://www.hchr.org.co/wp/wp-content/uploads/2022/02/Derechos_Indigenas.pdf
107. Ecuador. Consejo Presidencial Andino; Comunidad Andina. Carta Andina Para La Promoción Y Protección De Los Derechos Humanos. Guayaquil: Entidad Que La Publicó; 26 De Julio Del 2002.
108. Suiza. Oficina del Alto Comisionado: Derechos humanos. Naciones Unidas. Folleto Informativo No 9, Rev. 2. Los Pueblos Indígenas Y El Sistema De Derechos Humanos De Las Naciones Unidas. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 13 de septiembre de 2007.
109. Colombia. Departamento o Jurisdicción. Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia: Título 1, Artículo 7. Bogotá: Imprenta Nacional; 4 de Julio del 1993.
110. Colombia. Departamento o Jurisdicción. Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de

Colombia: Título 2, Cap. 2; Artículo 70. Bogotá: Imprenta Nacional; 4 de Julio del 1993.

111. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Republica de Colombia- Gobierno Nacional.1993.
112. Colombia. Corte Constitucional. Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: secretaria del Senado; 21 de diciembre de 2001.
113. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública; 18 de septiembre de 2001.
114. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 330 de 2001 Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas. Bogotá: Diario oficial No.44.433 (Mar 02 de 2001)
115. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto Num. 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Republica de Colombia; 03 de abril de 2006.
116. Así vamos en salud o [Internet] Bogotá: Así vamos en salud; 2020 [Consultado 2023 Ene 29] Disponible en: URL <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/sentencias/sentencia-t-760-de-2008#:~:text=La%20Sentencia%20T%2D760%20de,y%20efectivo%20de%20este%20derecho.>
117. Colombia. Secretaria General del Senado. Decreto 1953 de 2014 Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política. Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública; 07 de octubre de 2014.
118. ISO 9001 en las organizaciones del Sector Salud, garantía de calidad [Internet]. ISOTools. ISOTools Colombia; [citado el 30 de enero de 2023]. Disponible en: [https://co.isotools.us/iso-9001-en-las-organizaciones-del-sector-salud-garantia-de-calidad.](https://co.isotools.us/iso-9001-en-las-organizaciones-del-sector-salud-garantia-de-calidad)
119. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud consolida garantía del derecho a la salud de las comunidades indígenas [Internet]. Ministerio de Salud. 2022 [citado el 12 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-consolida-garant%C3%ADa-del-derecho-a-la-salud-de-las-comunidades-ind%C3%ADgenas-.aspx.](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-consolida-garant%C3%ADa-del-derecho-a-la-salud-de-las-comunidades-ind%C3%ADgenas-.aspx)

120. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto Num. 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Min Salud; 06 de mayo de 2016.
121. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016 [Internet]. 17 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf.
122. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0489 de 2019 [Internet] 22 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-489-de-2019.pdf>
123. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019 [Internet]. 27 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
124. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1381 de 2010. [Internet] 25 de Enero de 2010. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38741#:~:text=La%20presente%20ley%20es%20de,lenguas%20que%20se%20llamar%C3%A1n%20de.>
125. Colombia. Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 019 de 2012 [Internet]. Funcionpublica.gov.co. 2012 [citado 2024 Febrero05]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322>.
126. La investigación cualitativa [Internet]. Wordpress. [citado el 2 de invierno de 2023]. Disponible en: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
127. Carrión PL. Enfoque histórico, hermenéutico y crítico, Como modelo de investigación en la filosofía política [Internet]. Antroposmoderno. 2020 [citado el 21 de febrero de 2023] Disponible en: https://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=1277
128. Marín Gallego, J El conocimiento pedagógico fundamentado en una epistemología de los sistemas complejos y una metodología hermenéutica. [Internet]. Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia; [citado el 20 de febrero de 2023] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3998034>.
129. Célis Suárez MR. Metodología histórico-hermenéutica para superar las deficiencias en la interpretación de los hechos históricos de los Estudiantes Del Tercer Ciclo De La Especialidad De Historia Y Geografía: Del Instituto Pedagógico “Hermano Victorino Elorz Goicoechea” De Cajamarca. THE [Internet]. 25 de noviembre de 2021 [citado 20 de febrero de 2023];4(6):318-585. Disponible en: <http://the.redcicue.com/index.php/the/article/view/60>
130. Strauss A, Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos paradesarrollar la teoría fundamentada. 1ra edición. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002
131. De la Torre G, Di Carlo E, Florido SA, Opazo CH, Vega RC; Rodríguez HP, Morango SA, et.al. Teoría Fundamentada o Grounded Theory. [Consultado el 29 de

- junio de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/1332754/Teor%C3%ADa_Fundamentada_o_Grounded_Theory
132. Vargas I. La entrevista en La Investigación Cualitativa: Nuevas Tendencias Y Retos. *Revista Electrónica Calidad En La Educación Superior* [Internet] 2012; 3(1): 119–139. [Consultado 2023 Feb de 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.436>.
 133. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación edu. médica*. [Internet] 2013;2(7): 162-167 [Consultado 2023 Feb de 27]. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext
 134. Luna G, Nava A, Martínez Di. El diario de campo como herramienta formativa durante el proceso de aprendizaje en el diseño de información. *Zincografía* [Internet] 2022; 6(11): 245-264 [Consultado 2023 Feb de 27] disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-84372022000100245&script=sci_arttext.
 135. Strauss A, Corbin J. Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003
 136. Universidad de Antioquia - Consejo Superior Universitario. Acuerdo Superior 204 de 2001 Por el cual se sustituye el Acuerdo superior 153 de 1990 y Reglamenta la actividad de investigación en la Universidad de Antioquia [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
 137. Universidad de Antioquia Vicerrectoría de Investigación. Código de ética en investigación de la Universidad de Antioquia [internet] [Consultado 2023 Mar 05] Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e79da6b4-1402-496b-88bc-0dc0321ba827/codigo-etica-udea.pdf?MOD=AJPERES>
 138. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 De 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993
 139. Organización Mundial de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra: OMS; 2016.
 140. Universidad Tecnológica Intercontinental. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica [Internet] [Consultado 2023 Mar 05] Disponible en: <https://www.utic.edu.py/investigacion/index.php/reglamentos/codigo-de-etica-de-investigacion-cientifica-y-tecnologica>.
 141. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia: UNESCO; 2006.
 142. Suárez Obando Fernando. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: Más allá de los códigos y las declaraciones: La

- propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *pers.bioét.*2015; 19(2): 182-197. DOI:<https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>
143. La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. Declaración De Singapur Sobre La Integridad En La Investigación [Internet] [Consultado 2023 Mar 05] Disponible en: <https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION%20C3%93N-SINGAPUR.pdf>.
 144. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1712 DE 2014 Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 49084(marzo 6 de 2014).
 145. Ley 1581 de 2012 [Internet]. Sistema Único de Información Normativa. [citado el 2023 Abril 05]. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1684507>.
 146. Montañó L. Incorporación de la salud indígena en Colombia (2007-2016): una mirada desde los determinantes sociales de la salud. Universidad de los Andes [Internet] 2018:1-5. [Consultado 2023 Dic de 28]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa0b635a-1f5f-44d1-9a25-e617d7e9e4c0/content>.
 147. Mayorga J. Acceso a los servicios de salud en la población indígena de Vaupés a la luz de la ley estatutaria de salud [Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Salud Pública] Bogotá: Universidad de los Andes; 2022.
 148. Rojas J, Herrero Hahn R. Changing Home: Experiences of the Indigenous when Receiving Care in Hospital. *Invest. Educ. Enferm.* [Internet]. 2020;38(3). [Consultado 2023 dic. 28] Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/344389>.
 149. Mantilla P, Oviedo M, Hernández A, Flórez N. educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de chocó. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2013;18(2):96-109 [Consultado 2023 dic. 28] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131077008>.
 150. Sanchez J. La salud en las comunidades indigenas de la guajira: evaluación de políticas de atención e infraestructura en salud [Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nome do Curso)] Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino-Americana ; 2022. <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/6093/La%20Salud%20en%20las%20Comunidades%20Indigenas%20de%20la%20Guajira%2C%20Evaluacion%20de%20las%20Politicass%20de%20Atencion%20e%20Infraestructura%20en%20la%20Salud.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 151. Vargas S, Parra I, Urrego Z, Mendoza C. Desafíos para la garantía de derechos del pueblo Yanacóna en Bogotá. Serie Política Pública y seis pueblos indígenas en Bogotá Universidad de los Andes [Internet] 2020. [Consultado 2023 dic. 28] Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/1909f489-c4c1-41f4-b7ec-3f97ba6b9426/content>.

13. Anexos

Anexo 1. Carta de autorización

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1 8 0 3</p>	Fecha:	14 de febrero 2023
	Lugar:	Barrio Villatina
	Participantes:	Comunidad indígena Embera Eyábida
	Responsables de la investigación:	Julián Barrera Villa Daniela Valencia Betancur

Medellín, 14 de febrero de 2023

Señores: Cabildo Indígena Chibcariwak

Asunto: Autorización trabajo de grado

Cordial saludo,

Con la presente, solicitamos amablemente la autorización para llevar a cabo el trabajo de grado "Percepción de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyabída, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023" en el cual se pretende estudiar ¿Cuál es la percepción de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyabída, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023?.

La investigación será realizada por Julián Barrera Villa identificado con CC 1039468547 de Sabaneta y Daniela Valencia Betancur identificada con CC

1020462036 de Bello, estudiantes de los últimos semestres del pregrado Administración en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia, será elaborado como trabajo de grado con fecha de realización para el presente año, se tendrá un acompañamiento por parte de un asesor de la universidad de Antioquia y será revisado y evaluado por el comité de carrera de la facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

La realización de este trabajo de investigación no tendrá ningún costo para el Cabildo, ni para las personas de la comunidad que participen en el estudio, este estudio tendrá un riesgo mínimo, lo que significa que no habrá ninguna intervención y modificación a las variables ideológicas y plan de vida de la comunidad indígena. La investigación traerá consigo un beneficio indirecto en el cual se dará a conocer cómo desde sus percepciones hay falencias en cuanto a la calidad de la atención en salud y así poder contribuir a generar estrategias institucionales efectivas y así impactar positivamente.

La información y los datos suministrados por ustedes y la comunidad serán tratados con previa autorización, para los participantes de la investigación se les presentará un consentimiento informado en el cual se exprese el propósito de la investigación para así de manera formal contar con la autorización de ellos, la investigación se encuentra en su fase inicial, es posible que se presenten cambios, los cuales serán informados al Cabildo y la comunidad, se antemano agradecemos la atención prestada y el apoyo brindado.

Atentamente,



Julián Barrera Villa

Estudiante de administración en salud

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia



Daniela Valencia Betancur

Estudiante de administración en salud

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Anexo 2. Carta de Presentación



Medellín, 24 de marzo de 2023

Señor
Néstor Lagos Hernández
Gobernador
Cabildo Indígena Chibcariwak

Respetado Gobernador

Reciba un cordial saludo académico.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted amablemente para solicitarle el permiso y la autorización de desarrollar el trabajo de grado, el cual lleva por título: **“Percepción de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Emberá Eyabida-Katio, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023.”** El trabajo de grado será llevado a cabo por los estudiantes Daniela Valencia Betancur CC 1020462036 de Bello y Julián Barrera Villa 1039468547 de Sabaneta, pertenecientes a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, que actualmente cursan el último semestre correspondiente al programa de Administración en Salud y que se encuentran desarrollando el trabajo de grado. El cual se realizaría con fines académicos para optar el grado de Administrador(a) en Salud, y que además le servirá como herramienta útil para la mejora continua de los servicios de salud prestados a la comunidad.

Este estudio es de tipo académico y estará constantemente orientado por asesores de la Universidad y abierto a su total conocimiento. Además, se garantiza la total confidencialidad de la información del personal, haciendo uso únicamente de aquellos recursos necesarios para dar cumplimiento al estudio. La invitamos a que hagan parte de este trabajo de grado, a través de un estudio de naturaleza cualitativa.

Agradecemos su atención y quedamos pendientes de su respuesta. Por favor ponerse en contacto con los siguientes correos: daniela.valenciab@udea.edu.co y julian.barrera1@udea.edu.co

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elkin Fernando Ramírez Rave'.

Elkin Fernando Ramírez Rave
Coordinador Programa

Anexo 3. Respuesta Cabildo



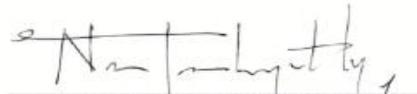
Medellín, 12 de abril de 2023

Señor
ELKIN FERNANDO RAMÍREZ RAVE
Coordinador Programa
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito manifestar que los estudiantes Daniela Valencia Betancur y Julián Barrera Villa cuentan con el beneplácito de la comunidad del Cabildo Indígena Chibcariwak para el desarrollo del trabajo de grado “Percepción de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Emberá Eyabida-Katio, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023.”.

Cordialmente,



NESTOR LAGOS HERNANDEZ
Gobernador
Cabildo Indígena Chibcariwak

Anexo 4. Consentimiento Informado

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1 8 0 3</p>	Fecha:	Agosto a septiembre 2023
	Lugar:	Barrio Villatina
	Participantes:	Comunidad indígena Embera Eyábida
	Responsables de la investigación:	Julián Barrera Villa Daniela Valencia Betancur

Identificación del participante:

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Código: _____

La presente investigación es conducida por una estudiante del pregrado de Administración en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El objetivo es comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud de la comunidad indígena Embera Eyabída, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak del barrio Villatina de la ciudad de Medellín. Los participantes son elegidos teniendo en cuenta los criterios establecidos para el objetivo de la investigación y la información entregada por el Cabildo Indígena. Si usted accede a participar en este estudio, usted deberá expresar y calificar la atención recibida en los servicios de salud en un tiempo aproximado de 45 minutos. La información proporcionada en la entrevista solo estará a disposición de la investigación.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y no influye con su futuro acceso

a los servicios de salud. El estudio no brinda ninguna compensación económica por participar.

La investigación tiene una categoría de riesgo mínimo. Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

La devolución de las respuestas se realizará confirmándole a través de un resumen de lo que allí se encuentra, con el fin de que confirme si está de acuerdo en que algunas cosas que dijo en un primer momento permanezcan o sean removidas de los resultados.

De antemano se agradece su participación.

Aceptación de la participación

He leído o me han leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre y que puedo retirarme de manera voluntaria en el momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Anexo 5. Diseño Formato de Entrevista

 <p>UNIVERSIDAD E ANTIOQUIA 1803</p>		
	Fecha:	Agosto a septiembre 2023
	Lugar:	Barrio Villatina
	Participantes:	Comunidad indígena Embera Eyabída
Responsables de la investigación:	Julián Barrera Villa	
	Daniela Valencia Betancur	

Guía Metodológica Entrevista Semiestructurada

Entrevista N° ()

Fecha: _____ Nombre del Entrevistado: _____
 Hora Inicio: _____ Hora Finalización: _____
 Comunidad: _____ Lugar: _____

Proyecto Investigativo: Percepción de la calidad de los servicios de salud, de la comunidad indígena Embera Eyabída, adscrita al Cabildo Indígena Chibcariwak, del barrio Villatina de la ciudad de Medellín, para el año 2023.

Objetivos Específicos:

- Entender desde la cosmovisión indígena el significado de calidad y de servicios de salud
- Describir las experiencias que los indígenas han tenido en los servicios de salud.

- Interpretar las percepciones obtenidas desde la comunidad, sobre la calidad de los servicios de salud a la luz de los lineamientos y políticas existentes en calidad.

Preguntas guías

Categoría características sociodemográficas:

1. Edad:
2. Género:
3. Educación:
4. Ocupación:
5. Lugar de origen:
6. Tiempo de permanencia en el municipio:
7. Nos podría contar un poco de como llego a su lugar de residencia
8. Que lo trajo a la ciudad
9. ¿Usted y su familia han sido víctimas de desplazamiento?
10. ¿Presenta alguna discapacidad?
11. ¿Cuántos hijos tiene?
12. ¿Cuál es su EPS?
13. ¿Qué IPS los atiende?

Categoría Identidad Étnica:

1. ¿Cuáles son las características propias de los indígenas Embera Eyabída?
2. ¿El Cabildo siempre ha sido un apoyo para su comunidad?
3. ¿Han contado con apoyo de personas externas al Cabildo?

Categoría sobre significados:

1. ¿Qué entiende por Salud?
2. ¿Para usted que significan servicios de salud?
3. ¿Han accedido a los servicios de salud? ¿Si la respuesta es sí como acceden? ¿En qué momento acceden?
4. Cuando le menciono la palabra calidad ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente?
5. ¿Qué significa para usted la calidad?
6. ¿Cree usted que existe alguna diferencia entre como perciben la calidad desde la comunidad indígena Embera Eyábida y la propuesta del concepto de calidad que percibimos las personas no indígenas?
7. ¿Cuáles serían esas diferencias?
8. ¿Para usted con que elementos se relaciona la calidad?
9. ¿Qué tipo de relación puede existir entre la calidad con los servicios de salud según sus significados?

Categoría experiencias:

1. ¿Cuáles han sido las experiencias en algún servicio de salud que haya asistido?
2. ¿Cómo consideraría estas experiencias, positivas o negativas?
3. ¿Por qué fueron experiencias positivas/negativas?
4. ¿Considera que sus ideologías van acordes con la atención que ha recibido en los servicios de salud?
5. ¿Las experiencias que ha tenido en algún servicio de salud, ha ocasionado que no asista de manera frecuente a alguna institución de salud?
6. ¿Qué aspectos mejoraría en los servicios de salud para la atención a las comunidades indígenas?

7. ¿Qué aspectos fortalecería en los servicios de salud para la atención a las comunidades indígenas?
8. ¿Sus derechos como indígenas están siendo respetados en los servicios de salud?