



**Acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a acopios
lecheros de la Vereda Cuetial del municipio de Cumbal, Nariño 2023 - 2024**

Héctor Andrey Alpala Alpala

Trabajo de grado presentado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis
en Gestión de Servicios de Salud

Asesora:

Jennifer Marcela López Ríos
Magíster (MSc) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud pública
Administración en salud: Gestión de servicios de salud
Medellín, Colombia

2024

Cita	Alpala Alpala HA (1)
Referencia	(1) Alpala Alpala HA. Acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a acopios lecheros de la Vereda Cuetial del municipio de Cumbal, Nariño 2023 – 2024. [Trabajo de grado profesional]. Pregrado de Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJE (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 Mery Mejía Ortega

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

Dedico este trabajo de grado, en primer lugar, a Dios por proporcionarnos la fortaleza y la guía necesarias para superar los desafíos y alcanzar este hito en nuestras vidas académicas.

Extiendo mi más profundo agradecimiento a mi padre y mi familia, cuyo apoyo incondicional, amor constante y comprensión han sido fundamentales a lo largo de este viaje. Sus invaluable aportes han sido una fuente continua de inspiración y motivación.

A mi Alma Mater, la Universidad de Antioquia, y a su distinguida Facultad Nacional de Salud Pública, por establecer los cimientos académicos y mantener un firme compromiso con la excelencia que ha guiado nuestro proceso de formación.

Manifiesto mi más sincera gratitud a cada uno de los docentes que, con su dedicación y profundo conocimiento, han contribuido significativamente a mi educación. Su influencia ha dejado una huella imborrable en mi perspectiva y en el desarrollo de mis competencias académicas.

Agradecimientos

Primero que todo agradezco a Dios por darme la sabiduría y permitirme llegar este punto de mi vida

Dedico este trabajo con profundo amor y gratitud a mi padre, quien ya no está físicamente con nosotros, pero cuya presencia sigue viva en mi corazón y en mis recuerdos. Papá, tus palabras de sabiduría y tus enseñanzas han sido mi guía en cada paso de este camino. Siempre admiré tu fortaleza, tu dedicación y tu inquebrantable ética de trabajo. Aunque no puedas ver este logro, sé que de alguna manera estás aquí, celebrando conmigo. Tu memoria es una fuente constante de inspiración y fortaleza, y todo lo que soy es en gran parte gracias a ti.

A mi madre, mi compañera incondicional, que ha estado a mi lado en cada momento de esta travesía. Madre, tu amor inagotable, tu paciencia y tu apoyo han sido fundamentales para que pudiera llegar hasta aquí. Siempre has sido mi refugio, mi confidente y mi mayor animadora. Gracias por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba, y por brindarme la fuerza para seguir adelante. Sin ti, este proyecto no habría sido posible.

A mi asesora, Jennifer Marcela López, por su inigualable dedicación, paciencia y guía a lo largo de este proyecto, su compromiso con mi aprendizaje y su pasión por la enseñanza han sido una luz en el camino. Gracias por cada consejo, por cada palabra de aliento y por cada corrección minuciosa. Su apoyo ha sido invaluable y siempre estaré agradecido por su generosidad y profesionalismo.

A cada uno de ustedes, gracias por formar parte de este viaje y por su contribución al logro de este proyecto. Este trabajo es un reflejo de su amor, su apoyo y su sabiduría.

Contenido

Resumen	10
Abstract	12
Introducción	14
1. Planteamiento del problema	16
2. Justificación	25
3. Objetivos	26
3.1. Objetivo general	26
3.2. Objetivos específicos	27
4. Marcos	28
4.1. Marco conceptual	28
4.1.1. Acceso a los servicios de salud	28
4.1.2. Sistema de seguridad social en Colombia	30
4.1.3. Atención en salud a pueblos indígenas	31
4.2. Marco legal	33
4.2.1. Normatividad internacional	33
4.2.2. Normativa nacional	35
4.3. Marco contextual	36
5. Metodología	39
5.1. Tipo de estudio	39
5.2. Diseño de la investigación	39
5.3. Población	39
5.4. Selección de participantes	40
5.4.1. Criterios de Inclusión	40
5.4.2. Criterios de exclusión	40

5.5. Procedimiento para trabajo de campo y análisis de la información	40
5.6. Recolección de la información	41
5.7. Análisis de datos	42
6. Consideraciones Éticas	44
7. Resultados	47
7.1. Caracterización de la población participante	47
7.2. Facilitadores para el acceso a los servicios de salud	57
7.2.1. Concepciones o nociones alrededor de la salud y el acceso a los servicios	57
7.2.2. Prácticas culturales alrededor de la salud	63
7.2.3. Experiencias positivas en el acceso a los servicios de salud	66
7.2.4. Facilitadores del acceso a los servicios de salud	68
7.3. Barreras en el acceso a los servicios de salud	71
7.3.1. Dificultades con el transporte	71
7.3.2. Trámites administrativos	73
7.3.3. Falta de calidad en la atención	75
7.3.4. Experiencias negativas en el acceso a los servicios de salud	75
7.4. Recomendaciones frente al acceso a los servicios de salud	76
7.4.1. Eficiencia y efectividad en los trámites administrativos	76
7.4.2. Calidad en la atención y humanización en los servicios	78
8. Discusión	81
9. Conclusiones	87
10. Recomendaciones	90
Referencias	93
Anexos	104

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución porcentual de los participantes por sexo	47
<i>Figura 2.</i> Distribución porcentual de los participantes según la edad	48
<i>Figura 3.</i> Distribución porcentual de los participantes según su nivel educativo	49
<i>Figura 4.</i> Cruce sexo – nivel educativo	50
<i>Figura 5.</i> Distribución numérica rol en la comunidad	51
<i>Figura 6.</i> Cruce sexo – rol en la comunidad	52
<i>Figura 7.</i> Distribución porcentual años viviendo en la comunidad	53
<i>Figura 8.</i> Cruce años viviendo en la comunidad – rol en la comunidad	53
<i>Figura 9.</i> Distribución porcentual régimen de salud	54
<i>Figura 10.</i> Distribución porcentual con quien vive	55
<i>Figura 11.</i> Distribución porcentual de donde provienen los ingresos	56

Lista de anexos

Anexo 1. Aval cabildo indígena periodo 2023-2024	104
Anexo 2. Consentimiento informado	106
Anexo 3. Entrevista semiestructurada	111

Siglas, acrónimos y abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Resumen

El proyecto se enfoca en analizar el acceso a los servicios de salud de la población indígena de esta región y las recomendaciones para su mejora. Para ello, se centró en dar respuesta al interrogante ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a los acopios lecheros de la Vereda Cuetial, municipio de Cumbal- Nariño para los años 2023-2024?

Para abordar esta cuestión, se adoptó un enfoque cualitativo dado que permitió explorar a fondo las barreras y las experiencias personales de los participantes en su contexto natural. Se realizaron 15 entrevistas semi-estructuradas a personas seleccionadas de la comunidad indígena asociada a los acopios lecheros, con el objetivo de analizar las dificultades que enfrentan al acceder a los servicios de salud y las sugerencias para mejorar la situación.

Se seleccionaron personas mayores de 18 años, afiliadas al sistema de salud, pertenecientes a la comunidad indígena, que hubiesen utilizado los servicios de salud y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio. Se excluyeron aquellos con alteraciones mentales graves que les impidiera su participación en las entrevistas.

Para el análisis de los datos, se emplearon algunas técnicas y/o herramientas de la teoría fundamentada las cuales permitieron desarrollar una comprensión detallada y estructurada de la información recopilada. Los datos fueron transcritos y codificados utilizando herramientas como Word y Excel.

La importancia de esta investigación radica en su capacidad para revelar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y ofrecer recomendaciones prácticas para abordar estas disparidades. La información obtenida permitirá diseñar políticas y programas de salud más inclusivos y culturalmente adaptados a las necesidades de la comunidad indígena.

Las conclusiones indican que el acceso a los servicios de salud en la Vereda Cuetial está restringido por problemas como la lejanía geográfica, la falta de transporte y los trámites administrativos complejos. La comunidad valora la medicina tradicional y moderna, y se sugiere integrar ambos sistemas para mejorar la atención. Se recomienda extender los horarios de atención, simplificar los trámites administrativos, mejorar la calidad de la atención médica y aumentar la disponibilidad de recursos médicos. Estas medidas buscan garantizar un servicio de salud más accesible y equitativo para la población indígena de la región.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, equidad en atención a la salud, comunidad indígena.

Abstract

The project focuses on analyzing the access to health services of the indigenous population of this region and the recommendations for its improvement. To this end, it focused on answering the question “How is the access to health services of the rural indigenous population associated with the dairy farms of the Vereda Cuetial, municipality of Cumbal- Nariño for the years 2023-2024?”

To address this question, a qualitative approach was adopted since it allowed for an in-depth exploration of the barriers and personal experiences of the participants in their natural context. Fifteen semi-structured interviews were conducted with selected people from the indigenous community associated with the dairy farms, with the objective of analyzing the difficulties they face in accessing health services and suggestions for improving the situation.

People over 18 years of age, affiliated to the health system, belonging to the indigenous community, who had used health services and who agreed to participate voluntarily in the study were selected. Those with serious mental disorders that prevented them from participating in the interviews were excluded.

For data analysis, some grounded theory techniques and/or tools were used to develop a detailed and structured understanding of the information collected. The data were transcribed and coded using tools such as Word and Excel.

The importance of this research lies in its ability to reveal inequalities in access to health services and provide practical recommendations to address these disparities. The information obtained will allow the design of more inclusive health policies and programs that are culturally tailored to the needs of the indigenous community.

The findings indicate that access to health services in Vereda Cuetial is restricted by problems such as geographic remoteness, lack of transportation and complex

administrative procedures. The community values traditional and modern medicine, and it is suggested that both systems be integrated to improve care. It is recommended to extend opening hours, simplify administrative procedures, improve the quality of medical care, and increase the availability of medical resources. These measures seek to guarantee a more accessible and equitable health service for the region's indigenous population.

Key words: access to health services, equity in health care, indigenous community, Colombia.

Introducción

El acceso a los servicios de salud es una cuestión crítica en la salud pública global, especialmente para comunidades que enfrentan múltiples barreras para obtener atención médica adecuada. Esta investigación se enfoca en el acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a los acopios lecheros en la vereda Cuetial, ubicada en el municipio de Cumbal, Nariño, durante el período 2023-2024. El objetivo principal de este estudio es analizar las dificultades y desafíos que enfrenta esta población para acceder a los servicios de salud y proponer recomendaciones basadas en las perspectivas de los propios participantes para mejorar la situación.

La importancia de este estudio radica en la necesidad de abordar las desigualdades en salud que afectan a las comunidades indígenas. Estas poblaciones suelen enfrentar barreras significativas en comparación con las comunidades no indígenas, incluyendo dificultades en el acceso a servicios de salud que pueden verse agravadas por factores como la distancia, la falta de infraestructura adecuada y la carencia de servicios culturalmente apropiados. Comprender estas disparidades es crucial para promover la equidad en salud y garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Además, la investigación considera las perspectivas culturales de las comunidades indígenas, ya que estas tienen creencias, tradiciones y prácticas específicas que influyen en su relación con la salud y la enfermedad. Incorporar estas perspectivas en el diseño y la implementación de servicios de salud permite desarrollar programas que sean culturalmente sensibles y respeten las necesidades y preferencias de estas comunidades.

Esta investigación no solo busca identificar las dificultades actuales, sino también proporcionar recomendaciones prácticas para mejorar el acceso a los servicios de salud para la población indígena rural de la vereda Cuetial. A través de un análisis exhaustivo de las experiencias y percepciones de los participantes, se pretende contribuir a la

formulación de políticas y programas que promuevan una atención en salud más equitativa y culturalmente adecuada.

Complementariamente, el estudio tiene implicaciones importantes para la salud pública, ya que la mejora del acceso a servicios de salud en comunidades indígenas puede tener efectos positivos en el bienestar general y la cohesión social. Al proporcionar datos empíricos y recomendaciones basadas en evidencia, esta investigación puede guiar a los responsables de la formulación de políticas en la creación de intervenciones más efectivas y justas, promoviendo un sistema de salud inclusivo que atienda las necesidades de todas las poblaciones, especialmente las más vulnerables.

1. Planteamiento del problema

El acceso a los servicios de salud ha sido un desafío destacado en los sistemas de salud en las últimas décadas, debido a las disparidades que persisten entre diferentes grupos socioeconómicos, étnicos y geográficos. El uso del término "acceso" es frecuente en debates, y muchos expertos coinciden en que su significado carece de una definición clara, por lo que existe una tendencia a emplear de manera indiscriminada el término acceso con otros como disponibilidad o accesibilidad (1).

La Organización Panamericana de la Salud- OPS lo define como "la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan" (2). De igual manera, en la literatura se pueden hallar distintas interpretaciones sobre el acceso a los servicios médicos, entre las que sobresalen las definiciones propuestas por autores como Andersen y Aday quienes consideran tres dimensiones para entender las relaciones entre los usuarios de los servicios y el sistema de salud, estas son: la política, el acceso potencial y el acceso real. La dimensión política se refiere a "las tareas planificadas y ejecutadas por el Estado con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud, el cual comprende la forma como se organiza el sistema de prestación, la asignación de los recursos, la definición de criterios de elegibilidad" (3).

Por su parte, la segunda dimensión aborda la relación entre "las características del sistema de salud, en la cual tiene mucha relevancia la disponibilidad y oferta de servicios y las del individuo en las cuales influyen los recursos que dispone cada persona, seguros de salud, características sociodemográficas, estado de salud, localización y portafolio de servicios, con que cuenta el proveedor" (3). La tercera, el acceso real, se refiere al uso efectivo de los sistemas de salud y las vivencias de los usuarios frente a este (3). Estas dos dimensiones describen específicamente la entrada potencial y real de un determinado grupo de población a la atención sanitaria (4).

Por su parte, Frenk y Donabedian prefieren usar el término accesibilidad al de acceso. Donabedian define la accesibilidad a la atención en salud como el “grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud”, convirtiéndola en un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo real de dichos servicios (5). Julio Frenk define el acceso a los servicios de salud como la capacidad de las personas para obtener atención sanitaria de calidad de manera equitativa.

Su definición abarca varios aspectos esenciales como: la disponibilidad (servicios adecuados en términos de infraestructura y recursos), la accesibilidad geográfica (ubicación de los servicios para que sean alcanzables para todos, incluyendo áreas remotas), accesibilidad económica (costos de atención que no representen una carga financiera significativa), aceptabilidad (servicios adaptados culturalmente a las necesidades de la población), y calidad (atención eficaz y segura) (6).

En cuanto a la revisión de la literatura, se destaca la falta de profundización en los estudios sobre las vivencias de los pacientes en el proceso de acceso a los servicios de salud en cuanto a las barreras que se presentan en el sistema que impiden que las comunidades indígenas puedan acceder de manera efectiva a los servicios. A continuación, se presenta el panorama de la Región de América Latina, del país y algunos estudios locales.

Se han documentado diferencias socioeconómicas de los grupos étnicos respecto de la población general, al igual que menor acceso a servicios, menor ingreso, mayores niveles de morbilidad y mortalidad, los grupos étnicos mantienen de manera sistemática diferencias en el acceso a los servicios de salud, las explicaciones están relacionadas con los patrones sociales, culturales y de discriminación, en la cual se hace evidente la inequidad en el acceso al desconocer o ignorar la diferencia, las oportunidades de acceso no son las mismas que el resto de la población (7).

De acuerdo a datos de la Organización de las Naciones Unidas- ONU se calcula que cerca de 370 millones de indígenas habitan distintas regiones del mundo, distribuyéndose en al menos 70 países, que cuentan con numerosas comunidades indígenas a nivel mundial, en las cuales persisten desigualdades en el acceso a servicios de salud en comparación con las poblaciones no indígenas, las desigualdades no se limitan únicamente al estado de salud, sino que también abarcan muchos de los factores determinantes de la salud; además, señala que las condiciones de extrema pobreza son más notables dentro de las comunidades indígenas (8) (9) (10).

Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico- OCDE, las tasas de mortalidad infantil con frecuencia son más altas entre las poblaciones indígenas (11). La población indígena tiene mucha más probabilidad de sufrir pobreza multidimensional y monetaria, al igual que carencias en sus necesidades básicas en los países de la región, los temas de desigualdad son particularmente relevantes, en la que se incluyen el género, la condición racial y étnica de las minorías indígenas (12).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL en América Latina viven 58 millones de personas pertenecientes a 800 pueblos indígenas, que representan el 9,8% de la población regional (13), aproximadamente el 50% de esta vive en ciudades, y en muchos casos en condición de segregación, presentando los índices más altos de pobreza incluso más elevados que los presentados por los afrodescendientes. Respecto a las condiciones de la población indígena urbana, se encuentra que entre un 20% y un 30% son más pobre que la población urbana, sus condiciones habitacionales son muy inferiores al resto de la población urbana pobre, enfrentándose a un mayor hacinamiento, a viviendas en peor estado, mayor probabilidad de desalojos forzosos, y un menor acceso a los servicios básicos (14).

Los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas han sido sistemáticamente vulnerados, situación que los coloca en los segmentos de la población más empobrecidos, disminuyendo las posibilidades de acceso a los servicios

de salud, así como una mayor limitación para acceder al mercado de trabajo. En los países de la región más del 80% de los trabajadores indígenas trabajan en el sector informal, una proporción visiblemente superior en comparación con la población no indígena (15).

De acuerdo a un estudio realizado en tres países como España, México y Estados Unidos, se resaltan los problemas en el acceso a los servicios, los cuales están relacionados con la dificultad de comprender y elegir adecuadamente los léxicos debido a un insuficiente conocimiento del idioma, y los contextos culturales, impidiendo una adecuada atención sanitaria, lo que hace que se “favorezcan situaciones de error en el diagnóstico, mala comprensión del tratamiento, rechazo del personal de salud a dar atención al paciente y rechazo del paciente a ser atendido por dichos servicios” (16).

En otra investigación realizada en México se identificó que casi el 20% de las mujeres indígenas no iniciaron control prenatal en el primer trimestre del embarazo y el 27,2% tuvieron complicaciones durante el periodo gestacional. Las principales barreras fueron de disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas (17).

Los sistemas de salud de América latina presentan muchas deficiencias en cuanto a que es limitado el acceso a los servicios de salud en las poblaciones indígenas rurales, la oferta de atención médica en las comunidades resulta insatisfactoria y no abarca de manera adecuada las demandas de los residentes locales. En el centro de salud o en los puestos de atención médica, se evidencia una carencia de recursos tanto humanos como materiales, al igual que una discriminación percibida en los servicios de salud (18).

En Guatemala, se ha evidenciado que las comunidades indígenas padecen de barreras como: la escasez de los recursos económicos lo cual dificulta trasladarse hasta los centros asistenciales, debido a que esta población vive por debajo del índice de

pobreza. Otra barrera está relacionada con la lengua siendo una limitante para recibir los mismos tratamientos en comparación con los que si hablan español, además de las costumbres propias de los indígenas. Sumado a lo anterior, la discriminación por parte del personal asistencial, los problemas en la infraestructura y el acceso a medicamentos (17).

Aunque se han llevado a cabo numerosos estudios desde la perspectiva de los proveedores, el personal de atención médica y administrativo de las instituciones sanitarias identificando aspectos clave para mejorar la prestación de los servicios de salud, hay una carencia significativa de investigaciones que se enfoquen en indagar o comprender la experiencia del paciente (19).

En las políticas nacionales e internacionales se insta a las diferentes entidades a garantizar el mejoramiento de las condiciones de la población a fin de contribuir con el mejoramiento de sus vidas. Ejemplo de ello, son los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el ODS 3 se enfoca en garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos, incluido el acceso a servicios de salud (20).

Por su parte, la OMS indica que la atención en salud tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos. En ese sentido, define la accesibilidad como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad (21).

En la normatividad colombiana existen leyes, decretos y resoluciones que buscan garantizar el derecho de los pueblos indígenas a acceder efectiva y eficientemente a los servicios de salud, respetando su cosmovisión, su medicina tradicional y sus prácticas ancestrales. Ejemplo de ello, es la Constitución Política de Colombia de 1991, en la cual se reconocen los derechos de los pueblos indígenas y establece la obligación del Estado de respetar y proteger sus prácticas culturales, incluida la medicina tradicional, así como de garantizar su acceso a servicios de salud adecuados (22).

Así mismo, la Constitución define en los artículos 44, 49 y 64 la salud como un derecho inherente a la persona, en todos los niveles de atención, siendo un derecho fundamental irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional (23).

La Ley 1751 de 2015 insta al Estado a garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección para 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 (24)

La Ley 21 de 1991 que es la Ley de salud para los pueblos indígenas reconoce y protege la medicina tradicional, establece la obligación de respetar sus prácticas de salud y busca garantizar la atención en salud con enfoque diferencial y culturalmente adecuado (25). Además, la Sentencia T-622 de 2016 de la Corte Constitucional establece que el sistema de salud debe garantizar a los pueblos indígenas el acceso a servicios de salud respetando sus cosmovisiones y prácticas ancestrales (26).

Sin embargo, pese a lo descrito anteriormente y el propósito de dicho marco normativo, se ha evidenciado que la calidad de los servicios de salud es deficiente en estos aspectos no solo en Colombia, también en numerosos países en desarrollo, y esta problemática tiende a empeorar en las regiones habitadas por comunidades indígenas.

Es claro que la tasa de pobreza y pobreza extrema es significativamente más elevada entre las comunidades indígenas de las Américas en comparación con la población no indígena, la atención de salud, que ya es limitada en las áreas marginadas, llega a niveles especialmente precarios en las regiones con presencia de este grupo poblacional (27) generado por las condiciones geográficas, sociales económicas e institucionales, sumado a ello, las diferentes formas de discriminación, tanto estructurales como institucionales, de género, étnicos, raciales y de origen socioeconómico (28)

De acuerdo con el censo nacional de 2018, las poblaciones étnicas equivalen al 13,6 % de la población total del país (48.258.494 personas), y están representadas por 1.905.617 que se auto reconocen como indígenas de pueblos originarios diferentes (29). En Colombia perviven al menos 115 pueblos indígenas y más de 65 lenguas nativas que hacen parte del patrimonio cultural e inmaterial del país (30)

Los conocimientos y prácticas ancestrales que históricamente se utilizaban para prevenir enfermedades han sido reemplazados por los protocolos establecidos por la medicina occidental y la industria farmacéutica (31).

Con relación al SISPI sistema indígena de salud propio intercultural, este sistema fue inicialmente diseñado para salvaguardar las tradiciones y prácticas culturales relacionadas con la resolución de problemas y necesidades de salud. No obstante, la implementación de este modelo bajo las prácticas dominantes de la medicina occidental ha llevado a una disrupción de sus métodos curativos. Esto se debe a que los protocolos establecidos para la atención en salud no contemplan los procesos tradicionales, lo que ha causado una desarmonía entre quienes llevan a cabo estas prácticas y quienes las reciben (31)

Respecto a algunas investigaciones en Colombia frente al acceso a los servicios de salud se encontró, por ejemplo, que en Mapiripán Meta las barreras de acceso a la atención en salud identificadas en un estudio se agruparon en el conjunto de población y/o comunidad (lengua, desconfianza o falta de creencias y el rol de la mujer) y las institucionales (la barrera geográfica, la falta de medios de comunicación, el personal de salud inadecuado, discriminación, aseguramiento, sistema de salud e ineficacia de los servicios de salud y de la normatividad) (32).

Así mismo, se encontró una interrelación entre las barreras de acceso y se identificaron 3 barreras emergentes: la falta de promotores de salud indígenas, el subregistro y la barrera político/administrativa (32).

Por su parte, en una investigación realizada en la población Wayuu de la Guajira se identificó que el idioma es una barrera cultural, la cual dificulta la interacción entre el paciente y médico o el personal administrativo, lo que impide brindar un diagnóstico acertado y en muchas ocasiones se tiene que recurrir a un acompañante interlocutor. La poca comprensión de la cosmovisión de los indígenas es otra de las barreras en tanto no se tiene en cuenta la relación directa con el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, las deidades y la manifestación corporal de dolor (33).

También, el 60% de la población es analfabeta, lo que influye en las dificultades para acceder a los servicios de salud, para la población en la Guajira la pobreza multidimensional es de 70,8% mientras que para la población Wayuu es de 91,7% (34).

Para el año 2022, el 94,7% de las personas a nivel nacional manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De estas personas, el 44,9% pertenecía al régimen contributivo y el 54,8% al régimen subsidiado. Los resultados por área revelan afiliación del 94,4% en la zona urbana y del 95,7% en centros poblados y rural disperso (35).

Estos indicadores muestran que un mayor número de personas accede a la atención de la salud a través del régimen subsidiado y por lo tanto tienen limitaciones financieras o están sin trabajo (35). En cuanto a la población indígena existen inequidades derivadas de la pertenencia étnica, en Bogotá, indicios de violación de derechos, discriminación negativa y falta de adecuación y reconocimiento de las diferencias étnicas.

Los problemas de salud actuales de los pueblos indígenas de las zonas rurales están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas etnias, el deterioro del medio-ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el Estado, y el olvido por parte de los organismos de salud al no tener en cuenta las representaciones culturales del proceso de enfermar de estas comunidades (26).

En cuanto a las barreras en el acceso se encontró en la población colombiana las primeras limitaciones que reportaron los usuarios fueron las autorizaciones, múltiples desplazamientos para obtener citas de consulta médica general o especializada, epicrisis exigida para la autorización; tiempos largos de espera, congestión en los SS y remisiones a IPS sin convenio con la EPS (36).

A nivel local, de acuerdo con la estrategia de búsqueda no se encontraron trabajos en los cuales se detalle la percepción a los servicios de salud de las comunidades indígenas rurales, específicamente que se hayan realizado en el resguardo de Cumbal, territorio de interés para esta investigación. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE el departamento de Nariño es uno de los departamentos con la población indígena más envejecida este fenómeno hace que aumente la demanda de los servicios de salud (37), además de un porcentaje de afiliación a seguridad social del 87%. Al igual que presenta un índice de mortalidad materna en población indígena de 5,7%, y un 5,99% de casos de muertes neonatales, que se asocian a las deficiencias en la prestación del servicio de salud (38).

La pobreza en áreas rurales se relaciona a factores como, el hacinamiento, la deserción escolar, la falta de políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de salud, y a reducir las brechas de acceso a una educación de calidad, por ello en las zonas rurales, el 76,2% de los niños están clasificados como pobres o extremadamente pobres, mientras que en la zona urbana este porcentaje es del 32,1% (39).

Es así que en las áreas rurales se crean las condiciones en el cual surgen problemas económicos y sociales estructurales debido al limitado acceso a los servicios de salud, tiene menos oportunidades tanto a nivel económico como social, y menos acceso al disfrute de acceso a los servicios de salud (39).

En Cumbal, el acceso a servicios de salud está dominado por la medicina occidental, lo que a menudo deja de lado las prácticas de la medicina tradicional indígena. Este sistema occidental se basa en diagnósticos científicos y tratamientos

farmacológicos, mientras que la medicina indígena utiliza plantas medicinales y rituales según sus creencias culturales. Esta falta de integración puede marginar la medicina tradicional y generar desconfianza en el sistema de salud moderno (40).

El municipio de Cumbal presenta un índice de necesidades básica insatisfechas del 42% en la zona rural, según proyecciones del DNP-DDTS el índice de pobreza multidimensional para el año 2015 es de 31,2% (41). Según el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el municipio en el año 2021, del total de las muertes la mortalidad por causa de enfermedades respiratorias agudas fue del 21,7% (42).

De acuerdo al rastreo inicial que se realizó en diferentes bases de datos académicas, como los son: Google académico, Ebsco, Pubmed, Science direct y Scielo, se evidencia que en el resguardo de Cumbal son escasos los estudios en cuanto al acceso a servicios de salud de la población indígena que reside en este lugar y no hay información específica que permita describir la principales los facilitadores y las barreras que perciben los habitantes del resguardo frente a dicho acceso, en este sentido este trabajo de grado se planteó como pregunta de investigación *¿Cómo es el acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a los acopios lecheros de la vereda Cuetial, municipio de Cumbal-Nariño para los años 2023 y 2024?*

2. Justificación

Las comunidades indígenas enfrentan numerosos desafíos que limitan su acceso a la atención médica. La investigación en esta área es esencial para identificar determinantes sociales como la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico, la educación y el género, y para desarrollar estrategias que aborden estos obstáculos, mejorando así el acceso a la atención médica en estas comunidades.

Este estudio es crucial ya que busca llenar el vacío de conocimiento sobre el acceso a los servicios de salud de la población indígena rural afiliada a los acopios lecheros en la Vereda Cuetial. Esta falta de información limita la capacidad de diseñar e implementar intervenciones efectivas para atender sus necesidades de salud y comprender mejor los determinantes y barreras que afectan el acceso a servicios de salud en las comunidades indígenas.

En este contexto, los resultados del estudio permitirán identificar disparidades en salud que afectan a las comunidades indígenas y abogar por políticas y programas que promuevan la equidad en salud, asegurando que todas las personas tengan acceso igualitario a servicios de salud de calidad.

A nivel comunitario, el estudio facilita la comprensión de las perspectivas culturales, ya que las comunidades indígenas poseen creencias, tradiciones y prácticas propias en relación a la salud y la enfermedad. Esto permite diseñar servicios de salud que sean culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades y preferencias de estas comunidades. La investigación en esta área proporciona información clave para adaptar políticas, programas y servicios de salud de manera que respeten y valoren la diversidad cultural.

Además, promueve la participación activa de las comunidades indígenas en el proceso de investigación, fomentando la colaboración y la construcción de relaciones de confianza entre los investigadores y las comunidades. Esta participación es fundamental

para asegurar que las investigaciones y las intervenciones sean culturalmente relevantes y aceptables para las comunidades.

Finalmente, el acceso a servicios de salud adecuados es esencial para el bienestar físico, mental y emocional de la comunidad indígena de Cumbal. Mejorar estos indicadores no solo beneficia a esta población, sino también a la sociedad en general, ya que una sociedad sana y bien atendida contribuye al desarrollo social y económico de la región, promueve la equidad en salud y reduce la carga sobre el sistema de salud en su conjunto.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar el acceso a los servicios de salud de la población rural indígena asociada a los acopios lecheros de la vereda Cuetial del municipio de Cumbal Nariño y las recomendaciones que brindan los participantes para su mejoramiento durante el periodo del 2023-2024.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población participante en la investigación a partir de la información sociodemográfica recogida en campo.
2. Identificar los facilitadores para el acceso a los servicios de salud que manifiesta la población indígena de la zona rural del Municipio de Cumbal en la vereda Cuetial.
3. Reconocer las barreras para el acceso a los servicios de salud que reportan los participantes.
4. Describir las recomendaciones o sugerencias que brinda la comunidad para la mejora en el acceso a los servicios de salud de la vereda Cuetial.

4. Marcos

4.1. Marco conceptual

4.1.1. Acceso a los servicios de salud

Las definiciones de Donavedian, Andersen y Frenk sobre el concepto de acceso a servicios de salud han servido como referente teórico para las investigaciones sobre este tema, aunque el acceso a los servicios de salud forma parte integral de las políticas sanitarias y se reconoce como un problema evidente en los sistemas de salud, su estudio todavía sigue siendo incipiente y por ello son pocas las investigaciones al respecto (43).

Para Cromely y McLafferty el acceso se define como “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”, Dixon-Woods et ál., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, en el que describe “elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud”, En las aproximaciones al acceso se destaca la de carácter multidimensional del concepto, el cual incluye conceptos como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad; de hecho, dentro de las definiciones de acceso la que más se destaca es la del hecho de contar con capacidad para emprender la búsqueda de los servicios para resolver la necesidad o los deseos individuales o colectivos (43) (44).

En el acceso a los servicios de salud, resulta crucial entender la oportunidad en la atención de los pacientes y evaluar la probabilidad de que el usuario reciba los servicios necesarios sin demoras que puedan poner en peligro su vida o bienestar (45).

La UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia define el acceso como la “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (que incluye agua potable, una buena higiene y alimentación) y a recibir atención médica” (46).

El acceso se mide por el grado en que los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica, en el cual el acceso desde la perspectiva de la oferta es visto como: "el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud" (47)

El Banco Mundial lo define como "la capacidad de encontrar y usar servicios asequibles, oportunos, eficaces y de calidad, sin que esto imponga una carga financiera indebida"(48). En la Declaración Universal de los derechos Humanos, en el Artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.(49).

Específicamente en la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se reconoce el derecho de los pueblos a mantener sus prácticas de atención médica tradicionales y a tener acceso a todos los servicios sociales y de salud sin discriminación (50). Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo-OIT en el convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales estipula su derecho a mantener sus prácticas de atención médica tradicionales y a recibir servicios de salud que sean culturalmente apropiados (51).

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece en su artículo 12 que los Estados que hacen parte deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención de la salud a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención de la salud, incluidos los relacionados con la planificación de la familia (52).

4.1.2. Sistema de seguridad social en Colombia

A partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se establece una estructura de tres subsistemas para la organización del Sistema de Seguridad Social, a saber, el sistema de pensiones, el sistema de riesgos laborales y el sistema de salud. Este último se subdivide a su vez en dos principales regímenes: uno contributivo, que abarca a aquellos con recursos para pagar y que está orientado a aquellos con la capacidad financiera de hacer contribuciones al sistema de seguridad social a través de empleo o ingresos independientes.

Por su parte, el segundo régimen es el subsidiado cubre a personas en situación de vulnerabilidad económica. Financiado por el Estado, ofrece acceso gratuito a servicios médicos a través de Entidades Promotoras de Salud- EPS para quienes no pueden pagar por su atención médica (53).

El sistema de salud colombiano está organizado de manera integral, combinando aseguramiento, servicios públicos y privados, y diferentes niveles de atención. En cuanto al modelo de aseguramiento, el sistema se basa en la afiliación a entidades aseguradoras para acceder a los servicios médicos. Existen dos regímenes principales: el régimen contributivo, dirigido a trabajadores formales y sus familias, que pagan una cotización basada en su salario y reciben atención a través de las EPS; y el régimen subsidiado, destinado a personas de bajos recursos que no pueden pagar una cotización, siendo el Estado quien financia el subsidio a través de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB (53).

Además, el sistema combina proveedores de salud tanto públicos como privados, donde las instituciones públicas son financiadas y dirigidas por el gobierno, mientras que las privadas operan de manera independiente, pero a menudo tienen contratos con EPS y EAPB (54).

La atención médica se organiza en tres niveles: primaria, que abarca la atención básica y preventiva proporcionada por centros de salud y clínicas; secundaria, que incluye atención especializada y procedimientos más complejos en hospitales regionales; y terciaria, que ofrece atención altamente especializada y servicios complejos en hospitales de alta complejidad. El Ministerio de Salud y Protección Social es el encargado de la política y regulación del sistema, estableciendo normas, supervisando la calidad de los servicios y coordinando las políticas de salud pública (55).

El financiamiento del sistema proviene de las cotizaciones de los afiliados, aportes del gobierno y recursos de la seguridad social, y por su parte la Superintendencia Nacional de Salud supervisa y regula las EPS y EAPB para asegurar el cumplimiento de las normativas y la calidad del servicio. La Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) establece el derecho fundamental a la salud y regula el acceso, la calidad y la cobertura del sistema, definiendo los principios y derechos de los usuarios. El sistema enfrenta desafíos como mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, asegurar la equidad en el acceso y manejar los costos, lo que implica un proceso continuo de reformas para abordar estos problemas y mejorar su funcionamiento (54).

4.1.3. Atención en salud a pueblos indígenas

Pueblos indígenas: son grupos étnicos que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, los cuales han heredado y acumulado un conocimiento también milenario sobre el medio natural, en particular, en cuanto a lo relacionado con la salud, Colombia es un país multiétnico en el cual se encuentran tanto pueblos indígenas, comunidades negras o afrocolombianos, los raizales y el pueblo ROM (56).

A lo largo de la historia, las comunidades indígenas han ajustado su modo de vida a las condiciones climáticas presentes en los diversos ecosistemas que conforman su entorno tradicional. Una considerable proporción de su población reside de manera dispersa, ya que desde la llegada de los españoles y a lo largo de la era republicana,

estos grupos mostraron desconfianza hacia los intentos de los misioneros por reunirlos en centros urbanos. Como resultado, la mayoría de ellos se dispersaron hacia áreas selváticas y sabanas, concentrándose especialmente en la región amazónica, la Orinoquia y el Pacífico (56)

El acceso: se entiende como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica, además de emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos individuales o colectivos, y esta capacidad puede estar conformada por las características propias de los individuos, como también el estado de salud y percepción sobre su salud, los recursos que tenga a su disposición, en la cual la necesidad es el punto de partida para iniciar la búsqueda de servicios, para iniciar la atención y continuidad en el sistema de prestación de servicios en busca de resolver su necesidad (57).

Atención en salud: la atención en salud es definida como el conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población, en la que es posible contribuir a la salud garantizando un agregado de atenciones que permitan, en primer lugar, conservar la salud de las personas. En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (58).

Población dispersa: en Colombia, las regiones se dividen en categorías que incluyen ciudades y áreas urbanas, zonas intermedias, zonas y áreas rurales dispersas. En el censo agrícola de 2014, se determinó que aproximadamente el 30,4% de la población colombiana vive en áreas rurales (59).

Es crucial establecer una distinción entre poblaciones rurales y aquellas que están dispersas en el ámbito rural. Esto es particularmente relevante considerando que la

población en estudio reside en una zona rural dispersa. Las poblaciones dispersas, de acuerdo al DANE, se definen como áreas donde las viviendas están separadas por distancias significativas entre sí. Estas áreas se caracterizan por actividades agropecuarias y carecen de una nomenclatura clara para sus direcciones (como calles, carreteras y avenidas) (60). “Lo rural es una categoría del mismo orden que la de lo urbano. Es un territorio que incorpora lo productivo agrario, lo cultural, lo social. Es la territorialización de los espacios sociales dedicados a la producción agrícola” (61).

Medicina tradicional: las medicinas tradicionales constituyen un patrimonio anónimo de un pueblo, que se transmiten de generación en generación por transmisión oral, que sus creencias y prácticas son perdurables, que se fundamentan en conocimientos empíricos acerca del medio ambiente basados en la observación y en la tradición que permiten al hombre intentar el control de su medio ambiente, que abarca un número pequeño de recursos y componentes sobre los que cada cultura se diferencia por su utilización particular (62).

En 2014, se estableció el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) a través del Decreto-Ley 1953 de 2014. Este decreto creó un régimen especial destinado a gestionar el sistema de salud indígena. La normativa define el funcionamiento del sistema hasta que se promulgue la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, que instituirá las entidades territoriales indígenas (63).

4.2. Marco legal

4.2.1. Normatividad internacional

En cuanto a normatividad internacional existen normativas que buscan proteger la vida de los pueblos indígenas, al igual que sus costumbres, también a nivel nacional

existen normas que amparan a los pueblos indígenas, se considera los criterios relacionados con el acceso a la salud, en la cual se establecen obligaciones para cada país de acuerdo con sus necesidades, para que les permita crear políticas para la mejora y evaluación de sus sistemas de salud. El acceso integral a la salud es una directriz internacional en la cual se establece que “La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios” (64).

El convenio 107 de la OIT sobre los pueblos indígenas constituye el primer acuerdo en el cual se estableció las normas internacionales para mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas (65).

De igual manera la ONU establece que la salud es un “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (66).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos- CIDH creó en el año 1990 la Relatoría sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Con el fin de ofrecer asistencia a las comunidades indígenas en América, que se encuentran particularmente susceptibles a violaciones de derechos humanos debido a su situación de vulnerabilidad, así como de potenciar, promover y organizar las labores de la Comisión Interamericana en este ámbito (67).

En el año de 1992 se realiza la declaración de Río (Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo) en el cual se reconoce la estrecha y tradicional dependencia de los pueblos indígenas con los recursos biológicos, y la utilización sostenible de estos y en el que se promueve su aplicación más amplia, indispensable fortalecer el papel de estos pueblos y sus comunidades (68)

La declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas- UNDRIP. Esta declaración fue adoptada por la Asamblea General de las

Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007, con el respaldo de la mayoría de los estados miembros. La UNDRIP en el que se reconoce y protege los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas en todo el mundo, respetando el principio del consentimiento libre, previo e informado antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que puedan afectar directamente a los pueblos indígenas, en el cual pueden tener control, acceso y posesión de sus tierras y recursos naturales (50).

4.2.2. Normativa nacional

A nivel nacional la Constitución Política de Colombia reconoce y garantiza los derechos de los pueblos indígenas, incluyendo su diversidad cultural, territorialidad y autonomía. Establece que se deben respetar y proteger los derechos de las comunidades indígenas, así como su participación en la toma de decisiones que los afecten en los artículos 7, 8 y 70 (69).

En lo relacionado con los derechos de los pueblos indígenas en Colombia, está la Ley 21 de 1991 - Estatuto de los Pueblos Indígenas: Esta ley regula aspectos específicos relacionados con los derechos de los pueblos indígenas en Colombia, en el cual se reconoce su autonomía, derecho a la tierra, participación política, gestión de recursos naturales y preservación de su identidad cultural, con respecto a salud establece que los gobiernos deben velar y poner a disposición todos los recursos necesarios para garantizar la preservación de la salud de los pueblos originarios, y en lo posible permitir la participación de los pueblos interesados (70).

La Ley 691 de 2001 - Ley Orgánica de Salud Indígena, reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social-SGSS en Colombia Esta ley establece el marco normativo para la prestación de servicios de salud a la población indígena en Colombia. Busca garantizar el acceso a servicios de salud culturalmente apropiados y respetuosos de las prácticas tradicionales, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución (71).

Por otro lado, en la Ley 100 de 1993 se disponen los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS: el primero de ellos es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones adecuadas en toda la población nacional. Como segundo objetivo se tiene el lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud, que permita el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, además busca garantizar los subsidios por parte de empresas privadas que tengan convenios y contratos con el Estado, de manera que se garantice una atención digna y una mejora en la salud de esta población (72).

La Ley Estatutaria 1751/2015 en su artículo 2 establece 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, las comunidades indígenas tendrán derecho a 0.52% en el sistema general de participaciones (73).

Existe un documento guía para la acción sectorial e intersectorial emitido en mayo de 2018, que estableció las pautas técnicas para la integración de medicinas y terapias alternativas y complementarias dentro del SGSSS. (74) Por último, la resolución 2626 de 2019 ha modificado la política PAIS y ha adoptado el Modelo de Atención Integral Territorial, que representa la nueva orientación conceptual para la transformación operativa de la organización y provisión de servicios de salud en Colombia. Este modelo también incorpora un enfoque diferencial de derechos que reconoce las características específicas de la población, colocándola en una posición de menor desventaja y vulnerabilidad en comparación con el resto de la población, incluyendo a los grupos étnicos (74).

4.3. Marco contextual

El municipio de Cumbal está localizado al sur occidente del departamento de Nariño y a 110 kilómetros de la capital pasto. Limita al norte con los municipios de Guachucal, Mallama y Ricaurte; al sur con la república del Ecuador; al oriente con los municipios de Carlosama y Guachucal y al occidente con el Municipio de Ricaurte y provincia del Carchi, en el vecino país del Ecuador. Tiene una extensión aproximadamente de 1.265 km², los cuales se ubican en una zona montañosa y comprendida dentro del macizo Nudo de los pastos.

Dentro del territorio se ubican dos fallas geológicas conocidas como: el volcán nevado del Cumbal y Chiles, además de los cerros Buenavista, Colorado, Golondrinas, Hondon, Negro, Oreja, Panecillo, Picacho y Portachuelo La población total del municipio es de 37.635 habitantes para el 2015, donde el 22,4% (8.428) de la población se encuentra en la zona urbana y el 77,6% (29.2017) restante en la zona rural del municipio (Ficha Territorial DNP). Según el DANE, el municipio cuenta con 4 resguardos indígenas (el Gran Cumbal; Panán; Chiles y Mayasquer), los cuales poseen una población de 26.310 individuos de la población total, esta investigación se desarrolla específicamente en el resguardo del gran Cumbal en la etnia de los pastos (2015) (41).

En la actividad económica, los sectores más importantes del municipio se determinan de la siguiente manera: En la zona rural la base de la economía es campesina dirigida principalmente hacia la explotación del sector primario, básicamente la producción de tubérculos, hortalizas y la explotación de especies mayores como: ganado bovino, porcino, ovino y especies menores como: cuyes, aves y conejos. Por su parte, en la zona urbana el principal renglón de la economía se encuentra en el sector terciario con subsectores como: el Comercio con una participación del 60%, seguido por el subsector servicios (24%), Industria (14%) y otras actividades (2%). (Plan de Desarrollo de Cumbal, 2016-2019) (75).

Con respecto a la calidad de vida, Cumbal presenta un índice de necesidades básicas insatisfechas en la cabecera municipal de 16,69% y en el resto del municipio es de 42,25%. En total, el NBI a nivel municipal es de 40,34% (resultados censo general 2005). Según proyecciones del DNP-DDTS el Índice de pobreza multidimensional para el año 2015 es de 31,2% (41).

En cuanto a los entornos de desarrollo DNP, los cuales explican el comportamiento del municipio con respecto a las dimensiones, Cumbal presenta los siguientes resultados: la dimensión urbana con muy poca dinámica, la dimensión económica y calidad de vida cuentan con un bajo desempeño, entretanto la dimensión institucional cuenta con un desempeño medio y, por último, la dimensión ambiental y seguridad son las que se encuentran en mejores condiciones con un desempeño.

El municipio de Cumbal para el 2017 cuenta con un total de cuatro 4 IPS (públicas), de las cuales solo una (1) es considerada de nivel I y se encuentra en la cabecera municipal, el municipio no cuenta con IPS de nivel II y III; entretanto, las otras tres (3) IPS son consideradas como centros de salud municipales y se encuentran distribuidas en zona rural (76).

El municipio para el año 2023, el número de afiliados al sistema contributivo es de 1.813 y el 13.299 al subsidiado (77).

En el resguardo indígena de Cumbal, hay aproximadamente 30 sabedores de medicina tradicional en diversas ramas, de acuerdo con una encuesta socioeconómica, realizada para analizar el estado actual de los conocedores de la sabiduría ancestral, en el cual se determinó que el 30% se dedica a la rama espiritual y el 22% a la rama de yerbateros y sobanderos, el 19% son parteras y el 7% son chagreros, en el cual cada uno lleva un conocimiento de una rama (78).

En el resguardo indígena del gran Cumbal, los enfoques de salud se fundamentan en la cosmovisión e ideología, integrados en la estructura local, como la IPS de Cumbal,

a través de un portafolio de servicios de medicina tradicional como los siguientes: a) Tejiendo una nueva vida: en el cual se brinda atención y orientación a gestantes; b) Cultivando la pacha mama y mejorando el buen vivir: la cual está orientada al fortalecimiento de los niños con desnutrición en el resguardo con alimentación propia; c) Ciencia de la medicina ancestral propia: son las brigadas de sanación en las veredas del resguardo; d) KARY WARMY fortaleciendo la identidad de los guaguas: en el cual se brinda orientaciones a estudiantes de primaria y a padres de familia (78).

También en la IPS Hay una casa de sanación donde se brindan servicios de salud tradicionales, dirigidos por un médico ancestral que se encarga de tratar enfermedades propias de la comunidad como: el mal aire, espanto, nervios, malora, etc. Por otro lado, los servicios de médicos tradicionales como los sobadores son brindados en los lugares de habitación donde residen los médicos (78).

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Esta investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo en tanto permitió reconocer el acceso de los servicios de salud de la población desde sus voces, sus experiencias y sus percepciones (79). Según Taylor y Bogdan la investigación cualitativa es definida 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, que al ser inductiva trata de comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia (80).

5.2. Diseño de la investigación

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 (81).

5.3. Población

La población de estudio estuvo conformada por los habitantes indígenas que están asociados a los acopios lecheros de la vereda Cuetial del municipio de Cumbal, Nariño. Del total de personas del lugar participaron 15 teniendo en cuenta los criterios de inclusión, de exclusión y su voluntariedad.

5.4. Selección de participantes

Para la selección de los participantes se establecieron unos criterios de inclusión acorde a lo pactado con la autoridad indígena del Resguardo. Dichos criterios se expresan a continuación:

5.4.1. Criterios de Inclusión

- Asociado a acopio lechero.
- Personas pertenecientes a la comunidad indígena.
- Personas mayores de 18 años.
- Personas que deseen participar voluntariamente y cuenten con la disposición.
- Personas que se encuentren en la comunidad durante la aplicación de la entrevista.
- Personas que hayan usado al menos una vez los servicios de salud del municipio.

5.4.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron todas las personas que cumpliendo con los criterios anteriores presentan alguna discapacidad física o cognitiva que les impidiera responder las preguntas de la investigación.

5.5. Procedimiento para trabajo de campo y análisis de la información

Se hizo un primer contacto con el gobernador del cabildo como máximo representante de la comunidad, en el cual se dio a conocer los objetivos y alcances del proyecto y con ello obtener el aval para tener autorización para el desarrollo del proyecto en la comunidad. El aval fue solicitado directamente al gobernador de cabildo indígena, quien es el máximo representante de la comunidad, debido a su autoridad para tomar decisiones importantes. En este caso, no se requirió una sesión de cabildo abierto ya que

el asunto no requería la consulta de todos los miembros del cabildo y se ajusta a las prácticas tradicionales de la comunidad (Anexo 1).

Posteriormente, se comunicó con el presidente de la asociación lechera por medio telefónico para dar a conocer el propósito del proyecto. Así mismo, se pudo obtener comunicación con el resto de los asociados del acopio lechero para pactar la fecha, hora y lugar para la realización de una reunión en la que se socializó el proyecto. En aquella reunión se compartieron los objetivos y propósitos y la metodología del proyecto, así como se dio a conocer la garantía en la privacidad y confidencialidad de las personas que desearon ser partícipes de la investigación.

En las visitas de los hogares para la aplicación de la técnica de recolección se entregó el consentimiento informado, el cual fue elaborado para tener evidencia de que el participante autorizaba la realización de la entrevista. El consentimiento informado se elaboró en idioma español porque el idioma nativo de la comunidad fue extinto debido a la invasión de los españoles, que provocó la imposición del español y la pérdida gradual de la lengua original.

En la actualidad, el español es el idioma utilizado en las interacciones diarias y formales de la comunidad, lo que garantiza una comprensión adecuada del documento y facilita la comunicación con los participantes del proyecto y los servicios de salud. Se empezó a entrevistar a los participantes que vivían en la zona más cercana a la sede del Cabildo, para después abarcar las más alejadas. Al llegar a los hogares, se informó con más detalle los objetivos del proyecto. Para el inicio de la entrevista se dispuso de un formato físico, una grabadora y lapiceros.

Durante el desarrollo de la entrevista se prestó mucha atención a las diferentes actitudes y posiciones frente a los temas que se estaban abordando. Se entrevistaron 15 personas, cada una en su respectivo hogar. El desplazamiento hacia los lugares de residencia se realizó por medio de transporte terrestre y motorizado.

5.6. Recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual fue diseñada por el equipo de investigación, previa autorización de los evaluadores éticos y técnicos. Se solicitó al cabildo el listado y la caracterización de la población, la cual fue complementada con la información recogida mediante la entrevista semiestructurada la cual permitió comprender las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud de la comunidad.

Para la realización de la entrevista, se convocó a una reunión a todos los asociados, en la cual se expusieron los objetivos generales del proyecto, se atendieron y resolvieron las diferentes inquietudes de la comunidad, y se expusieron los beneficios del proyecto para la comunidad.

En la primera reunión, se preguntó quiénes deseaban participar, acto seguido se tomaron los datos personales y números telefónicos de quienes voluntariamente quisieron hacer parte del estudio, y se agendó la cita en la que ellos tuvieran disponibilidad de tiempo. Previo a la entrevista, se dio a conocer y se firmó el consentimiento informado (Anexo 2)

Con el desarrollo de las entrevistas se buscó identificar, a través de las experiencias de los participantes, las dificultades que habían tenido en el acceso a los servicios de salud. También se buscó comprender las distintas situaciones, perspectivas significativas y relevantes de las personas que se entrevistaron.

Antes de iniciar las entrevistas, se enviaron las cartas de presentación de la investigación al gobernador del cabildo. Se destinaron tres días para la aplicación de las entrevistas y el diseño de una prueba piloto, para luego desarrollar las entrevistas definitivas. Se utilizaron 12 semanas para el acercamiento, trabajo de campo, análisis y escritura.

Se buscaron a los participantes que cumplieran con los criterios de participación. La participación fue voluntaria, y se solicitó la aceptación del consentimiento informado después de explicar el propósito de la investigación.

Se realizaron 15 entrevistas con un tiempo promedio de entre 40 minutos y 1 hora. Se tuvo en cuenta la guía de preguntas semiestructuradas (Anexo 3), que posibilitó un relato amplio, permitiendo conversaciones extensas con los participantes. Para la realización de las entrevistas, se solicitó autorización para grabar.

5.7. Análisis de datos

Para el análisis de la información recolectada se utilizaron algunas herramientas de la teoría fundamentada, ya que me permitió la construcción de un conocimiento desde la interpretación de los datos, en el cual se llevaron a cabo los pasos rigurosos, en un proceso de constante comparación.

Esta metodología nos permitió producir el conocimiento que radicaba y emergía en los datos, además de entender el fenómeno estudiado en un proceso ordenado y constante de comparación, análisis, transcripción, codificación y abstracción a nivel de categorías (77, 82). Se utilizó el programa de Excel para poder extraer los hallazgos más relevantes de cada una de las entrevistas, que fueron anexados como códigos in vivo dentro de las categorías predeterminadas y emergentes.

Para el análisis de las entrevistas, se hizo la transcripción en texto de Word y los hallazgos se codificaron en Excel. No fue necesario hacer un segundo llamado para saturar la información ya que la información recolectada fue suficiente para dar respuesta a los objetivos planteados.

6. Consideraciones Éticas

El estudio fue desarrollado de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, que había sido enmendada en la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013. Esta declaración tiene como propósito proteger la intimidad y la dignidad de los participantes y busca resguardar la intimidad de las personas que participan en la investigación y la confidencialidad de su información personal (83)

Este estudio promovió los principios éticos del Informe de Belmont, en el cual se tuvieron en cuenta los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía de las personas. Para ello, se procedió de la siguiente forma:

El principio de justicia se garantizó al seleccionar a los participantes de manera justa y sin discriminación, asegurando que tuvieran acceso equitativo a la participación en la investigación. Se buscó que la información suministrada permitiera identificar y disminuir las desigualdades de las cuales han sido víctimas

Se promovió la benevolencia en la que como investigador se actuó con compasión y consideración con la población indígena que formó parte de la investigación, priorizando su bienestar y sus intereses durante el proceso. Se buscó disminuir de alguna forma las brechas presentes en la comunidad y se logró influir de alguna manera en las autoridades e instituciones competentes para que se creen políticas orientadas a reducir las inequidades sociales.

En cuanto a la no maleficencia, se evitó cualquier tipo de daño a la comunidad, tomando todas las precauciones para reducir al máximo el riesgo de daño emocional o psicológico. Se procedió de manera muy respetuosa y brindando toda la información necesaria para que los participantes pudieran estar cómodos y no presentaran inseguridades. Se hizo uso del consentimiento informado como mecanismo no invasivo, lo que permitió generar mayor confianza en la comunidad.

La recolección de la información de este trabajo de grado se rigió por la Ley 1581 de 2012, con la cual se buscó garantizar la protección de los datos recolectados, proporcionados por la comunidad que participaron en la entrevista, garantizándoles la confidencialidad en todo momento (84).

Para garantizar que la información de las entrevistas recolectadas no estuviera en riesgo de pérdida, todo el material, tanto audios como información codificada, se guardó en una computadora y se creó un back-up para mayor seguridad de los datos almacenados.

La ley 23 de 1981 y la constitución política de Colombia enfatizan y prohíben que grupos vulnerables de poblaciones se utilicen con propósitos de investigación científica en contra de su voluntad, en las investigaciones con poblaciones indígenas se deben contar con la autorización de los líderes cuando la comunidad es participe en la investigación, instaurando mecanismo para proteger la vida al minimizar los riesgos derivados de la investigación. Con base en ello, se hizo un primer contacto con el gobernador del resguardo, el cual es máximo representante de la comunidad, para obtener el aval necesario para la realización de la investigación (85).

Con respecto a la normativa ética nacional, encontramos la resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecieron normas que regulaban la investigación en salud. Para esta investigación, se consideró que el nivel de riesgo era mínimo debido a que no se realizó ninguna intervención y se trató de evitar al máximo temas que pudieran resultar sensibles dentro de la comunidad (86).

Se propuso exaltar la autonomía de los participantes; para ello, se dio a conocer lo que contenía el consentimiento informado, dado que la comunidad podía considerar sensible la información que pudiera brindar. Se explicó de manera que ellos pudieran entender a cabalidad cuáles eran los objetivos reales del proyecto.

La participación fue voluntaria, siguiendo las reglas mediante el uso del consentimiento informado, en el cual se explicó el contenido de la investigación para que pudiera ser aceptado. Además, se les informó que tendrían la oportunidad de retirarse si así lo deseaban y que la información obtenida solo sería utilizada para asuntos académicos.

Finalmente, se pactó el compromiso de dar a conocer el informe final en un espacio comunitario.

7. Resultados

7.1. Caracterización de la población participante

Para dar cumplimiento al objetivo específico número uno, correspondiente a la caracterización de la población participantes, durante la aplicación de la entrevista semiestructurada se indagaron por las siguientes variables: sexo, edad, nivel educativo, régimen de salud, años viviendo en la comunidad, rol en la comunidad, con quien vive y de dónde provienen los ingresos.

Sexo de los participantes

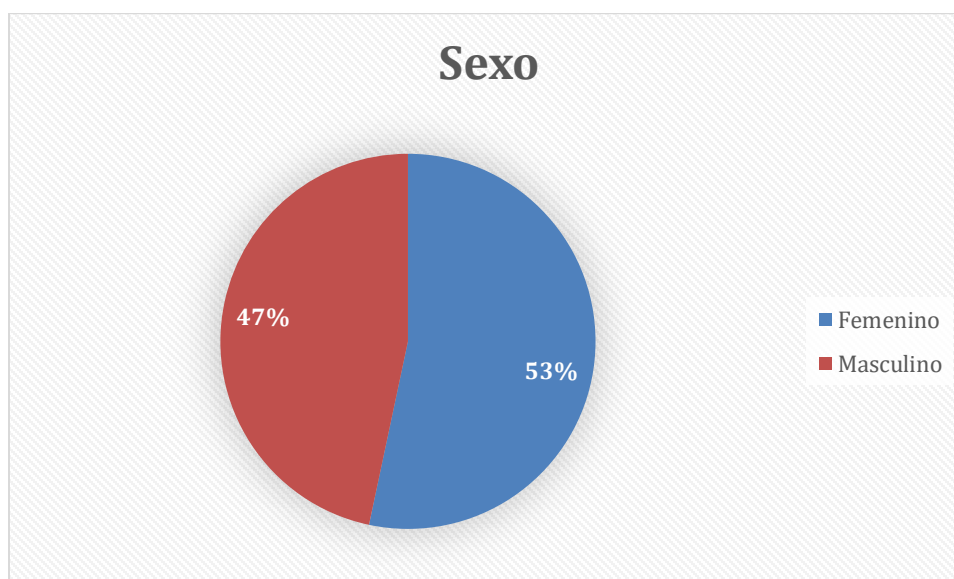


Figura 1. Distribución porcentual de los participantes por sexo

Para este estudio participaron 15 personas de la población indígena rural asociada al acopio lechero de la vereda Cuetial, de las cuales 7 personas que corresponden al 47% son del sexo masculino y 8 personas el 53% que corresponden al sexo femenino.

Edad de los participantes

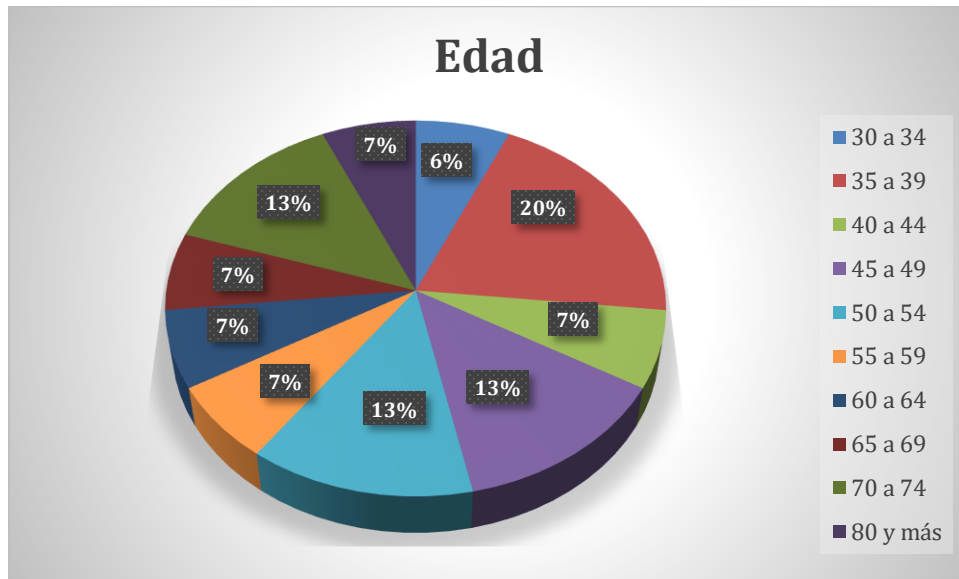


Figura 2. Distribución porcentual de los participantes según la edad

Del total de las personas entrevistadas el rango de edades oscila entre 30 a 81 años, el intervalo de edad con la mayor cantidad de personas es 35 a 39 años con un total de 3 personas, y el rango de edad más bajo es el de 30 a 34 años con persona.

Nivel educativo

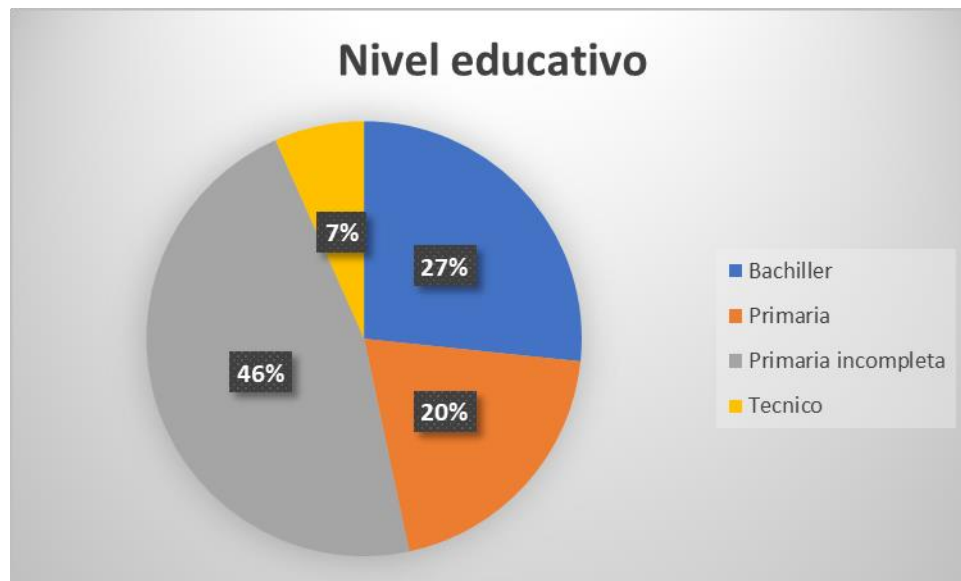


Figura 3. Distribución porcentual de los participantes según su nivel educativo

En la gráfica se puede identificar que, del total de los participantes de este estudio el 46%, es decir, 7 personas no terminaron sus estudios primarios. Por su parte, el 7% contaban con una formación técnica, específicamente la formación es como técnico auxiliar en salud oral.

Lo anterior indica que la mayoría de las personas no han completado la educación primaria, lo cual puede ser indicativo de desafíos en el acceso a la educación o tasas de abandono escolar en esa comunidad.

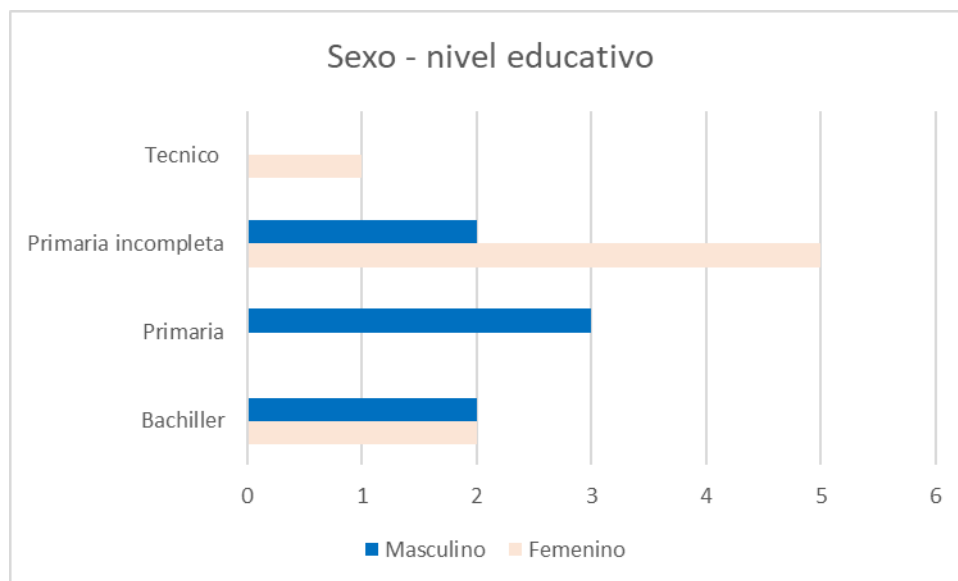
Cruce Sexo – nivel educativo

Figura 4. Cruce sexo – nivel educativo

Para el sexo femenino, el mayor número se encuentra en el nivel educativo de primaria incompleta con 5 personas, y el menor número está en técnico con 1 persona y para el sexo masculino, el mayor número se registra en el nivel educativo de primaria con 3 personas, y el menor número se encuentra tanto en bachiller como en primaria incompleta, con 2 personas en cada nivel.

Esto podría indicar que las mujeres que no completan la primaria tienden a quedarse en un nivel educativo más bajo, o pueden acceder directamente a otros tipos de educación o trabajo.

Por otro lado, tanto mujeres como hombres tienen una representación igual en el nivel de bachillerato, con 2 individuos en cada género habiendo alcanzado este nivel educativo y solo hay 1 mujer que ha completado la formación de técnico auxiliar en salud oral, sin hombres en esta categoría. Esto podría reflejar una tendencia de género en la elección de carreras técnicas.

Rol en la comunidad

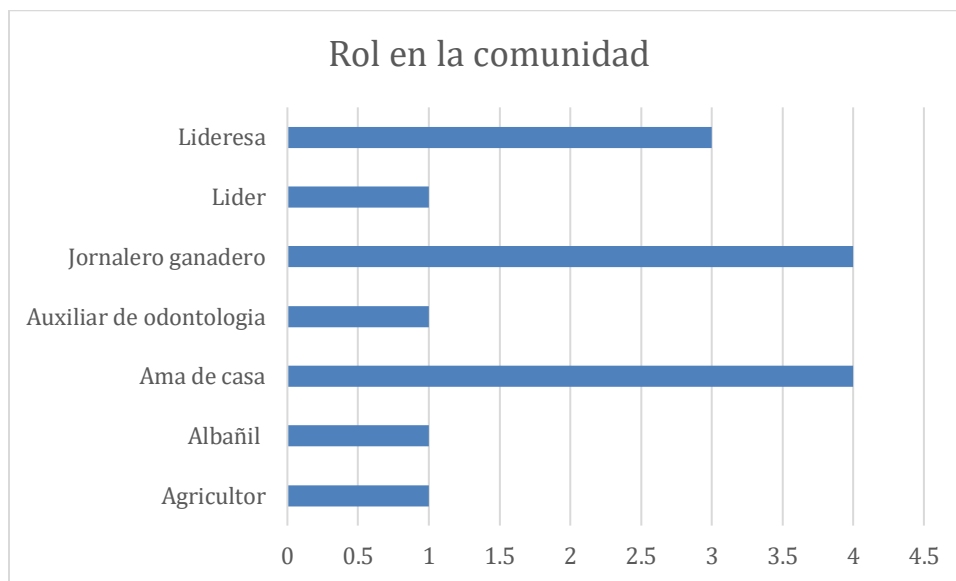


Figura 5. Distribución numérica rol en la comunidad

Entre los roles que más se destacan están, el de jornalero ganadero y ama de casa con un 27% cada uno, que equivalen a 4 personas en cada rol y entre los roles con menos número de personas están agricultor, albañil, auxiliar de odontología, líder, con un 6% cada uno, que equivalen a 1 persona por cada rol.

Además, las comunidades aparte de su rol principal lo combinan con otras actividades como: ser albañil, agricultor, auxiliar de odontología, líder, la crianza de especies menores, la agricultura casera que consiste en la siembra de verduras y hortalizas par el consumo casero. Con respecto a la variable líder se desempeñan cargos como: tesorero de Junta de acción comunal, secretario de asociación lechera.

Cruce sexo – rol en la comunidad

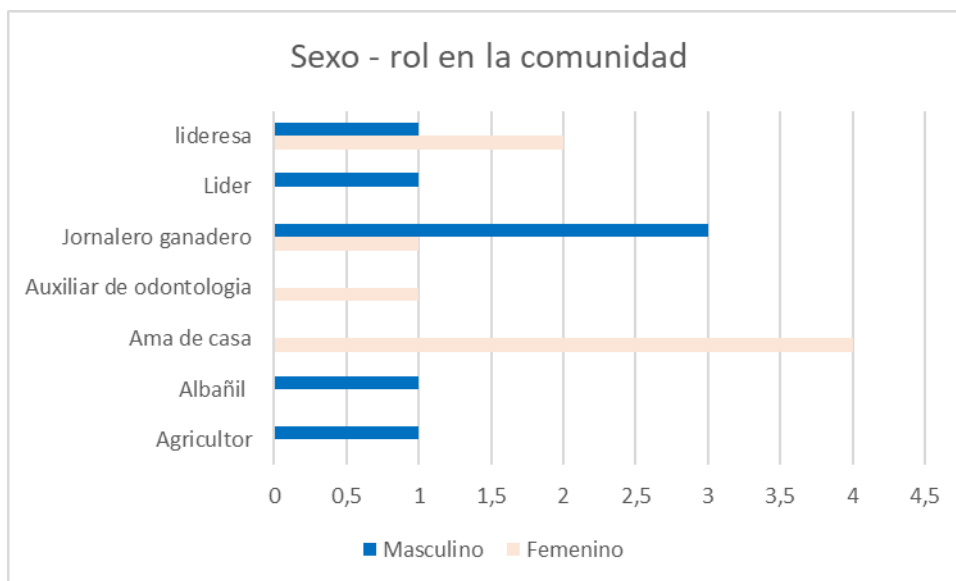


Figura 6. Cruce sexo – rol en la comunidad

Para el sexo femenino, el mayor número es 4 en el rol de ama de casa, y los menores números son 1 en albañil, ama de casa y Jornalero ganadero. Para el sexo masculino el mayor número de personas en total 3 en Jornalero ganadero, y el menor número con 1 persona en cada rol de agricultor, albañil, líder y lideresa.

Años viviendo en la comunidad

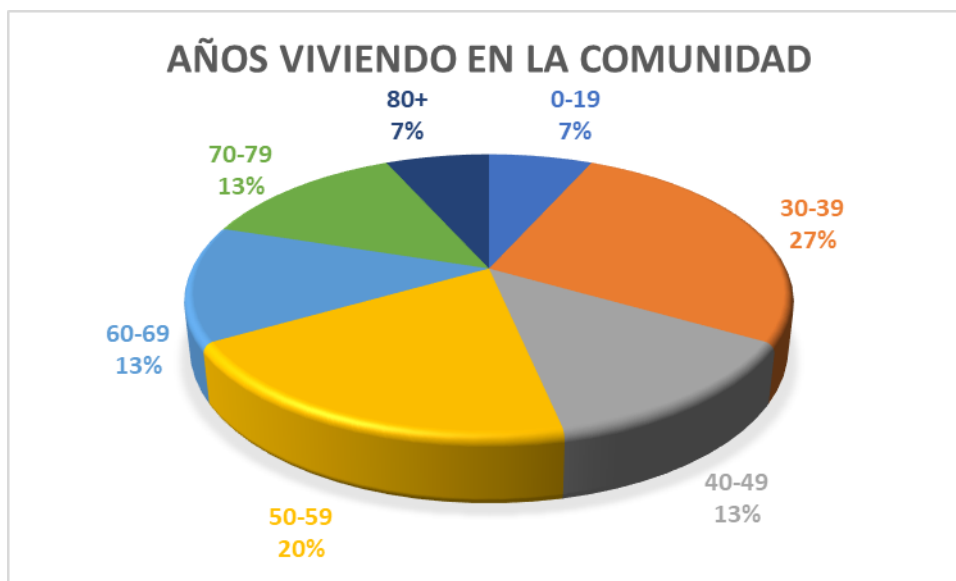


Figura 7. Distribución porcentual años viviendo en la comunidad

En la gráfica se muestra que, Rango con el mayor porcentaje: 30-39 años: El 27% de las personas han vivido en la comunidad en este rango de años y el rango con menor porcentaje es el de 0-19 años: El 7% de las personas han vivido en la comunidad en este rango de años.

Cruce años viviendo en la comunidad -rol en la comunidad

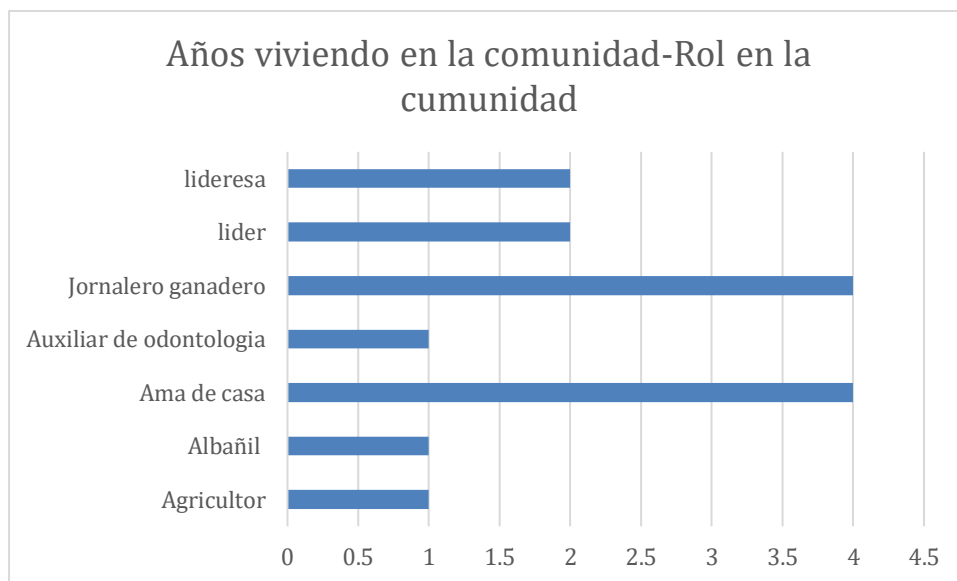


Figura 8. Cruce años viviendo en la comunidad – rol en la comunidad

En la gráfica se evidencia que líder es el rol más frecuente en la comunidad es jornalero y ama de casa, con 4 personas en cada rol desempeñado a lo largo de diferentes períodos de tiempo y Auxiliar de Odontología es el rol menos común, con 1 sola persona identificada en la comunidad.

Afiliados a los regímenes de salud

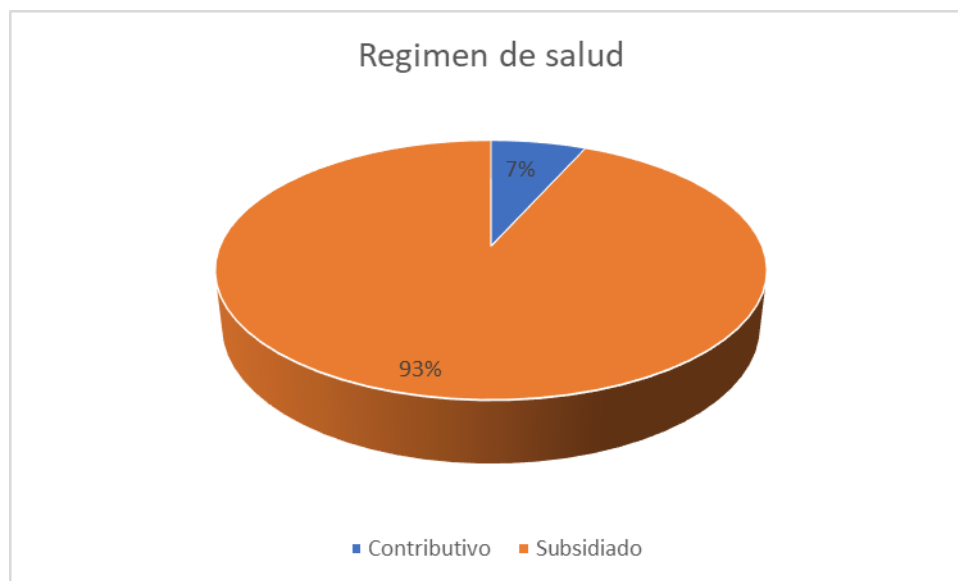


Figura 9. Distribución porcentual régimen de salud

La gráfica muestra que, de las 15 personas entrevistadas, la gran mayoría de las personas el 93% están afiliadas al régimen de salud subsidiado, que equivale a 14 personas destinado principalmente a personas de bajos ingresos y en situación de vulnerabilidad y solo el 7% de las personas que equivale a 1 persona que está afiliadas al régimen contributivo, que implica una cobertura de salud privada.

Con quién vive

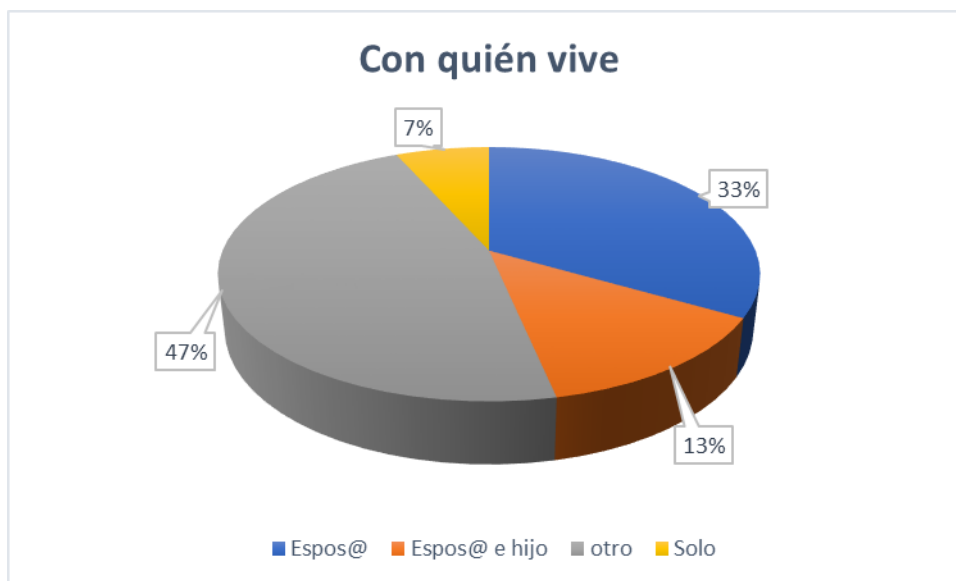


Figura 10. Distribución porcentual con quien vive

En la gráfica se puede evidenciar que otro es la categoría con mayor porcentaje con un 47% es otro que equivale a 7 personas y la categoría con menor porcentaje es solo, con un 7% que equivale a 1 persona. En la variable otro las personas viven con otras figuras familiares como: abuelos, cuñados, nietos.

De dónde provienen sus ingresos

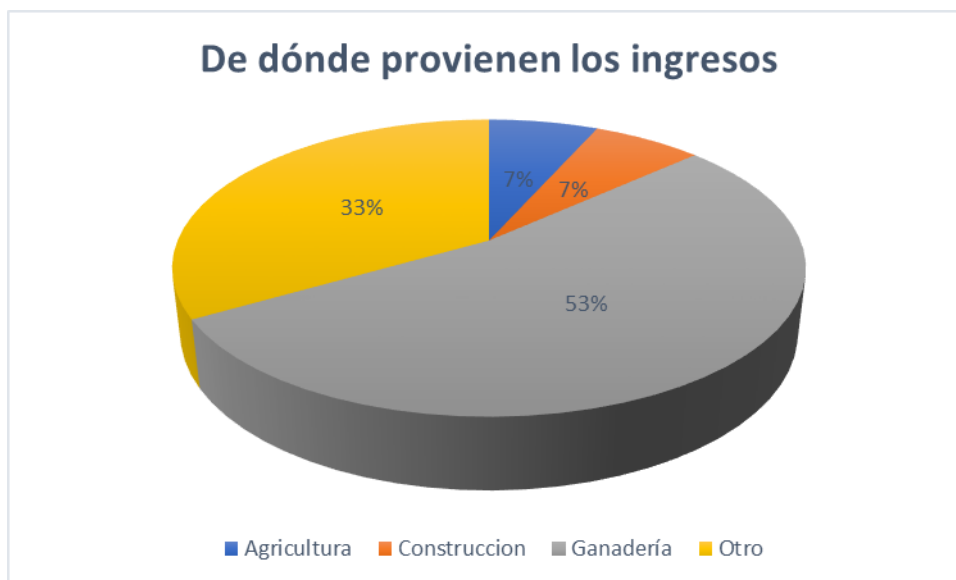


Figura 11. Distribución porcentual de donde provienen los ingresos

La ganadería es la fuente principal de ingreso, representando el 53% del total, que equivalen a 8 personas, la agricultura y la construcción son las fuentes de ingreso que menos presentan con el 7% del total cada una, equivalente a 1 persona, en cada actividad, aunque la ganadería es la fuente principal de ingresos, esta se combina con otras actividades como: la agricultura, la construcción, y la variable otro se refiere a actividades como trabajo en empresas de salud como una IPS, trabajo al diario o jornal y la crianza de especies menores que son las especies domesticadas menores de 250 kilos

7.2. Facilitadores para el acceso a los servicios de salud

Para dar cumplimiento al objetivo específico N°2 relacionado con los facilitadores (entendidos estos como los aspectos positivos, promotores, mediadores o posibilitadores que perciben y narran los participantes para permitir el acceso a los servicios de salud) se abordaron las siguientes subcategorías:

- Concepciones o nociones que tienen los participantes alrededor de la salud, la cual hace referencia a los significados y percepciones que tiene la comunidad con respecto al concepto de salud y de acceso a los servicios y el acceso a los servicios de salud.
- Prácticas culturales alrededor de la salud, que se refiere a las costumbres y tradiciones específicas de la comunidad que influyen en cómo se entiende y maneja la salud, esto incluye métodos de curación tradicionales, creencias sobre la enfermedad, rituales, y el papel de líderes comunitarios en el cuidado de la salud.
- Experiencias positivas en salud, se refiere a los casos exitosos de acceso a la atención médica, donde se han superado obstáculos y se ha proporcionado un trato adecuado, para mejorar y facilitar el acceso general a los servicios de salud.
- Facilitadores del acceso a los servicios de salud, el cual incluye la calidad en la atención que se entiende como la capacidad de ofrecer servicios de salud culturalmente adaptados, accesibles y adecuados a las necesidades específicas

de la población indígena. Esto incluye asegurar una comunicación efectiva, participación comunitaria, y continuidad en la atención, mientras se mide la satisfacción de los pacientes y el impacto en su salud. También incluye el tema de trámites administrativos en los cuales se incluyen todos los procedimientos necesarios para que la población indígena pueda acceder a la atención médica, como el registro en sistemas de salud, la obtención de autorizaciones, la gestión de recursos y el cumplimiento de normativas.

7.2.1. Concepciones o nociones alrededor de la salud y el acceso a los servicios

Desde la perspectiva indígena la información obtenida devela los diferentes significados, propios al concepto de salud, en el presente estudio se analizaron las percepciones de salud de diferentes individuos, categorizándolas en dos grandes temas: "bienestar" y "servicios de salud". A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las respuestas de los participantes, acompañadas de citas textuales para ilustrar cada categoría. La investigación reveló que la salud es un concepto diverso, que abarca desde el bienestar integral del individuo hasta la importancia de la atención médica efectiva.

La percepción de salud relacionada con el bienestar, abarca un amplio rango que incluye aspectos físicos, mentales y sociales. Los participantes describen la salud como un estado integral de bienestar que les permite llevar a cabo sus actividades diarias con energía y vitalidad. Algunos definen la salud en términos holísticos, abarcando múltiples dimensiones del bienestar humano; por ejemplo, uno de ellos mencionó que:

"La salud es el completo bienestar físico, mental y económico"(Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

Esta definición sugiere que la salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad, incorporando elementos de estabilidad emocional y suficiencia económica.

Es importante resaltar que la percepción del bienestar económico como parte de la salud indica una comprensión amplia de los factores que contribuyen a la calidad de vida.

Otros participantes asociaron la salud con estados de tranquilidad y energía, esenciales para una vida plena, reflejado en afirmaciones como:

"La salud pues es la tranquilidad, y el ánimo de vivir" (hombre, agricultor, 74 años)

"Es tener energías para trabajar, estar bien activo"(Mujer, ama de casa, 37 años)

Estas percepciones indican que la salud proporciona la base para una vida equilibrada y productiva, permitiendo a los individuos enfrentar los desafíos diarios con optimismo y vigor. La tranquilidad se relaciona con la ausencia de estrés y preocupaciones, lo cual es fundamental para mantener un estado de salud mental positivo.

La salud también es vista como un derecho inalienable, indispensable para el bienestar personal. Un participante afirmó que:

"La salud sería algo que todos deberíamos tenerlo como un derecho, la salud es el bienestar de uno"(Hombre, jornalero, 30 años)

Este punto de vista subraya la importancia de garantizar el acceso a la salud para todos, reflejando una perspectiva de equidad y justicia social. La percepción de la salud como un derecho universal resalta la necesidad de políticas públicas que aseguren su accesibilidad y calidad para toda la población.

La capacidad de realizar actividades diarias y disfrutar de la vida es otro aspecto crucial. Un participante señaló que:

"La salud para mí es donde uno como ser humano disfruta estar sano, para realizar nuestras diferentes actividades diarias, para mí eso sería"(Mujer, ama de casa, 39 años)

Esta declaración resalta cómo la salud permite a las personas participar plenamente en la vida social y familiar, disfrutar de las cosas y mantener una vida activa. La percepción de la salud como un facilitador de actividades cotidianas ilustra su importancia en la realización personal y social.

La salud se entiende también como el estado necesario para enfrentar y recuperarse de enfermedades. Ejemplos de esto son las declaraciones:

"Es el bienestar de la persona, para vivir alentado, aparecen las enfermedades entonces toca acudir al hospital no más"(Mujer, ama de casa, 58 años)

"La salud es vivir alentado, que nos den el remedio cuando estamos malos"(Hombre, jornalero, 81 años)

Estas percepciones destacan la importancia de la resiliencia y la capacidad de recuperación como componentes vitales de la salud. La capacidad de sobreponerse a enfermedades y mantener un estado de ánimo positivo es fundamental para el bienestar general.

Finalmente, la salud se percibe como un bien universal que brinda tranquilidad y protección frente a enfermedades. Un participante comentó:

"La salud es para todos, y salud nos cobija como se dice un bienestar, una tranquilidad de estar alentados, de estar libre de cualquier enfermedad" (Mujer, lideresa, 71 años)

Esta visión enfatiza la necesidad de sistemas de salud inclusivos y accesibles, que aseguren el bienestar de toda la población sin discriminación. La percepción de la salud como una red de seguridad que protege contra las enfermedades y además subraya la importancia de un sistema de salud que sea robusto y equitativo.

En cuanto a la percepción de salud como servicios de salud, esta se centra en la capacidad de los sistemas de salud para brindar asistencia en momentos de enfermedad y su rol fundamental en la vida cotidiana de las personas. La salud es vista como el acceso a cuidados médicos especializados, lo que se refleja en la siguiente opinión:

"Es la parte que nos atienden cuando estamos enfermos, es como para odontología, de médicos, es lo que sería la salud"(Hombre, líder, 47 años)

Esta definición subraya la importancia de contar con servicios de salud competentes y accesibles para el tratamiento de enfermedades y dolencias, siendo crucial para mantener un estado de salud óptimo y prevenir complicaciones.

La importancia de la salud para mantener la capacidad laboral y productiva es destacada por varios participantes, como se expresa en:

"La salud es lo más importante, pue si hay la salud uno mantiene bien para poder trabajar, para poder, digamos salir adelante, porque si no hay salud no habría nada"(Hombre, albañil, 50 años)

Esta percepción conecta directamente la salud con la capacidad de los individuos para contribuir económica y socialmente a la comunidad, considerándola un requisito indispensable para la productividad y el éxito personal y profesional.

Asimismo, se menciona la capacidad del sistema de salud para prevenir y tratar enfermedades como esencial. Un participante expresó:

"Pues la salud es muy importante, ya que nos ha favorecido en parte cuando nos enfermamos ya sea odontológico, cuestión de alguna enfermedad, ya sea de cualquier enfermedad que sufrimos la comunidad, eso es la salud"(Hombre, líder, 52 años)

Esta afirmación resalta el papel crítico de la atención médica preventiva y curativa en la mejora de la calidad de vida.

Finalmente, la falta de acceso a servicios médicos adecuados y su impacto en el bienestar personal también es destacado. Un encuestado señaló:

"La salud pues es muy importante en una persona para que tengamos bienestar, eh... estar como decir tranquilos, porque uno si está con salud se puede hacer todo, trabajar, andar, hasta comer, disfrutar de la vida, pero si ya uno está enfermo y no tiene asistencia médica, pues ahí ya empieza a sufrir una persona, porque ya no podemos, a veces los recursos no nos lo permiten estar bien"(Mujer, ama de casa, 67 años)

Esta observación subraya las desigualdades en el acceso a la salud y cómo estas pueden afectar negativamente la calidad de vida y el bienestar general, indicando que la falta de recursos y asistencia médica adecuada puede conducir a un deterioro significativo en la calidad de vida.

Por su parte, cuando se indagó a los participantes sobre las nociones que tienen alrededor del acceso a los servicios de salud se encontró que; el acceso se concibe como tener la posibilidad de tener ayudas, ser beneficiario de un subsidio en el que se priorice a la población indígena, es relacionado con la disponibilidad de los servicios de forma inmediata y sin que haya demoras, el cual puede contribuir de manera significativa a recuperar la salud, con una capacidad de responder a las emergencias que se presenten en las comunidades con una adecuada gestión de turnos y la organización del servicio, son esenciales para facilitar el acceso.

La percepción de un sistema que funcione eficientemente puede influir significativamente en la disposición de las personas a buscar atención médica. Además, la facilidad para acceder a los servicios, sin largas esperas ni complicaciones burocráticas, es un factor determinante en la experiencia del paciente:

“Es obtener atención oportuna en el momento que la persona lo requiera” (Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

“Que vamos a coger el turno y que nos atiendan” (Mujer, ama de casa, 41 años)

Además, los entrevistados manifestaron sus opiniones en torno a la calidad en los servicios de salud, que sugiere que los ciudadanos tienen un estándar mínimo que esperan recibir en los centros de salud, el cual incluye no solo la competencia profesional del personal médico, sino también la atención al paciente y la empatía en el trato, Una de las afirmaciones más destacadas fue que:

“Sería por lo menos las buenas atenciones en un hospital” (Hombre, jornalero, 30 años)

También se evidencia que la comunidad valora la diversidad de instituciones de salud disponibles, como las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y los hospitales, y consideran que la calidad de atención puede variar entre ellas. Esto refleja una necesidad de estandarización y mejora continua en los servicios de salud, asegurando que independientemente de la institución la atención proporcionada cumpla con los estándares de calidad esperados, indicaron que:

“Son los servicios que nos presta, puede ser la IPS o el hospital, eso sería para mí” (Hombre, líder, 52 años)

La equidad en el acceso a servicios de salud fue otro aspecto crítico identificado en la investigación, señala la importancia de implementar políticas que favorezcan a las

poblaciones más vulnerables, asegurando que tengan acceso a recursos y apoyo necesarios para su atención médica. La equidad no solo implica el acceso físico a los servicios, sino también la disponibilidad de recursos que permitan a todos los ciudadanos recibir atención sin barreras económicas o sociales. Además, se concibe la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado para todas las comunidades, independientemente de su contexto socioeconómico.

Este deseo por una salud equitativa indica que la comunidad espera que las instituciones de salud tomen medidas activas para reducir las desigualdades existentes y promover un acceso igualitario a los servicios de salud, los participantes resaltaron:

“Es tener posibilidad de tener unas ayudas, un subsidio, tener prioridad con las personas indígenas y estar al cuidado de ellos” (Mujer, ama de casa, 37 años)

“Que sea lo normal, lo suficiente de tener nosotros como personas la salud” (Mujer, lideresa, 71 años)

7.2.2. Prácticas culturales alrededor de la salud

Los participantes de la investigación manifestaron una profunda valoración por la medicina ancestral, reconociendo su importancia cultural y terapéutica. Se destacó que estas prácticas no solo son parte de su identidad cultural, sino que también son percibidas como efectivas para tratar diversas dolencias, se resalta el deseo de revivir y mantener vivas estas tradiciones, sugiriendo que la medicina ancestral es vista como una alternativa valiosa frente a las prácticas más modernas. Un entrevistado comentó:

“Sí, sí hay las prácticas culturales sí, de la medicina ancestral que se dice, eso de eso sí es bueno... para curarnos de los mal vientos o espantos eso sí, si es bueno” (Hombre, líder, 47 años)

En la comunidad indígena, se evidencia un fuerte apego a las prácticas culturales relacionadas con la salud. Las o los "mamas", o médicos tradicionales, son figuras respetadas y frecuentemente consultadas, subrayando la importancia de la medicina tradicional como un recurso accesible y confiable, que complementa las intervenciones de la medicina moderna. Como se menciona:

*“Sí, por ejemplo, acá en la comunidad indígena pues si tenemos nuestras mamas, como son los médicos tradicionales, entonces también se acude, también se tiene”
(Mujer, Auxiliar de odontología, 36 años)*

La necesidad de integrar la medicina tradicional con la medicina moderna fue un tema recurrente, sugiere que la comunidad está abierta a la colaboración entre ambos sistemas de salud, lo que podría optimizar la atención y el bienestar general. La integración se ve no solo como una forma de respetar y preservar la cultura, sino también como una manera de mejorar los resultados de salud. Un participante destacó:

“Sí, si es bueno porque por ejemplo la IPS tiene una, como le digo una sala de medicina tradicional y eso también ha ayudado arto a la comunidad indígena... sería bueno que en los hospitales en las clínicas hubiera unos centros de atención de médicos tradicionales...” (Mujer, ama de casa, 67 años)

La eficacia de las plantas medicinales fue un punto crucial en la conversación se refleja una confianza en los remedios naturales y su capacidad para proporcionar alivio, incluso en situaciones donde la medicina moderna no ha sido efectiva. La utilización de hierbas como la ruda y la manzanilla refuerza la conexión con la naturaleza y las prácticas ancestrales. Los entrevistados afirmaron:

“La medicina natural eso si hemos ido, pero toca al pueblo a comprarnos algunos frascos... para cualquier dolor a veces toca pues por aparte... esas prácticas y creencias... son los que de verdad si están funcionando” (Hombre, jornalero, 45 años)

La desconfianza hacia la medicina moderna fue evidente entre los entrevistados, destaca una preocupación general sobre la efectividad y seguridad de los tratamientos médicos convencionales, sugiriendo que las experiencias negativas han generado desconfianza en el sistema de salud formal. Uno de ellos expresó:

“Ahí como dicen; cuando esta grave la enfermedad vamos al hospital, pero allá como lo operan también y si salió, salió... llegamos al hospital nos operan y ahí no salimos ya...” (Hombre, agricultor, 74 años)

La accesibilidad de la medicina tradicional se considera un aspecto vital, sugiriendo que la medicina ancestral ofrece una solución inmediata y efectiva en contextos donde los servicios de salud pueden ser limitados. La flexibilidad y la disponibilidad de estos tratamientos son aspectos clave que influyen en las decisiones de salud de la comunidad. Una participante mencionó:

“Cuando ya no nos atiende el médico, mejor por aparte pagamos, la medicina tradicional si hay, ellos nos atienden no más...” (Mujer, ama de casa, 41 años)

Las creencias transmitidas dentro del núcleo familiar juegan un papel fundamental en la elección de tratamientos, se resalta la influencia de la tradición y el conocimiento colectivo en la toma de decisiones en salud, donde las recomendaciones familiares se convierten en una guía confiable en momentos de enfermedad. Como se indicó:

“Si hay creencias que a veces, pues la familia dice que es mejor la medicina tradicional, porque viene desde las raíces de antes...” (Mujer, ama de casa, 37 años)

Finalmente, las condiciones socioeconómicas también impactan la elección entre medicina tradicional y moderna, Esto indica que las limitaciones económicas y la falta de acceso a servicios de salud adecuados a menudo llevan a las personas a buscar alternativas más accesibles y culturalmente relevantes. Un participante mencionó:

“Por cualquier circunstancia si toca recurrir a la medicina tradicional, porque si de pronto a usted, no es que le haga bien la medicina general... porque en el campo donde nosotros vivimos es así pesado...” (Mujer, lideresa, 71 años)

7.2.3. Experiencias positivas en el acceso a los servicios de salud

La investigación pone de manifiesto algunas experiencias positivas en la atención médica recibida por la comunidad indígena. Los testimonios revelan que la comunidad que solo en las situaciones de emergencia indica que, a pesar del estrés y la urgencia de estas situaciones, el personal de salud se esfuerza por brindar atención cuidadosa y efectiva. Un paciente compartió:

“Si me ha parecido bueno, porque hay veces que he llegado por emergencia... sí me han atendido, si me han puesto cuidado y me han dado los medicamentos.” (Mujer, ama de casa, 67 años)

Los recursos utilizados en la atención también se mencionaron en el contexto de tratamientos específicos. Donde en algunos casos hay movilidad hacia diferentes centros de salud y se destaca la importancia de la disponibilidad de servicios especializados y la capacidad del sistema para adaptarse a las necesidades de los pacientes indígenas. Un participante relató su experiencia con problemas de salud:

“Me han mandado a Pasto, otros a Ipiales, otros aquí mismo en Cumbal” (Mujer, lideresa, 62 años)

Finalmente, se evidencia una notable satisfacción con el régimen subsidiado de salud, resalta cómo el sistema de salud puede reducir la carga financiera para los miembros de la comunidad indígena, permitiendo que más personas reciban la atención necesaria sin preocuparse tanto por los costos que se generen. Un testimonio señala que la cobertura proporcionada ha facilitado el acceso a cirugías y tratamientos médicos:

“El régimen subsidiado es bueno, porque siempre cubre la cirugía con el carnet. Eso nos ha ayudado mucho”

7.2.4. Facilitadores del acceso a los servicios de salud

Para identificar en detalle los factores que han contribuido a que esta comunidad pueda acceder a los servicios de salud, se recopilaron varios elementos de la narrativa de los participantes relacionados con la calidad en la atención y los trámites administrativos. La calidad en la atención se entiende como la capacidad de ofrecer servicios de salud culturalmente adaptados, accesibles y adecuados a las necesidades específicas de la población indígena. Esto incluye asegurar una comunicación efectiva, participación comunitaria, y continuidad en la atención, mientras se mide la satisfacción de los pacientes y el impacto en su salud. Respecto a los trámites administrativos se incluyen todos los procedimientos necesarios para que la población indígena pueda acceder a la atención médica, como el registro en sistemas de salud, la obtención de autorizaciones, la gestión de recursos y el cumplimiento de normativas. También abarcan la coordinación entre entidades y la resolución de problemas administrativos

→ Calidad en la atención

En esta subcategoría hay una percepción general positiva sobre la calidad de atención en los servicios de salud en la comunidad de Cumbal, en la que se desea mayor apoyo y recursos de la administración de salud, sugiriendo que una atención más integral y accesible podría mejorar significativamente la experiencia del paciente. Los participantes manifestaron que:

“Los aspectos positivos sería que nos brinden más la salud, como la secretaria de salud, para que los médicos nos atiendan mejor” (Hombre, líder, 47 años)

La atención oportuna fue identificada como un elemento crucial en la satisfacción del usuario, como un factor determinante para garantizar una atención efectiva. La

puntualidad y la rapidez en la atención son aspectos valorados, especialmente en situaciones de salud críticas. Los entrevistados enfatizaron que:

“En esa la atención oportuna más que todo” (Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

Además, la comunidad cuenta con un rango diverso de atención médica, lo cual es fundamental para abordar diferentes necesidades de salud. La posibilidad de realizar exámenes de laboratorio también fue un punto positivo, ya que esta práctica permite un diagnóstico más preciso y un seguimiento adecuado de la salud de los pacientes.

“Médico general, urgencias, odontología, promoción y mantenimiento de la salud” (Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

“Si nosotros por lo menos ahorita la edad que tengo yo, me hacen unos exámenes para mirar y ver cómo me encuentro” (Hombre, albañil, 50 años)

La percepción de la calidad de atención también se refleja en la satisfacción de los usuarios, lo que denota que los pacientes esperan y valoran un trato respetuoso y eficiente. Al igual que la confianza en el sistema de salud se ve fortalecida por la garantía de recibir atención adecuada, se evidencia que el sentimiento de satisfacción es esencial para la construcción de una relación positiva entre pacientes y proveedores de salud. Para ello, se mencionó que:

“Los aspectos positivos sería por decir algo, que lo atiendan de la mejor manera” (Hombre, líder, 52 años)

“Que tenga todas las garantías que las ofrece, uno es bien feliz cuando se cumple lo que se ofrece” (Mujer, lideresa, 71 años)

Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos fue un tema con opiniones divididas, en el cual se sugiere que, aunque en ocasiones se cuenta con los

medicamentos necesarios, hay momentos en que la falta de estos puede generar frustración. Los participantes mencionaron que:

“Eh pues ahí existe la positiva y la negativa, porque la positiva será que, en algunos casos, si la verdad hay medicamentos” (Mujer, ama de casa, 39 años)

La llegada de ayuda gubernamental fue valorada positivamente debido a que esta ha proporcionado un alivio temporal, aumentando la accesibilidad a tratamientos necesarios, indicando que la atención de calidad impacta directamente en el bienestar emocional de los pacientes. Afirmaron que:

“Llegó la ayuda de gobierno para darnos unos medicamentos” (Mujer, lideresa, 71 años)

“Cuando uno lo atienden se viene satisfecho, su corazón alegre” (Mujer, lideresa, 71 años)

A pesar de que se reconocen los servicios disponibles en Cumbal, existe un claro llamado a mejorar tanto el acceso como la calidad de atención. Los participantes sugieren que el fortalecimiento de la infraestructura de salud local es fundamental para atender de manera efectiva a la población, como se expresa en el siguiente relato:

“Clínicas no, servicios de salud si hay aquí en nuestro municipio de Cumbal” (Mujer, lideresa, 71 años)

→ **Trámites administrativos**

En la subcategoría de trámites administrativos, los resultados indican que estos son un factor significativo que influye en la percepción del acceso a servicios de salud, como facilitadores que permiten el acceso efectivo a los servicios de salud. Que pone de manifiesto la importancia de una gestión administrativa eficiente y proactiva.

Esto sugiere que, si bien existen recursos, su adecuada administración y distribución son claves para mejorar la atención en salud, una limitación en el acceso a servicios, lo que podría deberse a factores como la distancia, la falta de información o los trámites burocráticos. Esto indica que, aunque hay estructuras de salud disponibles, no siempre son accesibles para todos los miembros de la comunidad. Un participante comentó que:

*“Eso depende ya de nuestras autoridades de poder se puede y hay recursos”
(Hombre, albañil, 50 años)*

“No, no tenemos tanto acceso, pero si hay el Hospital, la IPS, hasta poder asistir a una clínica” (Mujer, ama de casa, 37 años)

En situaciones de urgencia, los participantes señalaron que suelen trasladarse a localidades cercanas, este hecho subraya una necesidad apremiante de mejorar los servicios de salud locales para evitar la dependencia de instalaciones más alejadas, lo cual puede ser un desafío en situaciones críticas, como lo indica la afirmación:

“Cuando vamos de urgencia vamos a Ipiales a la clínica” (Hombre, Agricultor, 74 años)

7.3. Barreras en el acceso a los servicios de salud

Para dar cumplimiento al objetivo específico N°3 el cual busca reconocer las barreras para el acceso a los servicios de salud que reportan los participantes de la población indígena de la zona rural del Municipio de Cumbal en la vereda Cuetial, se abordaron las subcategorías como:

- Experiencias negativas en el acceso a los servicios de salud, esto incluye el transporte relacionado con la parte geográfica que refiere a los desafíos logísticos que enfrentan los residentes debido a la lejanía de su comunidad. También incluye

la calidad de las vías, los medios de transporte disponibles, los costos y tiempos de desplazamiento que afectan el acceso a la atención médica.

- Trámites administrativos, se refieren a los obstáculos que enfrentan los residentes indígenas debido a requisitos documentales, procedimientos burocráticos complejos, falta de medicamentos, costos administrativos y dificultades para obtener la información necesaria, lo que dificulta su acceso a la atención médica.
- Falta de calidad en la atención, se refiere a cómo deficiencias en la calidad de los servicios de salud como atención inadecuada, comunicación deficiente, falta de sensibilidad cultural y recursos insuficientes dificultan el acceso efectivo para la población indígena.
- Experiencias negativas en la atención, como la atención deficiente, trato discriminatorio, dificultades en el acceso que dificultan la disposición de la población indígena para buscar atención médica.

7.3.1. Dificultades con el transporte

En esta subcategoría uno de los principales obstáculos en el acceso a servicios de salud es la parte de la lejanía geográfica y la falta de transporte accesible, son barreras significativas para el acceso a servicios de salud. Los participantes señalaron que el transporte limitado afecta su capacidad para llegar a tiempo a las citas médicas, lo cual es especialmente problemático en áreas rurales. Un residente comentó:

“El acceso a la salud es el transporte se nos dificulta mucho por acá porque estamos muy retirados, cuando llegamos a coger turno ya nos regresan...”
(Hombre, líder, 47 años)

“Pues ahí afecta es en la cuestión por falta de recursos, de pronto no llegamos pues hasta allá, porque la verdad uno acá como que carece de los recursos, uno no hay para la carrera uno lo deja que se muera pues que más, no hay esa posibilidad, y la educación, como dice el tipo de académico le da por investigar, le

da por preguntar, es un medio que le favorece a uno, si influye” (Hombre, líder, 52 años)

La situación económica también desempeña un papel crucial, ya que muchos miembros de la comunidad no pueden permitirse el costo del transporte para asistir a consultas o tratamientos:

“Si afecta la parte económica por a veces no hay con que ir a hacerse curar, pues eso si afecta, la parte económica, porque no se tiene de donde sostenerse, y ahí si uno se enferma más...” (Hombre, líder, 47 años)

La falta de brigadas de salud que anteriormente visitaban las áreas más remotas también fue mencionada como un factor que complicó el acceso a la atención médica, ya que estas brigadas eran especialmente beneficiosas para las comunidades rurales, ya que ofrecían atención médica directamente en sus localidades, reduciendo la necesidad de viajar largas distancias, la distancia a los centros de salud, combinada con la falta de transporte, obliga a muchos miembros de la comunidad a salir de sus hogares en la madrugada para llegar a tiempo a sus citas, lo cual es una carga significativa, especialmente para los pacientes mayores o aquellos con movilidad limitada.

“Aquí en la vereda pues, para eso sería que, por ejemplo, un puestico de salud que hay no se encuentra dotado ni de enfermera, ni permanente no, antes hacían unas brigaditas, pero ahora ya no han venido hace rato ya, las retiraron...” (Mujer ama de casa, 67 años)

“...esas brigadas eran bueno porque a la gente la población de acá que estamos lejos del pueblo, nos beneficiaba, porque, íbamos a coger el turno y ya nos atendían y ahora hasta ir a coger abajo al hospital el turno ya demoran...” (Mujer ama de casa, 67 años)

*“Pues la distancia, porque si estamos retirados hasta el puesto de salud, a veces no se encuentra con transporte, no hay dinero también para pagar transporte”
(Mujer, ama de casa, 39 años)*

7.3.2. Trámites administrativos

La subcategoría reveló que los participantes manifestaron que, el acceso a medicamentos y atención médica era más directo. Actualmente, los procedimientos requieren múltiples pasos que incluyen exámenes previos y largas esperas para obtener citas. Un entrevistado mencionó:

“Tal vez será el permiso que les den los dirigentes de la salud, no nos dan mucho como antes, antes la droguita sabía aliviar, ahora toca primero hacer un examen, luego a coger el turno que toca con Mallamas, y ahora uno está adolorido, le dicen que 5 días hábiles qué toca coger la cita médica, para llegar a donde el médico general” (Hombre, líder, 47 años)

El retraso administrativo es particularmente problemático en situaciones urgentes. Un caso ejemplar describió una remisión para cirugía que debía ser atendida de inmediato, pero enfrentó demoras debido a la burocracia:

“Yo pues ahí, que le digo, para decir verdad, me quejaría un poquito, tuve una remisión, me remitieron por una cirugía, entonces se trataba de que era como decir urgente, pero de deberás urgente, entonces llegue a la prestadora de salud que es Mallamas y me dijeron no, usted vuelva dentro de cinco días a retirar la remisión o la autorización y ahora si era urgente...” (Mujer, ama de casa, 67 años)

Otro problema destacado es la falta de personal médico y la necesidad de madrugar para conseguir un turno. Los procedimientos actuales demandan que los pacientes esperen hasta cinco días hábiles después de la consulta médica para autorizar exámenes, lo cual afecta negativamente a aquellos con horarios laborales estrictos:

“Por falta de médicos, por falta de enfermeras entonces ahí, pues a veces cierto se escucha o dicen no me atendieron me llamaron...” (Mujer, lideresa, 62 años)

La ausencia de centros de salud en la vereda también ha resultado en situaciones de emergencia no atendidas adecuadamente, lo cual puede tener consecuencias trágicas para las personas en estado grave. Un participante narró un caso en el que la falta de un centro de salud cercano resultó en la pérdida de una vida:

“Por ese lado no, porque mire aquí usted se da cuenta, por ejemplo, es la más grande, y la más extensa y digamos la más distanciada del pueblo, aquí había un centro de salud en el colegio, pero la verdad no sé qué paso lo quitaron, ese a veces nos ha salvado vidas...” (Hombre, líder, 52 años)

La falta de especialización entre el personal médico también es una problemática, ya que los médicos a menudo tienen que atender múltiples áreas de especialidad, lo cual puede reducir la calidad de la atención:

“No porque pues, mire que yo he ido por eso de urgencias y el médico yo creo se mueve por todas las áreas imagínese, entonces carecemos de eso, debe haber un médico para cada cosa...” (Hombre, líder, 52 años)

7.3.3. Falta de calidad en la atención

En esta subcategoría la calidad de la atención médica es otra preocupación destacada por los miembros de la comunidad indígena. Los retrasos en la obtención de citas y turnos, así como la insuficiencia de médicos y enfermeras, afectan negativamente la experiencia del paciente:

“La negativa a veces se demoran mucho en citas o en turnos, por ejemplo, son contados los turnos que se dan entonces uno se queda sin turno...” (Hombre, jornalero, 81 años)

Además, la falta de medicamentos adecuados y especializados es recurrente. Los participantes señalaron que los medicamentos disponibles son a menudo básicos y no siempre efectivos para condiciones de salud más graves:

“Eso es como temporal, hay meses que, si hay médicos, enfermeras, hasta el mismo medicamento, pero eso es temporal, a veces medicamentos que dicen no lo tenemos puede regresar en un mes o en dos meses...” (Mujer, ama de casa, 39 años)

7.3.4. Experiencias negativas en el acceso a los servicios de salud

En esta subcategoría los hallazgos de la investigación destacan las preocupaciones de la comunidad indígena respecto a la atención sanitaria, evidenciando experiencias negativas que afectan su bienestar, que refleja una percepción generalizada de ineficacia en el sistema de salud, donde los pacientes sienten que sus necesidades no son adecuadamente atendidas. Un participante expresó:

“Ahí pues, cuando he ido al hospital de pronto no he hecho nada, me ha tocado particular, no me diagnostican bien, varias gentes que están así, ahí no es solo uno, nos ha tocado particular, para conseguir la salud más” (Hombre, agricultor, 74 años)

La preferencia por médicos particulares se convierte en una alternativa, a pesar de los costos asociados, evidenciando que los pacientes buscan atención donde perciben un compromiso real con su salud, ya que la atención hospitalaria a menudo se limita a recetas sin un diagnóstico claro

“Sino que yendo al hospital dice: ‘tome esta pasta’ y ahora sí no hace nada, entonces, ¿qué hace uno? Nos podemos morir” (Hombre, agricultor, 74 años)

Asimismo, las dificultades para acceder a atención oportuna son evidentes, resaltando la frustración por la falta de respuesta ante urgencias, llevando a los pacientes

a una situación de desamparo, sumado a la falta de recursos y la insuficiencia de especialistas contribuyen a la percepción de que el sistema de salud no cumple con sus funciones básicas.

“Llegamos al hospital y no nos atienden, o si es que vamos dicen: ‘vengan tal día, tal hora’ y no nos atienden, quedamos los mismos” (Hombre, agricultor, 74 años)

“Cuando estamos malos nos cambian para Ipiales y ya, váyase a dar vuelta, dicen. ya tuvimos ese problema, de pronto no hay especialistas” (Mujer, ama de casa, 59 años)

7.4. Recomendaciones frente al acceso a los servicios de salud

En cumplimiento al objetivo específico N°4 en el cual se busca describir las recomendaciones o sugerencias que brinda la comunidad para la mejora en el acceso a los servicios de salud de la vereda Cuetial. Para ello, se abordaron las siguientes subcategorías:

- Eficiencia y efectividad en los trámites administrativos, se refiere a la simplificación y agilización de los procesos administrativos para que sean rápidos y accesibles, que aseguren un acceso adecuado y efectivo a los servicios de salud para la población indígena.
- Calidad en la atención y humanización en los servicios, se refiere a garantizar que la atención médica sea efectiva, segura y culturalmente sensible, respetando la dignidad de los pacientes y fomentando una comunicación empática.

7.4.1. Eficiencia y efectividad en los trámites administrativos

En esta subcategoría Los participantes de la investigación expresaron la necesidad de extender el horario de asignación de turnos médicos para facilitar el acceso a las citas médicas, Esta solicitud se fundamenta en la dificultad actual de asegurar citas debido a las limitaciones de tiempo y responsabilidades diarias. Estableciendo un proceso formal para hacer reclamaciones al Ministerio de Salud, debido a la percepción

de falta de canales efectivos para expresar preocupaciones y mejorar los servicios de salud en comunidades indígenas:

"Sería que le alargaran el tiempito pues que fuera hasta como a las 8 de la mañana, para llegar a coger su cita médica" (Hombre, líder, 35 años)

"Reclamando hasta el ministerio de salud porque aquí no mas no nos llega, sino que habiendo alguien que se preocupara por hacer reclamos [...]" (Mujer, ama de casa, 67 años)

Los participantes expresaron frustración por la gestión actual de turnos médicos y atención general en los centros de salud, esta preocupación refleja la necesidad de mejorar la accesibilidad y distribución de horarios para adaptarse mejor a las necesidades de la población. Según las quejas recogidas

"Que brindaran más turnos porque uno a veces por el tiempo, por el trabajo, por los quehaceres, uno no se puede acudir tan temprano al puesto de salud para adquirir un turno"(Mujer, ama de casa, 39 años)

Se destaca la importancia de un trato igualitario en la atención médica, esta recomendación subraya la necesidad de garantizar que todos los pacientes reciban atención médica adecuada sin discriminación. Según las sugerencias:

"La recomendación pues sería que todos nos uniéramos a ser iguales, porque somos iguales, pues que a nadie se le negara de brindarle un turno, un medicamento para que cada persona pueda gozar de buena salud" ((Mujer, ama de casa, 39 años)

La comunidad expreso una inquietud por los prolongados tiempos de espera en los servicios de urgencias y atención general, en la cual se solicita con urgencia de mejorar la eficiencia y agilidad en la prestación de servicios de urgencias en la localidad

de Cumbal, asegurando así que todos los pacientes reciban atención médica oportuna y adecuada.

"Cuando uno va por las noches a veces así, lo primero es que lo dejan sentado o sea lo esperan y esperan ahí y uno con el dolor y a veces siga esperando eso sería que mejorara aquí en Cumbal" (Hombre, jornalero, 30 años)

7.4.2. Calidad en la atención y humanización en los servicios

En esta subcategoría se reflejan diversas preocupaciones y recomendaciones clave de la comunidad indígena en relación con la atención médica y los servicios de salud locales. Cada uno de estos testimonios resalta aspectos críticos que afectan directamente con la calidad.

Se subraya la necesidad de un mayor apoyo gubernamental y una mejor gestión de recursos para mejorar los servicios de salud locales, enfocándose en la colaboración entre la comunidad y las autoridades locales.

"Sería que nos ayuden, como el alcalde que nos ayude a que gestionen más para la salud nuestra, nos haría más mejor que nos ayudaran" (Hombre, líder, 47 años)

Se presenta una carencia de medicamentos y la urgente necesidad de incrementar el número de médicos y enfermeras para proporcionar una atención médica más completa y efectiva. La comunidad expresa la necesidad imperiosa de contar con recursos adecuados para garantizar tratamientos efectivos y accesibles.

"Casi no hay pues lo de medicina, casi no saben traer mucho, pues a veces toca comprarla por aparte, porque no se la encuentra las drogas, no son suficientes, yo pensaría que hubiera más médicos y más enfermeras para que atiendan, principalmente los médicos que se necesita más, porque uno necesita lo de la salud" (Hombre, líder, 47 años)

En el contexto de mejorar la salud comunitaria, se destaca la importancia de implementar programas educativos que no solo aborden la atención médica curativa, sino que también promuevan activamente la prevención de enfermedades y fortalezcan el autocuidado entre los miembros de la comunidad. Este enfoque no solo busca responder a las necesidades de salud actuales, sino también empoderar a los individuos con los conocimientos necesarios para mantener y mejorar su bienestar de manera proactiva.

La educación para la salud no solo informa, sino que también capacita a las personas para que puedan tomar decisiones informadas sobre su propia salud, adoptando prácticas saludables y adoptando estilos de vida que promuevan un estado óptimo de bienestar.

"No pues, sería que nos orienten o nos manden más capacitaciones en lo de la salud, para prevenirnos nosotros también sería bueno, que hubiera una capacitación en salud" (Hombre, líder, 47 años)

Se le enfatiza en la importancia de implementar programas educativos que promuevan la prevención de enfermedades y fortalezcan el autocuidado dentro de la comunidad. Se subraya la necesidad de empoderar a los individuos con conocimientos que les permitan mantener y mejorar su salud de manera proactiva, la educación continua en temas de salud para fortalecer la capacidad de la comunidad en la gestión de su bienestar personal y familiar y un acceso a información actualizada y relevante que contribuya a la mejora de la calidad de vida, con una atención médica que sea rápida, efectiva y se caracterice por un trato respetuoso y empático hacia los pacientes, para garantizar un acceso más rápido y efectivo a los tratamientos necesarios, un mejor acceso a la atención médica para quienes viven en áreas rurales y enfrentan desafíos significativos de transporte y distancia, además de un personal médico y de salud mejor capacitado para ofrecer una atención más eficaz y adecuada a las necesidades locales

"No pues, sería que nos orienten o nos manden más capacitaciones en lo de la salud, para prevenirnos nosotros también sería bueno, que hubiera una capacitación en salud" (Hombre, líder, 47 años)

"Sería para mejorar pues, que nos brinde más conocimiento, como de médicos, sería para la salud, porque eso nos afectaría mucho en la salud" mejorar pues ahí más que todo, que sea de atención oportuna, con calidad, calidez y con humanización" (Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

"Más que todo que los prestadores de servicios fuéramos más humanos, aquí a Cumbal le hace falta mucho la humanización en salud, los trabajadores de la salud les falta la humanización eso lo que más se pediría" (Mujer, auxiliar de odontología, 36 años)

"También si es bueno, que las IPSs o las prestadoras de salud nos doten tanto con los médicos como con los medicamentos, entonces ahí se salvan muchas vidas pues porque si no, hasta que esperemos a buscar los recursos, hasta que nos atienda un médico particular, hasta eso la enfermedad del paciente ya se agrava más pues" (Mujer, ama de casa, 67 años)

"Si. Pues aquí nosotros digamos el personal hay, aquí necesitaríamos como digamos un personal con más conocimiento o más capacidad sería y pues como le comentaba que se haga el propósito de mejorar en todo aspecto, porque pues más de allí, no se ha podido hacer digamos, eeh lo que esta no más con la droga que nos dan y con lo que nos han venido, digamos pues para nosotros acceder a la salud" (Hombre, albañil, 50 años)

8. Discusión

Los resultados del trabajo permitieron evidenciar que el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de las comunidades indígenas está íntimamente relacionada con su cosmovisión, sus formas de vida y tradiciones, lo que permitió develar y dar cuenta de los significados que tejen las personas de los acopios lecheros de la Vereda Cuetial del municipio de Cumbal Nariño alrededor de salud, acceso, los aspectos o elementos que identifican como facilitadores y barreras para acceder a los servicios de salud, recordar además las experiencias positivas y negativas que han tenido en el sistema de salud colombiano.

Con la información recolectada se puede evidenciar que para la comunidad indígena, el concepto de salud está asociado con el buen vivir y con el bienestar en un aspecto amplio, pues reconoce este concepto como la armonía física, mental, social, ambiental y espiritual del ser humano con todo aquello que lo rodea, lo cual en palabras del Resguardo "les permite llevar a cabo sus actividades diarias con energía y vitalidad, permitiendo a los individuos enfrentar los desafíos diarios con optimismo y vigor, permitiendo a las personas participar plenamente en la vida familiar y comunitaria"(87).

Esta definición coincide con el concepto de salud brindado por la OMS donde expresa que ésta es considerada como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En ambas definiciones se destaca que la salud no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, sino que abarca un estado general de bienestar que incluye diferentes dimensiones de la vida.

Adicional a ello, ambas hacen hincapié en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades diarias con energía y vitalidad para participar activamente en la vida social. Esta concepción integral de la salud enfatiza la importancia de considerar tanto los aspectos físicos como los mentales y sociales para lograr un estado óptimo de bienestar (88).

Naess, en su obra "Ecología, comunidad y estilo de vida", describe la salud como "la capacidad de vivir con alegría, en armonía con el entorno y con uno mismo, afrontando los desafíos y disfrutando de la vida". Esta perspectiva subraya la importancia del equilibrio y la satisfacción personal, la cual se relaciona de alguna manera con el concepto en la que la salud se concibe en la comunidad como la capacidad de realizar actividades diarias y disfrutar de la vida que es otro aspecto crucial (89).

Respecto al concepto de acceso a los servicios de salud es crucial en el contexto de la salud indígena, y se desarrolla a partir de las experiencias y vivencias que la comunidad ha expresado sobre su relación con las instituciones de salud. Esto abarca las percepciones y sentimientos que han surgido a lo largo del tiempo, mostrando cómo estas interacciones han impactado su entendimiento y necesidades en cuanto a los servicios de salud y poder acceder a ellos.

De este modo, lo que se ha observado a partir de los testimonios de los participantes es que el acceso a los servicios de salud se identifica como "la disponibilidad de los servicios, de forma inmediata y sin que haya demoras, el cual puede contribuir de manera significativa a recuperar la salud, un sistema que funcione eficientemente, sin largas esperas ni complicaciones burocráticas, servicios de calidad, con diversidad de instituciones disponibles y con políticas que favorezcan a las poblaciones más vulnerables".

Al respecto, una investigación realizada por Mayorga Amador denominada "Acceso a los servicios de salud en la población indígena de Vaupés a la luz de la Ley Estatutaria de Salud", las comunidades indígenas entienden el acceso a los servicios de salud como un proceso integral que debe respetar sus conocimientos ancestrales y prácticas tradicionales. La participación comunitaria en la gestión de salud es vista como esencial para garantizar un acceso efectivo (90).

Al igual que la capacidad para asegurar que los servicios de salud y que sean entregados de manera efectiva, oportuna, y con estándares de calidad y buenas prácticas

en todos los rincones y comunidades, en el cual el derecho a la salud no solo se concibe el acceso, sino como algo inmerso en la cosmovisión y el territorio de cada pueblo (90).

En cuanto a las prácticas culturales en este estudio se encontró que, por parte de los habitantes del Resguardo hay una valoración positiva de la medicina ancestral, en tanto se reconoce su importancia cultural y terapéutica. La medicina ancestral no solo hace parte de su identidad cultural, que se transmite por medio de recomendación de los mayores o vecinos como una alternativa a la medicina convencional, sino que también es percibida como efectiva para tratar diversas dolencias, las mamás que son los médicos tradicionales de la comunidad a los cuales se acude, por ello hay una confianza en los remedios naturales y aromáticos ya que ayudan a los pacientes a llegar con vida al hospital o clínica, cuando la medicina general falla para tratar los males del campo, y que actualmente se lucha por la recuperación de estas prácticas.

Este concepto guarda relación con la investigación realizada por Montaña G y Moreno W. en el cual los curanderos, conocidos como curandero, son figuras al igual que las mamás o los médicos tradicionales muy respetadas y consultadas con frecuencia. Hay una gran confianza en los remedios naturales que suelen proporcionar alivio, incluso en casos donde la medicina moderna no ha sido efectiva. En áreas rurales, estas prácticas representan una solución rápida y eficaz, especialmente cuando los servicios de salud son escasos (91).

En este estudio existe una ambivalencia con respecto a los servicios recibidos que en algunos casos cumplen las expectativas de los usuarios que se evidencian por el reconocimiento generalizado de la calidad del servicio en emergencias y la adecuación de los recursos, cuando sienten que sus necesidades inmediatas de salud han sido de alguna forma satisfechas, aunque para diagnósticos más complejos, a menudo es necesario viajar a la ciudad aledañas.

Esto está relacionado con la investigación realizada por Hahn R y Rojas J, en el cual los participantes valoran positivamente el relacionamiento con las personas que los

atienden en el hospital, por cuanto logran establecer una mejor interacción a quienes catalogan como “doctores buenos y doctoras buenas”, Refiriéndose a su habilidad para interactuar con ellos, el trato amable que reciben y el compromiso mostrado para asistirles en la resolución de sus dificultades (92).

Desde los relatos recopilados dentro de esta investigación emergió una categoría que llamamos facilitadores del acceso a los servicios de salud. Dentro de los aspectos claves o esenciales que los participantes refirieron que para poder acceder a la atención se encuentran la calidad de los servicios, la atención oportuna, el apoyo administrativo en cuanto al suministro de medicamentos. Además, se cuenta con instituciones de salud que proporcionan la atención médica para la población indígena, en casos de emergencia, los pacientes son referidos a la clínica de localidades cercanas para recibir atención médica efectiva.

De acuerdo a lo identificado en un estudio sobre salud sobre facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en el cual un elemento facilitador ha sido la formación de equipos encargados de implementar la política en los establecimientos de salud, en la cual la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos originarios se valora como la puerta de entrada para que este tema tenga cabida en el ámbito de la salud (93).

Al igual que un estudio denominado actores facilitadores y barreras de acceso de los adultos jóvenes a las atenciones de la RIAS en el que se identificaron que la mayoría de ellos conocen algunos servicios que oferta el hospital de manera general, a los cuales tienen derecho, y se encuentran vinculados en el régimen subsidiado, permitiendo que se acceda a los servicios de salud que requieren, perciben una mejora en la oportunidad y continuidad en la atención dadas las gestiones administrativas articuladas con las EPS, que permiten al hospital autorizar y realizar los exámenes (93).

La ambivalencia está relacionada con las barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud encontrados en esta investigación, cuando no se logra satisfacer

las necesidades de salud, ente los cuales esta, la lejanía geográfica del resguardo al casco o zona urbana que es donde se encuentra el centro de salud más cercano y la falta de transporte son las que mayoritariamente refirieron los participantes de este estudio. En ese sentido, algunos afirmaron que el transporte limitado afecta la capacidad para llegar a tiempo a las citas médicas, lo cual es especialmente problemático en áreas rurales, al igual que las limitaciones económicas que impide que muchos de los miembros de las comunidades indígenas accedan a la atención médica necesaria.

Esta barrera está relacionada con lo que se describe los investigadores en el estudio llamado “Barreras de acceso a la atención en salud para los indígenas de Mapiripán, Meta” quienes revelan que las barreras geográficas y la falta de transporte accesible son desafíos significativos para las comunidades indígenas, sumado a los problemas económicos y la ausencia de infraestructura adecuada que afectan la capacidad de la comunidad para recibir una atención médica oportuna (94).

En un estudio llamado Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala se determinó que los servicios de salud en el pueblo no son adecuados ni suficientes para cubrir las necesidades de los residentes locales, las barreras están interrelacionadas y la pobreza es la principal fuente de los problemas; de ella derivan las barreras económicas, geográficas y culturales (95).

En otra investigación a Barreras de acceso a la atención en salud para los indígenas de Mapiripán, aborda las barreras institucionales con cuerda con el estudio debido que, la mayoría de comunidades se encuentran en zonas distantes y de difícil acceso a los servicios de salud, deficiencias en el sistema de salud, los servicios de salud y la normatividad inadecuado (94).

Lo anterior información concuerda con los datos suministrados por la OPS en los países de América, el 29,3% reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras. El 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas entre los cuales se encuentran los largos tiempos de espera, horas de

atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos, sumado a la disponibilidad inadecuada de recursos como: la falta personal de salud, medicamentos e insumos (96).

Respecto a las recomendaciones que brindaron los participantes del estudio para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud que les brindan, no solo enfatizan en la importancia de tener un acceso equitativo a la atención médica, sino que también sugieren extender el horario de asignación de turnos médicos, brindar una atención médica sin discriminación y con enfoque diferencial y que se destine más recursos en salud, instalaciones hospitalarias adecuadas, bien equipadas disponibilidad de médicos y medicamentos para satisfacer adecuadamente las necesidades locales, impulsar políticas orientadas a la promoción y prevención de las salud. Además, se promueve el desarrollo académico de los jóvenes, para que estudien medicina y haya una prestación efectiva de servicios profesionales a la comunidad.

Al respecto, estas recomendaciones guardan relación con las directrices brindadas por la OMS, la cual promueve políticas que aseguren el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas, sin discriminación. La OMS enfatiza la importancia de adaptar los horarios de atención médica para hacerlos accesibles a una amplia gama de usuarios, asegurando que se satisfagan las necesidades de salud de manera inclusiva y efectiva (46)

Las recomendaciones hechas por los participantes están relacionadas las hechas por la OPS, en donde sugiere la formación y fortalecimiento de los recursos humanos indígenas de la salud deben incrementar el número de profesionales sanitarios indígenas para que trabajen en la propia comunidad, los trabajadores o profesionales, se debe generar estrategias de sensibilización, que los servicios de salud sean efectivos y culturalmente adecuados en las comunidades indígena (97).

Finalmente, de acuerdo a las recomendaciones hechas por Lozano, se recomienda prestar los servicios públicos de salud con pertinencia cultural “considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que los recibe sin discriminación,

adaptar los espacios de atención médica acordes a las características socioculturales de la población usuaria, y la Adecuación de programas y estrategias de prevención y atención a la enfermedad (98).

9. Conclusiones

- En Colombia, el acceso a los servicios de salud enfrenta múltiples obstáculos que dificultan una atención completa y oportuna, a pesar de la existencia de leyes como la Ley 691 de 2001 cuyo objetivo es garantizar el acceso a los servicios de salud para las comunidades indígenas en Colombia.
- De acuerdo con los testimonios recopilados de los participantes sobre su experiencia con la atención recibida, se obtuvo información relevante para responder la pregunta de investigación: ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a los acopios lecheros de la vereda Cuetial, municipio de Cumbal-Nariño, en los años 2023 y 2024?

El estudio revela que, desde la perspectiva indígena, la salud se concibe de manera multifacética, englobando no solo el bienestar integral, sino también la relevancia de los servicios médicos. Esta visión diversa de la salud subraya la necesidad de considerar tanto los aspectos culturales como los biomédicos en la planificación y provisión de servicios de salud para esta población.

La salud se define en términos de bienestar físico, mental y económico, y se considera un derecho universal esencial para la vida diaria y la capacidad productiva. Los participantes valoran tanto la atención médica efectiva como el acceso equitativo a servicios de salud, destacando la necesidad de un sistema de salud inclusivo y accesible que minimice desigualdades y garantice atención oportuna.

- Se valora profundamente la medicina ancestral por su importancia cultural y eficacia en tratar diversas dolencias, y desean mantener estas prácticas vivas. Los médicos tradicionales son respetados y frecuentemente consultados, enriqueciendo y ampliando las prácticas de la medicina moderna.

La integración de ambos sistemas se ve como beneficiosa para mejorar la atención y el bienestar. Además, la medicina tradicional es apreciada por su accesibilidad y eficacia en las creencias familiares y las condiciones socioeconómicas influyen en la elección entre medicina tradicional y moderna.

- Aunque se visualizaron percepciones positivas, también se señala la necesidad de mejorar el acceso, la disponibilidad de medicamentos y la gestión administrativa para optimizar la atención y reducir la dependencia de servicios lejanos.
- El acceso a servicios de salud en la vereda Cuetial está limitado por barreras significativas como la lejanía geográfica, la falta de transporte, complicados trámites administrativos y una baja calidad en la atención. Estas dificultades llevan a retrasos, costos elevados y una percepción de ineficacia del sistema, forzando a la comunidad a buscar alternativas privadas a pesar de sus limitaciones económicas.
- Hay una clara necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud mediante la extensión de horarios para asignación de turnos, la agilización de trámites administrativos y la mejora en la calidad de la atención médica. Las sugerencias incluyen la implementación de programas educativos, una mayor disponibilidad de recursos médicos y la humanización en la atención, con el fin de garantizar un servicio más accesible, eficiente y equitativo.

10.Recomendaciones

- **Implementar transporte comunitario**

Desarrollar e implementar programas de transporte comunitario que faciliten el traslado de los residentes rurales a los centros de salud. Este transporte puede ser financiado en parte por el sistema de salud o a través de asociaciones con organizaciones locales y ONGs.

- **Fortalecer las brigadas de Salud**

Reestablecer y fortalecer las brigadas de salud que visiten regularmente áreas remotas para proporcionar atención médica básica y preventiva. Estas brigadas deben incluir servicios de consulta, vacunación y distribución de medicamentos esenciales.

- **Simplificación administrativa**

Revisar y simplificar los procedimientos administrativos para el acceso a servicios médicos y medicamentos. Implementar sistemas más eficientes para la autorización de exámenes y tratamientos, reduciendo el tiempo de espera y la burocracia.

- **Capacitación y especialización**

Aumentar la capacitación y especialización del personal médico en áreas rurales para asegurar que cada centro de salud cuente con especialistas adecuados y personal capacitado para tratar una variedad de condiciones médicas.

- **Mejorar la dotación de recursos**

Asegurar la disponibilidad continua de medicamentos adecuados y especializados en los centros de salud, evitando la falta de medicamentos que puedan afectar la eficacia del tratamiento.

- **Desarrollo de centros de atención móviles**

Crear unidades móviles de atención médica que puedan trasladarse a las áreas rurales y ofrecer servicios de salud directamente en las comunidades. Estas unidades deben estar equipadas para proporcionar atención primaria y básica.

- **Aumento de la infraestructura**

Construir o mejorar las infraestructuras de salud en áreas rurales, asegurando que haya centros de salud adecuadamente dotados con el personal y los recursos necesarios.

- **Revisión de protocolos administrativos**

Revisar y agilizar los protocolos administrativos para reducir el tiempo de espera para citas y la autorización de exámenes y tratamientos. Incorporar tecnología digital para la gestión de citas y expedientes médicos.

- **Inversión en formación continua**

Invertir en programas de formación continua para médicos y personal de salud, enfocándose en la medicina rural y las necesidades específicas de las comunidades indígenas.

- **Programas de educación para la salud**

Implementar programas educativos en las escuelas que enseñen sobre la importancia de la salud preventiva, la correcta utilización de los servicios médicos y la gestión de trámites administrativos relacionados con la salud.

- **Colaboración con instituciones de Salud**

Colaborar con las instituciones de salud para integrar la educación en salud en el currículo escolar, incluyendo la formación en la gestión de citas médicas y el conocimiento sobre los servicios disponibles.

- **Educación comunitaria**

Desarrollar talleres y seminarios para adultos en las comunidades indígenas que enseñen sobre los derechos en salud, la gestión de trámites y cómo acceder a los servicios de salud disponibles.

- **Fortalecer la organización comunitaria**

Establecer o fortalecer comités de salud comunitarios que puedan trabajar en colaboración con las instituciones de salud para identificar y resolver problemas específicos relacionados con el acceso a los servicios de salud.

- **Participación activa en la gestión de salud**

Fomentar la participación activa de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud, asegurando que las necesidades y preocupaciones locales sean consideradas y abordadas.

- **Educación en derechos y recursos**

Proveer información clara y accesible sobre los derechos en salud y los recursos disponibles, asegurando que todos los miembros de la comunidad estén informados sobre cómo acceder a los servicios médicos y enfrentar problemas administrativos.

Referencias

1. Lorenzo IV. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet] [Consultado 2023 Sep 15] Disponible en: <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>
3. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(6):1947–58.
4. Donabedian A. Calidad Asistencial [Internet]. [Consultado 2023 Dic 26] Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
5. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica [Internet] [Consultado 2023 Dic 28] Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/363/353/416>
6. Miguel B. Salud pública de México [Internet] [Consultado 2023 Dic 29] Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/380/369>
7. 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
8. Organización Mundial de la Salud. La salud de los Pueblos Indígenas [Internet] [Consultado 2023 Dic 30] Disponible en:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_ACONF1-sp.pdf

9. Pérez Correa E, Pérez Martínez M. El sector rural en Colombia su crisis actual: [Internet] [Consultado 2024 Ene 3] Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/view/1993/1275>
10. Uribe Monsalve C, Vargas López N, Perea Díaz H. Evaluación de costos directos de mala calidad y su impacto en la prestación del servicio de cirugía de la clínica Ces [Trabajo de investigación para optar por el título de Auditoria en Salud] Medellín: Universidad CES. Postgrados de Salud Pública; 2011.
11. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la Salud [Internet] [Consultado 2024 Ene 7] Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264083875-es.pdf?expires=1722445110&id=id&accname=quest&checksum=1AC85A33C945A1A4E7351F710C3AC1B8>
12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Medición del bienestar para la formulación de políticas públicas [Internet] [Consultado 2024 Ene 8] Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2021/10/how-s-life-in-latin-america_e373e4e2/7f6a948f-es.pdf
13. Organización de las Naciones Unidas. El impacto del Covid-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala [Internet] [Consultado 2024 Ene 15] Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama multidimensional del desarrollo urbano en América Latina y el Caribe [Internet] [Consultado 2024 Ene 20] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4045553b-f9d6-4f29-886b-680b1c339773/content>

15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala [Internet] [Consultado 2024 Ene 29] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b13dde3d-1900-452a-b221-5f8c3a0b0cea/content>
16. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. Gac Sanit [Internet] [Consultado 2024 Feb 5] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gv34n6/0213-9111-gs-34-06-546.pdf>
17. Hautecoeur M, Zunzunegui Maria V. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala [Internet] [Consultado 2024 Feb 8] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a03v49n2.pdf>
18. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet] [Consultado 2024 Feb 10] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
19. Kerguelén Botero C. Calidad en salud en Colombia [Internet] [Consultado 2024 Feb 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/calidad-salud-colombia-principios-2008-pars.pdf>
20. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet] [Consultado 2024 Feb 18] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
21. Organización Mundial de la Salud. Componentes básicos del derecho a la salud [Internet] [Consultado 2024 Feb 20] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
22. Congreso de la República de Colombia. Legislación Sobre Derechos y

Comunidades Indígenas [Internet]. [consultado 2024 Mar 6]. Available from: http://www.upme.gov.co/guia_ambiental/carbon/areas/minorias/contenid/minoria3.htm

23. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. Colombia; [cited 2024 Mar 14]. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion_politica_de_Colombia_-_2015.pdf
24. Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República No. 1751 (feb. 16, 2015)
25. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [Internet] [Consultado 2024 Feb 20] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582375/pdf/Bookshelf_NBK582375.pdf
26. Suárez Mutis M. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. [Internet] [Consultado 2024 Feb 22] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3s1/0124-0064-rsap-3-s1-00071.pdf>
27. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas [Internet] [Consultado 2024 Feb 25] Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
28. Organización Internacional del Trabajo. Hechos concretos sobre la Seguridad Social [Internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/hechos-concretos-sobre-la-seguridad-social>
29. DANE. Población indígena de Colombia [Internet] [Consultado 2024 Julio 28] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
30. Ministerio de Relaciones Exteriores. Por primera vez se realizará en Colombia la

sesión preparatoria del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas [Internet] [Consultado 2024 Julio 29] Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/primera-vez-realizara-colombia-sesion-preparatoria-foro-permanente-naciones-unidas>

31. La cara amable de Colombia. Historia Indígena en Colombia. Toda Colombia [Internet]. 2006. [Consultado Julio 30]. Disponible en: <https://bit.ly/2yX9t6w>
32. Agudelo Estupiñán A, Gómez Amaya P, Montes Gonzales J, Pelayo G. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud en el Régimen subsidiado del Municipio de San Gil-Santander [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialistas en Gerencia de la Seguridad Social] Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina; 2013
33. Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro Arroyave D, Gómez Valencia N, Rojas Arbeláez C. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia [Internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n3/415-428/es>
34. DANE. La Información del DANE en la toma de Decisiones de los Departamentos [Internet] [Consultado 2024 Mar 1] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/050220-Info-Gobernacion-La-Guajira.pdf>
35. DANE. Percepción de pobreza y bienestar subjetivo [Internet] [Consultado 2024 Mar 1] Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf
36. Rodríguez Hernández J, Rodríguez Rubiano D, Rodríguez Rubiano J, Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana [Internet] [Consultado 2024 Mar 2] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n6/1947-1958/es>

37. DANE. Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018 [Internet] [Consultado 2024 Mar 2] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
38. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Perfil de Salud de la Población [Internet] [Consultado 2024 Mar 2] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
39. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) . Pobreza rural y políticas públicas en América Latina y el Caribe [Internet] [2024 Mar 3] Disponible en: <https://www.fao.org/4/i3070s/i3070s.pdf>
40. Eyzaguirre Beltroy C. El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud [Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Antropología] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Ciencias Sociales; 2016
41. Herrera Castro T. Perfil del Municipio de Cumbal en Nariño Para el Desarrollo y la competitividad Territorial [Proyecto de Grado para optar el título de Economista] Santiago de Cali: Universidad Autónoma de Occidente; 2020.
42. SISPRO. Medición de la Mortalidad por todas las causas [Internet] [Consultado 2024 Mar 4] Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
43. Garbus P. Accesibilidad a La Atención En Salud. La Revisión Teorica De Una Categoría Tan Clásica, Como De Moda. revista la Asoc Médica Bahía Blanca n. 2012;22(1):15–25.
44. Dolci G, Gutiérrez J. García Saiso S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud [Internet] [Consultado 2024 Mar 4] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
45. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre

Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina [Internet] [Consultado Mar 5] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-LEG-EMC_2010Spa.pdf

46. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. la salud y los servicios [Internet] [Consultado 2024 Mar 7] Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/derecho-24-la-salud-y-los-servicios-sanitarios#:~:text=Tienes%20derecho%20a%20disfrutar%20del%20nivel%20m%C3%A1s%20alto%20posible%20de%20salud&text=UNICEF%20Colombia-,Tienes%20derecho%20a%20disfrutar%20del%20nivel%20m%C3%A1s%20alto%20posible%20de,atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20cuando%20est%C3%A9s%20enfermo.>
47. Johnson C. Access to health care in America. Vol. 83, Journal of the National Medical Association. 1991. 197–200 p.
48. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe [Internet] [Consultado 2024 Mar 7] Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/886981471335079059/pdf/97473-REVISED-SPANISH-PUBLIC.pdf>
49. Naciones Unidas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet] [Consultado 2024 Mar 9] Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
50. Naciones Unidas. Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas [Internet] [Consultado 2024 Mar 9] Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
51. Organización Internacional de Trabajo. Proyecto para promover la política de la OIT para los pueblos indígenas y tribales [Internet] [Consultado 2024 Mar 10] Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_100544.pdf

52. Naciones Unidas. Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [Internet] [Consultado 2024 Mar 11] Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_S_P.pdf
53. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República de Colombia, No. 100 (dic 23, 1993).
54. Proyecto de ley de Salud 2023 Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones, No. 339, Comisión Séptima Constitucional (2023).
55. Departamento Administrativo de la Función Pública. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social [Internet] [Consultado 2024 Mar 9] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_4107_DE_2011.pdf
56. Departamento Administrativo de la Función pública. Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 “Hacia un Estado comunitario” [Internet] [Consultado 2024 Mar 9] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/pnd.pdf>
57. Restrepo-Zea J, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia [Internet] [Consultado 2024 Mar 12] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
58. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. D Of. 2006; CXLI (46230):35–40.
59. DANE, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. 3er Censo Nacional

- Agropecuario [Internet] [Consultado 2024 Mar 12] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/images/foros/foro-de-entrega-de-resultados-y-cierre-3-censo-nacional-agropecuario/CNATomo1-Memorias.pdf>
60. Departamento Nacional de Planeación. Definición de categorías de ruralidad (Informe temático para la Misión para la Transformación del Campo) [Internet] [Consultado 2024 Mar 13] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal%20y%20pesca/Definicion%20Categor%C3%ADas%20de%20Ruralidad.pdf>
61. Zuluaga Sánchez G. Las nuevas funciones del espacio rural [Internet] [Consultado 2024 Mar 13] Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/8404/For15-5-Zuluaga.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
62. Granados Andrade SM, Martínez LE, Morales P, Ortiz GR, Sandoval H, Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. Rev Ciencias la Salud [Internet] 2024;3(1):98–106 [Consultado 2024 Mar 16] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56230113.pdf>
63. Decreto-Ley 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 193 los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política, Ministerio de Justicia y del Derecho, No.1953 (oct. 7, 1993)
64. De La Guardia Gutiérrez M, Ruvalcaba Ledezma J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal [Internet] 2020; 5(1):81–90 [Consultado 2024 Mar 16] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
65. Oficina Internacional del trabajo. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales [Internet] [Consultado 2024 Mar 16] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/30118/Convenio169.pdf>

66. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de las Naciones Unidas [Internet] [Consultado 2024 Mar 18] Disponible en: https://www.juschubut.gov.ar/images/estandares_internacionales_sobre_Derecho_a_la_Salud_en_la_ONU.pdf
67. Naciones Unidas. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas Organización de Estados Americanos. No Title. In: Relatoría sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [Internet] [Consultado 2024 Mar 19] Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/UNDRIPManualForNHRIs_SP.pdf
68. Naciones Unidas. Convenio sobre la diversidad biológica naciones unidas [Internet] [Consultado 2024 Mar 19] Disponible en: <https://www.cbd.int/doc/legal/cbd-es.pdf>
69. Semper F. Los derechos de los pueblos indígenas de Colombia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional [Internet] [Consultado 2024 Mar 19] Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/R21731.pdf>
70. Ley 21 de 1991 Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989, No. 21 (mar. 4, 1991)
71. Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, Colombia. Congreso de la República de Colombia.9999 Departamento Administrativo de la Función Pública, No. 691 (sep. 18, 2001)
72. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República de Colombia, No. 100 (dic, 2023)
73. Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a

la salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República de Colombia, No. 1751 (feb.16,2015).

74. Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos Generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet] [Consultado 2024 Mar 21] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/lineamientos-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>
75. Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial – Maite, Ministerio de Salud y Protección Social, No. 2626, (sep. 27, 2019)
75. Gobernación de Nariño. Plan Departamental de Extensión Agropecuaria del Departamento de Nariño PDEA - Nariño [Internet] [Consultado 2024 Mar 23] Disponible en: <https://www.minagricultura.gov.co/ministerio/direcciones/Documents/PDEA%27s%20Aprobados/PDEA%20Nari%C3%B1o.pdf>
76. Taymal V. Plan de Desarrollo ESE Hospital Cumbal octubre 2017 - marzo 2020 [Internet] [Consultado 2024 Mar 23] Disponible en: <https://www.esehospitalcumbal.gov.co/wp-content/uploads/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20CUMBAL%20DEFINITIVO.pdf>
77. Colombia. Ministerio de Salud. ¿Qué es el Régimen Subsidiado? [Internet] [Consultado 2024 Mar 23] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimen-subsidiado.aspx>
78. Plan de Vida. Resguardo Indígena del gran Cumbal. [Internet] [Consultado 2024 Mar 23] Disponible en: <https://www.cumbal-narino.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-municipal-de-la-mano-por-cumbalavancemos>

79. Salgado Lévano A. Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del Rigor Metodológico y retos [Internet] [Consultado 2024 Mar 23] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
80. Díaz Y. Mirada Fenomenológica desde las Competencias Investigativas en las Líneas de Investigación de la UNESR [Internet] [Consultado 2024 Mar 24] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5636/563662155014/html/>
81. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf
82. Ricardo de la Espriella y Carlos Gómez Restrepo. Teoría fundamentada [Internet] [Consultado 2024 Mar 25] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n2/0034-7450-rcp-49-02-127.pdf>
83. Asociación Médica Mundial. (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet] [Consultado 2024 Mar 25] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
84. Ley 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, Departamento Administrativo de la Función Pública, No. 1581 (oct. 17, 2012)
85. Ley 23 De 1981 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica, Congreso de la República de Colombia, No. 23 (feb. 18, 1981)
86. Resolución número 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Ministerio de Salud, No. 8430 (oct. 4, 1993)
87. Bobatto M, Segovia G, Marín Rojas S. El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo

[Internet] [Consultado 2024 Mar 27] Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe1/24-36/es>

88. Organización Mundial de la Salud. Cómo define la OMS el concepto de salud [Internet] [Consultado 2024 Jun 16] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
89. Naess A. Ecología, Comunidad y Estilo de Vida Ecología, Comunidad y Estilo de Vida [Internet] [Consultado 2024 Jun 17] Disponible en: <https://www.yenny-elateneo.com/arne-naess-ecologia-comunidad-y-estilo-de-vida-ecosofia/p/MLA21373945>
90. 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.
91. Montaña G, Moreno W. La medicina tradicional como estrategia pedagógica y el uso de plantas medicinales para fomentar y promover conocimientos tradicionales en los estudiantes del grado 8 de la institución educativa integrada de Uribe - Chile [Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Etnoeducación] Tumaco: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD); 2019.
92. Rojas J, Herrero Hahn R. Cambio de hogar: experiencias de los indígenas al recibir atención en el hospital [Internet] [Consultado 2024 Jun 18] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7885541/pdf/2216-0280-iee-38-03-e08.pdf>
93. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile [Internet] [Consultado 2024 Jun 18] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28224/v39n2a8_122-127.pdf?sequence=1&isAllowed=y
94. Universidad de los Andes. Barreras De Acceso a La Atención En Salud Para Los Indígenas De Mapiripán, Meta-Colombia [Internet] [Consultado 2024 Jun 19]

Disponible en:

<https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/c6fc0e39-b2c7-4b75-9df6-20e25540b5a9/content>

95. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala [Internet] [Consultado 2024 Jun 19] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10649202.pdf>
96. OPS. Salud universal [Internet] [Consultado 2024 Jun 20] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
97. Cevallos R. Prestación de servicios salud zonas indígenas [Internet] [Consultado 2024 Jun 21] Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios salud zonas indigenas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios_salud_zonas_indigenas.pdf)
98. Lozano A. Recomendaciones de política para prestar servicios de salud sin discriminación y fortalecer el modelo intercultural de atención a la salud y entornos saludables de Pueblos Indígenas y afrodescendientes en México [Internet] [Consultado 2024 Jun 21] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4e3ebc7a-258c-4012-bd6e-445a5c80511e/content>

Anexos

Anexo 1. Aval cabildo indígena periodo 2023-2024



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
RESGUARDO INDÍGENA DEL GRAN CUMBAL
Nit: 800216159-2

**EL SUSCRITO GOBERNADOR DE LA HONORABLE CORPORACION DEL
CABILDO INDIGENA DEL GRAN CUMBAL.**

**EN EL USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES, DEL
DERECHO MAYOR, LEY DE ORIGEN, LEY NATURAL, LEY 89 DE 1890, LEY 21
DE 1991, CONVENIO 169 DE LA OIT Y DEMAS NORMAS CONCERNIENTES A
PUEBLOS INDIGENAS.**

CONCEDE AVAL:

El presente **AVAL** se expide en apoyo en realización de trabajo de investigación llamado: **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA RURAL AFILIADA A ACOPIOS LECHEROS DE LA VEREDA CUETIAL EN EL MUNICIPIO DE CUMBAL NARIÑO, EN EL AÑO 2023.** Que será desarrollado por parte del estudiante; **HÉCTOR ANDREY ALPALA ALPALA**, identificado con cedula de ciudadanía N°: **1088589661** expedida en Cumbal, El cual se llevará a cabo en el territorio del resguardo de Cumbal, teniendo en cuenta los beneficios que le pueda aportar la investigación a las Autoridades del Resguardo y a la comunidad en general, sobre los problemas reales en cuanto a el acceso a los servicios de salud en el territorio.

Como autoridad ancestral nos permitimos autorizar el desarrollo del mencionado trabajo de investigación.

Dada en el despacho del honorable cabildo de indígenas del gran Cumbal, a los dieciséis (16) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (23).



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
RESGUARDO INDÍGENA DEL GRAN CUMBAL
Nit: 800216139-2



**EL SUSCRITO GOBERNADOR DE LA HONORABLE CORPORACION DEL
CABILDO INDIGENA DEL GRAN CUMBAL.**

**EN EL USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES, DEL
DERECHO MAYOR, LEY DE ORIGEN, LEY NATURAL, LEY 89 DE 1890, LEY 21
DE 1991, CONVENIO 169 DE LA OIT Y DEMAS NORMAS CONCERNIENTES A
PUEBLOS INDIGENAS.**

CONCEDE AVAL:

El presente AVAL se expide en apoyo en realización de trabajo de investigación llamado: **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA RURAL AFILIADA A ACOPIOS LECHEROS DE LA VEREDA CUETIAL EN EL MUNICIPIO DE CUMBAL NARIÑO, EN EL AÑO 2023.** Que será desarrollado por parte del estudiante; **HÉCTOR ANDREY ALPALA ALPALA**, identificado con cedula de ciudadanía N°: **1038589661** expedida en Cumbal, El cual se llevará a cabo en el territorio del resguardo de Cumbal, teniendo en cuenta los beneficios que le pueda aportar la investigación a las Autoridades del Resguardo y a la comunidad en general, sobre los problemas reales en cuanto a el acceso a los servicios de salud en el territorio.

Como autoridad ancestral nos permitimos autorizar el desarrollo del mencionado trabajo de investigación.

Dada en el despacho del honorable cabildo de indígenas del gran Cumbal, a los dieciséis (16) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (23).

HECTOR FIDENCIO VILLACRIZ
Gobernador Cabildo Indigena de Cumbal

"AUTORIDAD, MINGA Y TERRITORIO PARA UN BUEN VIVIR"
Dirección: carrera 13 calle 19 Esquina. Barrio los Prados Cumbal (Nariño)
Celular:

Email: resguardoindigenadecumbal@gmail.com



Anexo 2. Consentimiento informado

Título del proyecto: Acceso a los servicios de salud de la población indígena rural asociada a acopios lecheros de la Vereda Cuetial del municipio de Cumbal, Nariño 2023-2024

¿Cuál es el objetivo del estudio?

La salud está estipulada como un derecho fundamental en Colombia; sin embargo, existen limitantes que impiden un acceso efectivo a los servicios de salud para las comunidades indígenas. Por esta razón, este proyecto tiene como objetivo analizar el acceso a los servicios de salud desde las experiencias que tienen los habitantes de la vereda Cuetial del municipio de Cumbal, Nariño y las recomendaciones que brindan para el mejoramiento en dicho acceso.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

- Personas pertenecientes a la comunidad indígena
- Personas mayores de 18 años
- Personas que deseen participar voluntariamente y cuenten con la disposición
- Personas que se encuentren en la comunidad durante la aplicación de la entrevista
- Personas que hayan usado al menos una vez los servicios de salud del municipio

¿Qué se hará durante el estudio y cuáles son sus derechos?

Se realizarán entrevistas a algunas personas de la comunidad indígena para conocer las visiones y experiencias que tiene alrededor del acceso a los servicios de salud. Dicha conversación tendrá una duración no mayor a 1 hora.

- Usted como participante de la investigación tiene derecho a estar informado y conocer sobre los objetivos y la forma en que se desarrollara esta investigación.
- Si presenta alguna duda después de leer este documento, no dude en hacerla conocer al equipo.

- Si autoriza nos gustaría grabar la entrevista, pues todo lo que digas es muy importante y no quisiéramos que, en el intento de tomar notas, no pudiésemos escuchar y escribir todo lo que dices.
- Si usted desea participar debe dar el consentimiento escrito, al cual usted puede acceder y si desea, podemos brindarle una copia de este documento.
- Es importante que usted sepa que no está obligado a responder todas las preguntas y que en cualquier momento de la entrevista puede interrumpir u optar por no participar sin que esto traiga consecuencias negativas, incluso si ha dado su consentimiento anteriormente, pues este es un acuerdo voluntario.
- Si se siente incómodo o no desea continuar en algún momento durante la conversación, puede detener la entrevista y retomarla en otro momento si así lo prefiere. Su comodidad es importante, por lo que, si alguna pregunta le resulta incómoda, puede expresarla libremente.

¿Cómo se protegerá su información personal?

La información que salga de este proyecto se usará para fines académicos, por tanto, será confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre, por lo cual puede sentirse tranquilo de decir todo lo que piensa sin miedo.

Nuestra prioridad es mantener la información de manera segura para que no sea revelada su identidad. Cualquier nombre mencionado en la grabación será modificado para preservar la privacidad de las personas involucradas. Posteriormente, los investigadores analizarán esta información para elaborar informes y publicaciones.

¿Cuáles son los beneficios de la investigación?

Aunque no recibirá ningún beneficio directo ni habrá compensación financiera por su participación, sus experiencias son muy importantes para entender el acceso y la garantía de la seguridad social en las comunidades indígenas. Esto nos ayudará a comprender mejor cómo se relaciona con las condiciones de vida. Documentar estas situaciones es crucial, ya que constituye el primer paso para proporcionar a quienes toman decisiones

información de forma precisa y detallada. Su aporte es valioso para crear conciencia y posibilitar acciones que mejoren la situación de su comunidad.

¿Cuáles son los posibles riesgos o efectos negativos?

Esta investigación no se considera de riesgo o que cause algún efecto adverso a la comunidad, debido a que se limitará a la realización de preguntas, que serán escuchadas y recolectadas con mucho respeto y con el debido cuidado, pero estas preguntas pueden tratar temas sensibles, en caso de esto ocurra la entrevista será suspendida hasta cuando usted considere necesario retomarla.

¿Qué haremos con los resultados?

Cuando se termine la recolección de la información en la comunidad, se realizará un informe final el cual usted podrá conocer. Al final del estudio se realizará una socialización de los resultados ante la comunidad, las organizaciones indígenas y demás instituciones o personas interesadas en el tema. Así mismo se espera escribir artículos para publicar en revistas científicas.

En caso de no entender algo de lo que se ha mencionado anteriormente, tiene alguna duda o queja por favor siéntase en confianza de comunicarse con Héctor Andrey Alpala Alpala al celular 3212189048 o al e-mail hector.alpala@udea.edu.co o con Jennifer Marcela López Ríos al celular 3104707989, o al email jennifer.lopez@udea.edu.co

¿Está de acuerdo con la manera como se realizará la recolección de la información?,

¿Tienes alguna duda al respecto?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: _____

Aceptación.

Al aceptar participar asumimos que lo hace voluntariamente, le recordamos que puede cambiar de opinión en cualquier momento y esto no traerá ningún problema hacia usted u otra persona.

Así mismo expreso que este consentimiento fue socializado de manera conversada y se me permitió realizar las preguntas necesarias para comprender la investigación y la manera como se realizará

Marca con una X en el SI, si aceptas participar o en el NO, si no aceptas.

Solicitud de consentimiento/asentimiento	SI	NO
Acepto participar en este proyecto		
Autorizo que el audio de la entrevista sea grabado para fines del estudio		
Autorizo la toma de fotografías y videos para ser utilizados con fines académicos		
Autorizo que el material escrito, audiovisual, gráfico construido a partir de los resultados del proyecto sea divulgado en publicaciones y/o eventos a nivel local, nacional e internacional		
Autorizo el uso futuro de los datos en otras investigaciones		

Espacio para firmas:

Nombre del participante	Firma o huella digital

Testigo N° 1	Firma o huella digital

Lugar y fecha: _____

Anexo 3. Entrevista semiestructurada

1. Introducción

- Saludo y presentación del entrevistador.
- Explicación del propósito de la entrevista y el proyecto de investigación.
- Agradecimiento por participar y asegurar la confidencialidad de la información proporcionada.

2. Identificación del participante

- Código _____
- Nombre _____
- Edad en años _____
- Nivel educativo _____
- Régimen de salud al que pertenece _____
- Años que lleva viviendo en la comunidad _____
- Rol/cargo dentro de la comunidad _____
- Con quién vive _____
- De dónde provienen los ingresos económicos _____
- Otra _____ ¿Cuál? _____

3. Experiencia de acceso a los servicios de salud:

- ¿Podría hablarnos un poco de la experiencia personal o familiar cuando accedió a los servicios de salud en la Vereda Cuetial? ¿Cómo estuvo? ¿Qué recuerda de la experiencia?
- Las experiencias que ha tenido al acceder a los servicios de salud han sido positivas o negativas, ¿por qué? Cuéntenos un poco de esto
- Para usted ¿Cuáles son los aspectos positivos o que facilitan que tenga una buena experiencia para acceder a los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las principales barreras o desafíos que enfrenta su comunidad para acceder a servicios de salud?

4. Recursos y disponibilidad de servicios de salud:

- ¿A qué tipo de servicios de salud accede usted principalmente?
- ¿Qué tipos de servicios de salud están disponibles en su área local?
- ¿Hay suficientes centros de salud o clínicas cercanas a su comunidad?
- ¿Existen recursos suficientes, como médicos, enfermeras y medicamentos, para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad indígena?

5. Aspectos culturales y sociales:

- ¿Existen prácticas culturales o creencias que influyan en la búsqueda de atención médica en su comunidad?
- ¿Cómo afectan los factores sociales, como el nivel socioeconómico o el acceso a la educación, al acceso a servicios de salud en su comunidad?

6. Sugerencias para mejorar el acceso a servicios de salud:

- ¿Qué medidas cree usted que se podrían tomar para mejorar el acceso a servicios de salud para la población indígena en su área?
- ¿Hay algún programa o iniciativa que haya sido exitoso en mejorar el acceso a servicios de salud en otras comunidades que le gustaría ver implementado en el resguardo?
- ¿Qué recomendaciones brinda usted para que mejore el acceso a los servicios de salud?

7. Conclusiones:

- ¿Hay algún otro aspecto que le gustaría compartir sobre el tema del acceso a servicios de salud en su comunidad?
- Agradecimiento final por su tiempo y participación en la entrevista.