

**IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD CON ENFOQUE MULTICULTURAL EN EL HOSPITAL NAZARETH,
MUNICIPIO DE URIBIA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

**AMITH ARELIS ALDANA LYONS
YANIA PATRICIA MEJÍA CUADRADO**

**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
POSTGRADO GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA LA GUAJIRA**

2.012

**IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD CON ENFOQUE MULTICULTURAL EN EL HOSPITAL NAZARETH,
MUNICIPIO DE URIBIA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**

**AMITH ARELIS ALDANA LYONS
YANIA PATRICIA MEJÍA CUADRADO**

**Investigación presentada como requisito para optar al título de
Especialización en Gerencia de los Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
POSTGRADO GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA LA GUAJIRA**

2.012

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Riohacha, 23 de abril de 2012

DEDICATORIA

Dedicamos este triunfo a Dios por ser él quien ha estado a nuestro lado en todo momento, dándonos la fuerza necesaria para continuar luchando y seguir adelante en nuestras vidas.

A nuestros esposos e hijos por su tiempo, apoyo y comprensión brindada a lo largo de este periodo de estudio, para engrandecer con firmeza, conocimiento y devoción este logro profesional.

A nuestros amigos y compañeros más cercanos que siempre nos acompañaron y con los cuales hemos contado desde que los conocimos, durante nuestra estadía en la Universidad de la Guajira, a todos ellos gracias .

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

La Universidad de la Guajira por la calurosa acogida, la cual nos brindo mayores posibilidades para nuestro crecimiento personal y profesional.

A todo los docentes que nos acompañaron, puesto que sin ellos la construcción de los nuevos y sólidos conocimiento adquiridos hubiese sido una utopía.

Al Doctor CARLOS ARTURO ROBLES por su apoyo y colaboración, pilar fundamental en el proceso de lograr la meta propuesta.

CONTENIDO

	Pág
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	19
1.3 IMPACTO ESPERADO	21
1.4 OBJETIVOS	22
1.4.1 Objetivo General	22
1.4.2 Objetivos Específicos	22
2. MARCO TEORICO	23
2.1 QUE ES LA MULTICULTURALIDAD	23
2.2 LA SALUD, CONSERVACIÓN Y PROTECCIÓN AMBIENTAL	26
2.3 MEDICINA INTERCULTURAL, UNA SANA ESTRATEGIA CURATIVA	27
2.4 VISIONES DIFERENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE LA SALUD	28
3. METODOLOGÍA Y LINEA DE INVESTIGACIÓN	32
4. EL CONTEXTO DE LA ALTA GUAJIRA	33
4.1 POBLACIÓN Y ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA ALTA GUAJIRA	34
4.2 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA ALTA GUAJIRA	35
4.3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO	36
4.4 RIESGOS DEL AMBIENTE	27
4.5 IMPLICACIONES	39
4.6 VIAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTES	40
4.7 VIVIENDA Y SANEAMIENTO BASICO	40
4.8 SUMINISTRO DE AGUA	41
4.9 DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	42
4.10 DISPOSICION DE BASURAS	42
4.11 TIEMPO EMPLEADO POR CADA UNA DE LAS FAMILIAS PARA ACUDIR AL ORGANISMO DE SALUD MÁS CERCANO	42

4.12 TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA CUDIR A LOS SERVICIOS DE SALUD	43
5. LA NOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR EN LA ETNIA WAYUU	44
5.1 VISTAZO A LA COSMOGONÍA WAYUU	44
5.2 LENGUAJE WAYUU	46
5.3 VISIÓN WAYUU DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD	46
5.3.1 El Diagnóstico	47
5.3.2 Tratamiento De Las Enfermedades Entre Los Wayuu	47
5.3.2.1 Tratamiento de las dolencias ayuulee	47
5.3.2.2 Tratamiento de las enfermedades wanuluu	47
5.4 EL REPOSO Y LA RECUPERACIÓN DE LOS ENFERMOS	48
5.5 LAS PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA	50
5.6 MEDICINA NATURAL Y MEDICINA ALOPATICA	51
5.7 LA NOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR WAYUU	52
5.8 LA POLÍTICA RELACIONAL DE LOS WAYUU	54
6. FACTORES PREVALENTES E INCIDENTES EN LOS PROCESOS DE SALUD DE LA ETNIA WAYUU	55
6.1 CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO DE LA ALTA GUAJIRA	55
6.2 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA	55
6.3 MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO	57
6.4 TASA DE MORTALIDAD	58
6.5 PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORTALIDAD	58
6.6 MORTALIDAD, POR EGRESO HOSPITALARIO	59
7. LOS DERECHOS, DEBERES Y BENEFICIOS A QUE TIENEN DERECHO LOS WAYUU	61
7.1 CONTEXTO LEGAL	61
7.2 LOS WAYUU SUJETOS DE DERECHOS Y COMPLEJIDAD DE APLICACIÓN	66
7.3 LEY 691 DE 2001	69
8. COMPLEMENTARIEDAD Y POSIBLES ANTAGONISMOS DE LAS	78

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN EN SALUD INDIGENA EN COLOMBIA.	
8.1 ASPECTOS ANTAGONICOS DEL MODELO PROYECTADO POR LA NACION Y LAS CONDICIONES WAYUU	79
9. CRITERIOS RELEVANTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON ENFOQUE MULTICULTURAL EN EL HOSPITAL DE NAZARETH.	81
9.1 LA ORGANIZACIÓN Y SUS SERVICIOS	82
9.1.1 Presentación del Hospital en la Red de Servicios	82
9.1.2 Servicios Hospitalarios	82
9.1.3 Servicios de la Consulta Externa	82
9.1.4 Atención Extramural	82
9.1.5 Servicio de Urgencias	82
9.1.6 Apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica	82
9.1.7 Transporte especial de pacientes	83
9.2 LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y TECNICA	86
9.2.1 Vinculación Técnica	86
9.2.2 Infraestructura Física	86
9.2.3 Capacidad Técnico Administrativa	88
9.3 CRITERIO ESTRATEGICOS DEL MODELO MULTICULTURAL	89
9.3.1 Información	90
9.3.2 Promoción	90
9.3.3 Motivación	90
9.3.4 Concienciación	90
9.3.5 Educación en Salud	91
9.3.6 Liderazgo	91
9.3.7 Asesoría	92
9.3.8 Concertación	92
9.3.9 Apoyo y Gestión	92
9.3.10 Continuidad	92

9.4 EL PROCESO OPERATIVO	96
9.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTE MÓDELO.	97
9.6 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	98
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

GLOSARIO

Alijuna: Palabra utilizada por los wayuu para referirse al hombre blanco o mestizo que no pertenece a raíces indígenas.

Chaman: individuo al que se le atribuye la capacidad de modificar la realidad o la percepción colectiva de ésta, de maneras que no responden a una lógica causal. Esto se puede expresar finalmente, por ejemplo, en la facultad de curar, de comunicarse con los espíritus y de presentar habilidades visionarias y adivinatorias.

Criterio: Condición o regla que permite realizar una elección.

Medicina alopática: Refiere a la medicina convencional usada por la mayoría de los procesos científicos modernos.

Multiculturalidad: es un concepto sociológico o de antropología cultural. Significa que se constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo estas culturas cohabitan pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas.

La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles. En los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo.

Noción: Conocimiento, idea o concepto elemental que se tiene respecto de alguna cosa.

Wayuu: Etnia habitante de la península de la Guajira al norte de Colombia y en el occidente de Venezuela.

RESUMEN

La prestación de servicios de salud, con enfoque multicultural en el contexto wayuu de la Alta Guajira, implica la implementación de criterios y nociones utilizados tanto desde el mismo ámbito de la etnia, como desde la medicina alopática tradicional de occidente para alcanzar mayor eficiencia al interior de las comunidades, focalizándose en la población de la zona de influencia del Hospital de Nazareth, en la Alta Guajira municipio de Uribí.

El estudio documenta las nociones generales de salud y enfermedad en la etnia wayuu, sus procesos de diagnóstico y atención de los enfermos, de manera que el Hospital Nazareth teniendo en cuenta esos criterios étnicos, tanto como sus usos y costumbres, puede implementar un modelo multicultural de prestación de servicios que exige el uso de los recursos físicos y humanos disponibles en la Alta Guajira con un enfoque adecuado al contexto.

La multiculturalidad, constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social, generando comunidades con vidas paralelas que por sus estereotipos y prejuicios dificultan el desarrollo y la mejora de la calidad de vida en detrimento de los grupos más débiles, que para el presente estudio tratase del grupo étnico wayuu, y quienes con base en sus derechos ciudadanos pueden alcanzar un desarrollo mejorado de sus vidas.

Palabras clave: wayuu, servicios de salud, multiculturalidad, noción de salud wayuu, noción de enfermedad wayuu, criterios multiculturales.

INTRODUCCION

A partir del proceso de descentralización administrativa en Colombia, el gobierno central delegó la responsabilidad básica de la prestación de los servicios de salud en las administraciones municipales, siendo estas las encargadas de la prestación y gestión de estos servicios en su jurisdicción.

La responsabilidad del Departamento se suscribe a la complementariedad, actuando como orientador y cofinanciador de la atención de mayor complejidad; igualmente se encarga del apoyo a los municipios para que estos logren mayores niveles de cobertura y mejores servicios para sus afiliados.

Entonces, la responsabilidad del ente municipal debe abarcar de forma total los eventos que comprometen la atención y prestación de los servicios de salud.

El Hospital de NAZARETH del Municipio de Uribía, que es la entidad estatal encargada de prestar servicios de salud a la etnia wayuu de la Alta Guajira, debe de manera formal iniciar un proceso en el que el personal que interviene, haciendo uso de las competencias para cada dependencia, ya sea asistencial o administrativa, implementen modelo de prestación de servicio con enfoque multicultural. Esta implementación implica la gestión del conocimiento desde la perspectiva multicultural y la capacitación en el mismo sentido del personal que interviene en la prestación de servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la atención en la calidad del servicio de salud que se traducirá en la disminución de sus índices de morbilidad infantil y otras enfermedades que son prevalentes en la etnia; índices que por las características del medio, tanto como de los de usuarios, han llegado a ser motivo de preocupación nacional.

Teniendo en cuenta que la prestación de servicios de salud en Colombia tiene cinco características básicas: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y

continuidad para los usuarios, por una parte; así las cosas, la otra parte en referencia a los grupos étnicos y las negritudes, la característica debe ser el multiculturalismo de acuerdo a los criterios relevantes de cada medio.

Según el diccionario, un criterio es una condición o regla que permite realizar una elección. De tal manera, que en el contexto de la prestación de servicios de salud, donde la vida de seres humanos depende de las decisiones que se tomen, se hace necesario tener criterios claros para que realmente hagan pertinentes todas las intervenciones en materia de salud.

Los criterios o reglas que una comunidad tiene para realizar sus acciones están influidos por sus valores y visiones de la vida y de las cosas. Por eso, se realizó un estudio general de la cosmovisión wayuu y sus nociones de salud y enfermedad, de manera que los profesionales tanto raizales, como foráneos o alijuna, como les designa el wayuu, puedan contribuir de manera efectiva en la mejora de la calidad de vida de la etnia.

La institución focalizada es el Hospital de Nazareth en el municipio de Uribia, ubicado en la Alta Guajira, a fin de darle un marco geográfico específico, sin embargo, como es de conocimiento general la gran nación wayuu se extiende a lado y lado de la frontera norte colombo-venezolana, por lo que se considera que este estudio es un aporte que trasciende el marco geográfico establecido para el mismo.

Agradecemos a los funcionarios del Hospital de Nazareth su colaboración y a los lectores sus aportes, por el bien de un pueblo que ha resistido con honor.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud de los pueblos indígenas de las Américas, ha sido una constante preocupación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 1992, en el contexto de las movilizaciones de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano, la proclamación del "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo", la proclamación del "Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo" por parte de la ONU y la entrega del Premio Nobel de la Paz a Rigoberta Menchú, el Subcomité de Planificación y Programación de OPS propuso que se preste mayor atención a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas.

La Iniciativa fue aprobada por el XXXVII Consejo Directivo a través de la Resolución CD37.R5, estableciéndose los cinco principios que rigen el trabajo con las comunidades indígenas: necesidad de un abordaje integral de la salud; derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; derecho a la participación sistemática; respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y la reciprocidad en las relaciones.

La equidad como ideal en los pueblos indígenas y su relación con la prestación de servicios de salud, con enfoques multiculturales, dentro de la OPS, ha implementado numerosas referencias al hecho, ya que la salud para todos comprende el compromiso moral de reducir la falta de equidad en salud como manifestación de injusticia social. Esta es la responsabilidad que ha animado a Honduras y a muchos países de América a priorizar el abordaje de la salud de estos pueblos dentro de un proceso de coordinación intra e intersectorial, donde se destaca el rol de la Confederación de Pueblos Autóctonos en la defensa de sus derechos en salud.

El progreso de los países de la Región de las Américas se expresa en las constantes mejoras de varios indicadores nacionales de bienestar, tales como la esperanza de vida, la facilidad de acceso al agua potable, la cobertura de inmunización y la reducción de los resultados desfavorables para la salud, particularmente la disminución de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles. Estos cambios se presentan dentro de un marco de reformas políticas y económicas, y de mayor descentralización de los servicios de salud. Sin embargo, la difícil tarea de crear sistemas de salud que permitan reducir las grandes desigualdades existentes entre los pueblos de la Región sigue constituyendo una prioridad. Los cambios socioeconómicos en este universo multiétnico, plurilingüe y multicultural retan la capacidad de las instituciones nacionales de salud para prestar servicios con eficacia y equidad a los sectores vulnerables de la población, como son los pueblos indígenas y negros de las Américas.

En la región de la alta Guajira se cuenta con una población de aproximadamente 53.600 habitantes donde el 99 % son indígenas wayuu, los cuales son atendidos en la E.S.E Hospital de Nazareth empresa de salud que presta los servicios en el primer nivel de atención y la cual realiza actividades intrahospitalarias y extramurales para cumplir con los programas establecidos por el gobierno respecto a promoción, prevención y Salud Pública.

En la realización de estas actividades se perciben muchos problemas, como el hecho que La E.S.E Hospital de Nazareth es un organismo de primer nivel de atención, los esfuerzos a nivel gerencial y administrativo son enormes para lograr mantener cubiertas las necesidades en salud de una población dispersa, migratoria, de escasos ingresos económicos, altos niveles de analfabetismo, con difíciles vías de acceso, golpeada por la naturaleza, la violencia, y que con facilidad se les puede apreciar la vulnerabilidad en muchos otros aspectos.

La intervención de la institución tanto en el individuo como en la comunidad está sujeta a limitaciones propias del sistema que hacen parte de los lineamientos nacionales que en muchos casos obvian elementos culturales importantes dentro del proceso salud- enfermedad, aun mas si están relacionados con etnia y en este caso en particular aspectos de la cultura wayuu; por consiguiente el Incipiente enfoque de la cultura wayuu en el E.S.E Hospital de Nazareth, no corresponde a la realidad que actualmente se presenta, muchas actividades relacionadas con la cultura hacen parte de lo cotidiano en la institución pero no se encuentran documentadas, protocolizadas o estandarizadas ya que la institución no está enmarcada en una política que permita hacerlo de manera amplia y equilibrada. El incipiente enfoque institucional no corresponde a las necesidades de población y de cultura wayuu, se necesita la reestructuración de la misión, visión, valores, metas y política institucional en general, en las que se tengan en cuenta ante todo la cultura wayuu como tal, en otras palabras un enfoque multicultural de los procesos y servicios que presta la entidad de salud E.S.E Hospital Nazareth.

Por otro lado. El pueblo indígena wayuu difícilmente acude a la medicina occidental para curar sus dolencias debido a la desconfianza que ésta les causa. Su modelo sanitario está relacionado con el medio ambiente, con lo espiritual y lo sobrenatural, con la familia, con la armonía interior y sus relaciones con los demás.

En la región de la Alta Guajira, se cuenta con una población donde se perciben muchos problemas, es una población dispersa, migratoria, de escasos ingresos económicos, altos niveles de analfabetismo, con difíciles vías de acceso, golpeada por la naturaleza y la violencia, y que con facilidad se puede apreciar su vulnerabilidad en muchos otros aspectos.

La población es afectada por enfermedades propias de la región que por las mismas deficiencias en la calidad de vida y condiciones adversas se desencadenan en cuadros muy hostiles en los que las instituciones de salud de los dos países, Colombia y Venezuela, intervienen en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de las patologías prevalentes e incidentes de sus usuarios denominados la gran nación wayuu; de allí que los tipos de eventos que se presentan necesitan para su resolución la convergencia de muchos factores y actores que en otros lugares no serían de necesaria participación.

La intervención de las instituciones de salud, tanto en el individuo como en la comunidad, está sujeta a limitaciones propias del sistema que hacen parte de los lineamientos nacionales que en muchos casos obvian elementos culturales importantes dentro del proceso salud- enfermedad, aun más cuando que están relacionados con etnia y en este caso en particular aspectos de la cultura wayuu; por consiguiente el incipiente enfoque de la cultura wayuu en el modelo gerencial intercultural de la atención en salud no corresponde a la realidad que actualmente se presenta, muchas actividades relacionadas con la cultura hacen parte de lo cotidiano en las instituciones prestadoras de servicios de salud pero no se encuentran documentadas, protocolizadas o estandarizadas ya que la institución no está enmarcada en una política que permita hacerlo de manera amplia y equilibrada.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con base en la realidad vigente en el pueblo wayuu, habitante de la Alta Guajira, esta investigación formula una pregunta orientadora del proceso investigativo, a saber: Sobre la base de la investigación se formula los siguientes interrogantes.

¿Cómo es el modelo de prestación de servicios con enfoque multicultural en el hospital de Nazareth, municipio de Uribí, Departamento de la Guajira?.

El desarrollo investigativo, tendiente a contestar la anterior pregunta, implica preguntarse ¿cuál es contexto socio-cultural wayuu?, ¿qué noción de salud y bienestar existe al interior de la cultura wayuu? ¿Cuáles son los factores prevalentes e incidentes en los procesos de salud de la etnia wayuu? ¿Cuáles son los aspectos prioritarios multiculturales que se convierten en criterios relevantes y necesarios de una prestación de servicios multicultural? ¿Cuáles son los derechos, deberes y beneficios a que tienen derecho los beneficiarios wayuu en la E.S.E Hospital Nazaret, del municipio de Uribia en la Alta Guajira? ¿Cómo se complementan o antagonizan las políticas públicas de atención en salud, con los criterios relevantes y necesarios hallados en materia de salud dentro de la etnia wayuu? y finalmente ¿Qué criterios simbióticos deben tenerse en cuenta para implementar un modelo de prestación de servicios con enfoque multicultural en la E.S.E. Hospital Nazaret?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los wayuu viven a largo y ancho de la frontera Colombo-Venezolana. En esta región se hace necesario implementar un modelo de prestación de servicios con enfoque multicultural en el hospital Nazaret, teniendo en cuenta que el pueblo wayuu es histórica y culturalmente uno solo, que su territorio ancestral es el mismo y que los problemas de salud y sus determinantes son similares.

Las principales patologías que sufre esta población son la desnutrición, las enfermedades infecciosas respiratorias, las enfermedades gastrointestinales, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cérvico-uterino, la hipertensión arterial, lesiones y caries.

Todas ellas están determinadas por la falta de agua potable, la escasez de alimentos, la pobreza, el acceso limitado e integral a servicios de salud de

promoción, prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, la falta de comunicación intercultural y de educación en salud.

Noly C. Fernández, directora nacional de salud indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, explica: que para el pueblo wayuu, su medicina ancestral tiene aún toda la vigencia, no se pretende complementar actividades, si no promover el respeto por cada una de ellas, tanto desde el discurso biomédico como el de la medicina tradicional, como se viene haciendo en lugares como el Hospital de Nazareth (Colombia).

Culturalmente los wayuu han demostrado en el transcurso del tiempo que al momento de intervenir bajo las condiciones anteriormente aquí descritas, en la mayoría de los casos la medicina occidental corresponde solo al contexto de guías y protocolos de manejo institucional netamente accidental, pero la distancia, el difícil acceso y demás dificultades que se presentan para prestar los servicios, así como la relación íntima que existe entre el wayuu y lo misterioso “pülasü” mitos, sueños, encantos diablos “yoluja” y espíritu “seyuu”, poder curativo “oütshi(sü)”, dan al wayuu la oportunidad de poner en práctica sus ancestrales conocimientos de medicina tradicional la cual está siempre a la mano permitiendo asegurar la vida en muchos casos cuando la oportunidad y el acceso disminuyen en lugares muy apartados.

Según los wayuu la recuperación del estado de bienestar se logra bajo el equilibrio de su entorno y relación directa con la naturaleza y la espiritualidad.

Debido a todo este contexto se hace necesario implementar un modelo de prestación de servicios con un enfoque multicultural, tanto de la cultura wayuu, como de la cultura occidental que permiten el reconocimiento de la sabiduría wayuu, la aplicación y la documentación adecuada de las experiencias para el manejo en conjunto de la medicina tradicional y occidental con el único fin de no

ser antagonistas sino coadyuvar a la recuperación rápida y apropiada de los pacientes. A la vez que permitan gestionar recursos, crear programas, implementar protocolos de manejo de la medicina tradicional, para la atención de los usuarios dentro de sus usos y costumbres, enfocando los procesos interculturales de salud, en aspectos propios wayuu fundamentalmente necesarios para lograr una intervención verdadera y acertada en salud. Las políticas institucionales deben estar encaminadas hacia el compromiso de conservar, respetar, practicar y aprovechar los conocimientos wayuu para beneficio de sus usuarios.

Por otra parte el conocimiento de los usuarios de los deberes y derechos que derivan de dichos cambios son importantes ya que la finalidad es beneficiarlos propendiendo por la conservación de la cultura wayuu, sin desmejorar o desconocer el mérito ampliamente demostrado de la medicina occidental y sus lineamientos legales.

1.3 IMPACTO ESPERADO

Esfuerzos de profesionales de la salud, tanto desde el lado colombiano como desde el venezolano han sido realizados, más como ensayos de carácter empírico que como aplicación de conocimiento apropiado científicamente desde el ámbito socio-cultural, y aun así han dado buenos resultados. Lo que hace pensar que implementar un modelo de salud basado en el concepto de multiculturalidad es un aporte de carácter científico que beneficiará a una población cercana a los 300.000 habitantes wayuu, un pueblo en alta vulnerabilidad, que está asentado en la alta Guajira y a lo largo y ancho de la frontera colombo-venezolana.

Esta iniciativa, no sólo responde a una necesidad real de los sistemas de salud sino que también tiene gran potencial para convertirse en una política pública de mejora de la cohesión social.

La multiculturalidad, como dice, Miguel Argibay, “Significa: que se constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo estas culturas cohabitan pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás”.

La implementación de un modelo de prestación de servicios multicultural permitirá establecer las bases requeridas para lograr una atención integral para el pueblo wayuu, además que puede servir de ejemplo a otros Estados con problemáticas similares e incentivarlos a integrar la perspectiva multicultural en los servicios de salud, con lo que el alcance de esta investigación traspasa los ámbitos locales y regionales.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Implementar un modelo de prestación de servicios con enfoque multicultural en el hospital de Nazaret, municipio de Uribía, Departamento de la Guajira

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir el contexto socio-cultural wayuu,
- Analizar la noción de salud y bienestar al interior de la cultura wayuu;
- Determinar los factores prevalente e incidentes en los procesos de salud de la etnia wayuu necesarios para una prestación de servicios con enfoque multicultural
- Determinar los derechos, deberes y beneficios a que tienen derecho los wayuu en la E.S.E Hospital Nazareth, del municipio de Uribia en la Alta Guajira

2. MARCO TEORICO

Los procesos de atención en salud y de prestación de servicios de salud tienen, de acuerdo a las políticas públicas, una serie de indicadores que son de obligatorio cumplimiento y ejecución con base en protocolos y procedimientos generalizados, los cuales son establecidos teniendo en cuenta el conglomerado comunitario mayoritario de un país, que en el caso de Colombia es el mestizo; sin embargo existen grupos étnicos cuya cosmovisión tiene diferencias con el conglomerado mayoritario de manera que se deben implementar procesos multiculturales que, teniendo en cuenta los fundamentos de derecho ciudadano, permitan la conservación cultural a la vez que la supervivencia de pueblos en condición minoritaria como es el caso de la etnia wayuu y otras etnias existentes en el país.

2.1 QUE ES LA MULTICULTURALIDAD

El elemento diferenciador de estos procesos de conservación y supervivencia de los grupos étnicos es la multiculturalidad, pero ¿qué es multiculturalidad y qué implica?

Según Miguel Argibay, multiculturalidad es un concepto sociológico o de antropología cultural. Significa que se constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo estas culturas cohabitan pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas. La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles. En los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo¹.

Un vistazo general a la historia de Colombia y sus pobladores en la península de la Guajira deja ver cómo aún después de cinco siglos de haberse encontrado las culturas europeas y la cultura wayuu, ésta última, la cultura wayuu ha demostrado como no ha sido permeada totalmente por otras culturas. Su lenguaje, sus costumbres y su organización social, si bien han sido objeto de muchos embates, han resistido y aún se pueden conservar criterios positivos fundamentales existentes en ella, que exigen moverse dentro del respeto y el multiculturalismo.

“Pluralismo cultural o multiculturalismo es aquella ideología o modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armoniosamente en sociedad entre aquellos grupos o comunidades étnicas que sean cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes.

Valora positivamente la diversidad sociocultural y tiene como punto de partida que ningún grupo tiene por qué perder su cultura o identidad propia.

En este modelo, la diversidad existente no desaparece sino que se mantiene, se recrea; no desaparece ni por adquisición de la cultura dominante y abandono del original ni por el surgimiento de una cultura integradora con los aportes de los preexistentes. La diversidad cultural se considera algo bueno y deseable, se fomenta la práctica de tradiciones etnoculturales, se buscan vías para que la gente se entienda e interactúe respetando las diferencias.

Los fundamentos esenciales del pluralismo cultural/multiculturalismo se pueden sintetizar en:

¹HEGOA “Sociedad democrática, sociedad multicultural”. Dossier inmigraciones y racismo. Bilbao. 1997.

- 1) Aceptación de las diferencias culturales, étnicas, religiosas, lingüísticas o raciales y su valoración positiva. La organización de la vida en sociedad se realiza sobre bases comunes y respetando las tendencias diferentes así como las complicaciones que ello conlleva
- 2) Defensa y reivindicación explícita del derecho a la diferencia, el derecho a ser distinto en valores, creencias, adscripción étnica, etc. Se pone el acento en la diferencia como derecho, al mismo nivel que otras situaciones, por ejemplo de sexo-género
- 3) Reconocimiento general de la igualdad de derechos y deberes, elemento esencial en todo pluralismo”².

En el contexto de la Alta Guajira, un territorio multicultural con alcances binacionales y en referencia a los procesos de salud que allí se desarrollan, existe la tensión entre la medicina natural de los indígenas que se complementa con la medicina convencional de hospitales y centros sanitarios beneficiando al pueblo wayuu de la frontera colombo venezolana; no obstante en esta dinámica conviven dos modelos de percepción claramente establecidos en términos de salud y bienestar, ya que los indicadores del modelo alopático occidental establecen criterios que o son ignorados por los indígenas wayuu o son aplicados sólo cuando no tienen acceso al modelo naturista ancestral de la etnia.

Los elementos presentes en el medio cultural wayuu ayudan a entender las dos lógicas presentes en la dinámica de los servicios de salud que se prestan en la Guajira.

2.2 LA SALUD, CONSERVACIÓN Y PROTECCIÓN AMBIENTAL

²JIMÉNEZ Carlos y MALGESINI Graciela. “Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad”. Ed. La cueva del oso. Madrid.1997

Uno de los asuntos que quizás ofrece una mayor claridad de los cambios que se dan actualmente en la sociedad Wayuu es el "arte de curar"; las nociones de salud y enfermedad expresan nítidamente la lógica relacional entre la sociedad indígena y la sociedad nacional.

Michel Perrin, en su estudio³, muestra las diferencias de ambos sistemas de salud. La medicina Wayuu concibe las enfermedades en dos clases, ayulee y wanuluu. Las primeras son enfermedades benignas, incluyen aquellas introducidas por occidente, no son angustiosas y pueden ser atendidas de manera doméstica por el enfermo y sus familiares y las enfermedades wanuluu son de un orden angustioso que remite al mundo de lo desconocido y se entra en la lógica donde el aa'in -alma- puede salir de manera definitiva del cuerpo, ocasionando la muerte.

Las enfermedades wanuluu requieren de la ayuda de la o el Chamán. Estos dos lenguajes, dos mundos de la medicina, cohabitan desde hace años en la Guajira Colombiana y Venezolana. Hoy, los Wayuu van donde el médico para curar las enfermedades ayulee y buscan el chamán para las enfermedades wanulu. Las principales enfermedades ayulee que se presentan en la población Wayuu están relacionadas con el medio ambiente tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, según el Hospital de Nazareth, en el año 2005 en la Alta Guajira colombiana, las enfermedades del sistema digestivo, del sistema respiratorio y las infecciosas y parasitarias ocupaban las tres primeras causas de morbilidad que afectaban a la población en edad de 0 hasta 14⁴.

³PERRIN, Michel. Antropólogos y médicos frente al arte guajiro de curar. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello, 2008.

⁴ Informe de la E.S.E. Hospital Nazaret, 2008.

2.3 MEDICINA INTERCULTURAL, UNA SANA ESTRATEGIA CURATIVA

Lograr que de la buena práctica sanitaria se beneficien los ciudadanos es posible gracias al diálogo, al intercambio de experiencias. Una iniciativa que lleva a cabo el Proyecto Eurosocial Salud del Programa de la Comisión Europea para la Cohesión Social en América Latina. Los problemas de salud que venía padeciendo el pueblo wayuu, asentado entre la frontera de Colombia y Venezuela, han logrado poner de acuerdo a dos gobiernos nacionales con fuertes discrepancias y con políticas sanitarias diferentes.

Pese a todo, ambos países han aunado esfuerzos para lograr que este pueblo indígena acceda a un sistema de salud mixto: basado en la tradición curativa de su cultura y en la salud entendida de manera convencional (hospitales, ambulatorios).

Los wayuu viven a ambos lados de la frontera entre Colombia y Venezuela. En esta región se hace necesario un modelo binacional de atención en salud, teniendo en cuenta que el pueblo wayuu es histórica y culturalmente uno solo, que su territorio ancestral es el mismo y que los problemas de salud y sus determinantes son similares.

Las principales patologías que sufre esta población son la desnutrición, las enfermedades infecciosas respiratorias, las enfermedades gastrointestinales, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervico-uterino, la hipertensión arterial, lesiones y caries. Todas ellas están determinadas por la falta de agua potable, la escasez de alimentos, la pobreza, el acceso limitado e integral a servicios de salud de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, la falta de comunicación intercultural y de educación en salud. El pueblo indígena difícilmente acude a la medicina occidental para curar sus

dolencias debido a la desconfianza que ésta les causa. Su modelo sanitario está relacionado con el medio ambiente, con lo espiritual y lo sobrenatural, con la familia, con la armonía interior y sus relaciones con los demás.

Noly C. Fernández, Directora nacional de salud indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, explica que para el pueblo wayuu, su medicina ancestral tiene aún toda la vigencia, no se pretende complementar actividades, sino promover el respeto por cada una de ellas, tanto desde el discurso biomédico como el de la medicina tradicional, como se viene haciendo en lugares como el Hospital de Nazareth (Colombia).

2.4 VISIONES DIFERENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE LA SALUD

Los wayuu dividen las enfermedades en dos categorías: ayuulee y wanülüü. Las primeras son enfermedades naturales y están consideradas como benignas, de síntomas no angustiosos, de evolución lenta. La segunda categoría corresponde a una patología considerada por ellos ya como una enfermedad, y que, por tanto, es susceptible de recibir un tratamiento específico. En el tratamiento de las dolencias ayuulee interviene el propio enfermo o sus allegados. Son tratadas mediante la aplicación de plantas medicinales o drogas de origen mineral o animal. Es una medicina pragmática, totalmente popular, no especializada, basada en masajes e infusiones, principalmente.

Las enfermedades wanülüü se distinguen de las ayuulee por el mayor nivel de afección que suponen. Sólo los chamanes pueden establecer un diagnóstico para ellas, comunicándose con el mundo sobrenatural o suprahumano donde residen los seres y las cosas que son la causa del mal que padece el enfermo. A partir de esta concepción de la enfermedad y de la salud, los estados, colombiano y venezolano, a pesar de tener sistemas de salud diferentes, se han propuesto

construir un modelo de salud que garantice una prestación sanitaria de alta calidad complementando el sistema sanitario convencional con el tradicional wayuu.

Una adaptación que se está realizando con éxito, desde hace más de 30 años, en el Hospital de Nazareth (Colombia) y en el municipio Páez (Venezuela) con organizaciones comunitarias como la red de mujeres wayuu, aunque no respondía a una política pública de salud, si no a un esfuerzo entre los equipos de salud de la zona y la comunidad.

A través del Proyecto Eurososial Salud, se ha logrado formalizar el modelo de salud que busca garantizar la atención universal de la salud a este pueblo. Este proyecto forma parte del Programa de la Comisión Europea para la Cohesión Social en América Latina, financiado por la Unión Europea con una inversión de 36,5 millones de euros.

Miriam Cué Río, responsable de Eurososial Salud en el IRD (Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo) que lidera el Proyecto, explica que esta iniciativa fue apoyada porque los beneficiarios han estado altamente implicados en la etapa de definición y con esta iniciativa se podrían beneficiar 300.000 personas que forman parte de un grupo vulnerable.

La iniciativa binacional no sólo responde a una necesidad real de los sistemas de salud sino que también tiene gran potencial para convertirse en una política pública de mejora de la cohesión social. Además, el modelo de salud multicultural para el pueblo wayuu puede servir de ejemplo a otros Estados con problemáticas similares e incentivarlos a integrar la perspectiva multicultural en los servicios de salud.

En el diseño de este modelo de atención para el pueblo wayuu han intervenido de manera directa las áreas de salud de los gobiernos colombiano y venezolano y se ha diseñado con la participación de los líderes de los pueblos indígenas. La

directora nacional de salud indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, Noly Fernández, informa que “después de una lucha de más de 6 años, se ha logrado que el tema de los modelos de salud para pueblos indígenas forme parte de la agenda de los dos Estados y de organismos multilaterales. Es así como esperamos, el próximo año 2013, implementar el primer piloto en la gran nación wayuu, aprovechando la experiencia acumulada en los trabajos de los años previos, y se espera dar un carácter de política pública a estos esfuerzos, no sólo en Colombia y Venezuela sino también en la Comunidad Andina”.

Eurosocial Salud ha apoyado este proyecto en el marco de sus acciones para promover la extensión de la protección social en salud a poblaciones vulnerables, a partir del intercambio de experiencias entre gobiernos de Europa y América Latina.

Alfredo Rivas, director de la Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social (FCSAI) y miembro del Consorcio Eurosocial Salud, reconoce que el éxito del programa wayuu ha permitido mantener la relación bilateral entre ambos sistemas de salud, el colombiano y el venezolano, en unos años en los que las relaciones entre ambos países no han sido las mejores. Se ha logrado mantener en todo momento la cooperación para que los wayuu de un lado y de otro tengan la correspondiente asistencia sanitaria y la promoción y prevención: que se vacunen y tengan mejor acceso a la nutrición.

Pablo Aguilar, Técnico de Eurosocial Salud, destaca la importancia de la perspectiva multicultural en los sistemas de salud. Para lograr cambios efectivos en los sistemas de salud, estos deben modernizarse e integrar la dimensión intercultural, incorporando las bases culturales y tradicionales de las poblaciones beneficiarias. Hay que evitar la imposición de la medicina convencional y tratar de que coexistan ambos sistemas de salud.

Gina Carrioni, coordinadora del Grupo Asuntos Étnicos y Género de la Dirección General de Promoción Social-Ministerio de la Protección Social de Colombia, explica que este es un proyecto que se viene gestando desde 2004, afirmando: “Mantuvimos reuniones con las comunidades para concretar este modelo binacional y cada país identificó las problemáticas de salud”.

En el caso wayuu, se trata de sumar los efectos positivos de los dos sistemas y hacerlos aplicables, independientemente del país donde se presten los servicios. De esta manera, se reafirma la propiedad colectiva que tiene del territorio el pueblo wayuu y se ayuda a los Estados a garantizar el acceso a salud para los pueblos indígenas.

3. METODOLOGÍA Y LINEA DE INVESTIGACIÓN

La metodología usada en el presente estudio es descriptiva por cuanto este tipo de investigación científica busca especificar las propiedades, las características, y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁵, de manera que con la determinación de el modelo de implementación en materia de salud que tiene la etnia wayuu y los criterios e indicadores propuestos por las políticas públicas de Colombia en la misma materia, se puede construir un modelo multicultural de servicios de salud en la Alta Guajira.

De hecho, se usan técnicas cuantitativas estadísticas, y técnicas cualitativas que con sus resultados permiten establecer el diálogo y el consenso comunitario de los expertos en el área de la salud, respecto de los ejes temáticos implicados en los datos estadísticos, enmarcados en la línea de investigación de la especialización en gerencia de los servicios de salud, “desarrollo de las organizaciones en el contexto multiculturales y desarrollo humano en familia wayuu”.

4. EL CONTEXTO DE LA ALTA GUAJIRA

⁵DANHKE, L. B. “Investigación y comunicación”, en C. Fernández-Collado y Danhke G. L., La comunicación humana: ciencia social, México, McGraw-Hill, 1989



El área que nos ocupa es muy extensa, comprende un imaginario segmento de círculo dentro del mar Caribe.

Definido en su parte continental por una línea recta imaginaria que va desde el extremo nordeste de la Bahía Portete, pasa por el sureste de la serranía de Jarara, termina en la Flor de la Guajira, en la región sureste de la Bahía de Castilletes; tiene una extensión aproximada de 4.000 Km cuadrados. Ocupa la zona más septentrional del país y a la vez de Sur América, en el nordeste de la península de la Guajira. Para su estudio podemos dividirla en dos (2) zonas principales:

A. Una zona central donde se encuentran las serranías de Macuira y Jarara, con alturas que oscilan entre 100 y 900 metros sobre el nivel del mar. Estas serranías son semidesérticas, con fuertes pendientes erosionadas, por donde las escasas lluvias se escurren completamente.

Los pies de monte y algunas suaves colinas se confunden con las mismas serranías; allí las condiciones mejoran y en algunas épocas es posible una agricultura periódica.

B. La extensa zona periférica de costas y litorales completamente desértica e inhóspita.

La Alta Guajira está sometida a los fuertes vientos del nordeste durante casi todo el año, a una alta evaporación y a precipitaciones fluviales casi nulas. Temperaturas oscilantes entre los 28 y 34 grados centígrados.

4.1 POBLACIÓN Y ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA ALTA GUAJIRA

La población que vive en la Alta Guajira pertenece a la etnia Wayúu y presenta características particulares tales como:

- A. Organización social tradicional matriarcal dispersa.
- B. Idioma Wayunaiki
- C. Economía de subsistencia: pastoreo, agricultura esporádica, pesca rudimentaria y desprestigiada, lucha incesante contra la sequía.
- D. Prevalencia intacta del derecho Wayúu que determina, evalúa y perpetúa todas las relaciones sociales autóctonas y de alguna manera somete a los extraños que pretenden actuar sobre ella.
- E. Fenómeno migratorio constante, por las razones económicas antes descritas y que ha devenido en un ya avanzado proceso de aculturación por parte de la "civilización mayor".
- F. La etnia Wayúu mantiene vigentes ricos elementos de su propia cultura y entre ellos, la demanda de su propia medicina chamánica, plena de ritos y símbolos mágicos⁶.

G. La demanda por los servicios de tipo occidental continúa siendo un arduo trabajo para su aceptación e integración a su cultura.

4.2 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA ALTA GUAJIRA

Según informe de la E.S.E. Hospital Nazaret los datos demográficos focalizados son los siguientes:

No. de familias	6.669.00
No. de Rancherías	230.00
No. de Habitantes	44.013.00
No. de Habitantes por Familia	6.60
No. de familias por ranchería	29
No. de habitantes por ranchería	230
Índice de crecimiento demográfico	7.3%

Según la misma fuente, E.S.E. Hospital Nazaret, para el año 2010 se presentaron:

No. de nacimientos	322
No. de nacidos vivos	304
No. de Muertes	65

4.3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CENSO DE POBLACION FOCALIZADO.

ARDILA, Calderón Gerardol. "Cuando el progreso se enfrenta a la vida: los Wayuu de la Guajira", en: Diversidad es Riqueza, ensayos sobre la realidad colombiana, Ican, Instituto Colombiano de Cultura y Consejería Presidencial para los Derecho Humanos, Santa Fe de Bogotá, 1992.

ALTA GUAJIRA AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL DE NAZARETH

2011

REGION	Totales	<1 Año	DE 1 A 4 AÑOS	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 44		DE 45 A 59 AÑOS	DE 60 Y MAS AÑOS
					Hombres	Mujeres		
NAZARETH	10634	284	907	2669	2371	2389	914	1100
PUERTO ESTRELLA	6917	130	550	1758	1479	1694	617	689
TAGUAIRA	1471	22	71	352	352	347	144	183
SIAPANA	5338	50	257	1161	1309	1344	594	623
VILLA FATIMA	4776	67	265	1184	1165	1159	382	554
PARAISO	8304	59	340	2030	2067	2085	786	937
WARPANA	3506	62	255	908	844	808	297	332
FLOR DE LA GUAJIRA	3067	13	52	642	776	863	359	362
TOTALES	44013	687	2697	10704	10363	10689	4093	4780

Censo focalizado, realizado por personal de E.S.E. Hospital Nazaret, 2010.

Población afiliada al régimen subsidiado a mayo del 2010

EPS-S	NUMERO	% SOBRE AFILIADOS	% SOBRE POBLACION TOTAL
ANAS WAYUU	8073	34.26	18.34

DUSAKAWI	5927	25.15	13.47
CAPRECOM	3508	14.89	7.97
COMPARTA	3936	16.70	8.94
COMFAMILIAR	2118	8.99	4.81
TOTAL	23.562	8.99	53.53

Fuente: Diagnóstico Institucional E.S.E Hospital de Nazaret, 2010

4.4 RIESGOS DEL AMBIENTE

Las personas habitantes de La Alta Guajira deben enfrentar unos factores de riesgo de diversas condiciones, entre ellos:

A. Riesgos Naturales:

- Clima
- Sequías
- Aridez
- Pobreza acuífera

B. Riesgos Socio-económicos:

- Falta de empleo
- Falta de saneamiento
- Malas condiciones de la vivienda
- Nulo suministro de agua
- Sin medios de comunicación
- Falta de vías
- Falta de transporte
- Bajo nivel educativo
- Falta de apoyo gubernamental
- Apatía gubernamental por el Plan Municipal de Salud

- La no presencia de empresas de desarrollo y servicios
- La falta de asesoría y apoyo para la pesca, ganadería, Artesanía y otras.
- Alternativas como fuentes de ingreso
- El fenómeno migratorio

C. Riesgos biológicos

Presencia de grupos de riesgo como menores de 5 años, embarazadas y ancianos, expuestos a patologías como infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, tuberculosis desnutrición, sin ninguna protección especial y sin recursos económicos propios.

D. Riesgos de comportamiento:

- Actitud cultural frente a ciertas costumbres de higiene y saneamiento.
- Actitud cultural ante la medicina occidental y sus prácticas técnicas.
- Presencia de su propio idioma como barrera para la educación sanitaria.
- Actitud occidental frente a sus valiosas prácticas autóctonas.
- Aculturación como vehículo para la introducción de patologías y hábitos nocivos, tales como alimentación inadecuada, tabaco, alcohol etc.
- La extrañeza y oposición aún presentes entre las dos culturas
- Población excesivamente dispersa por la necesidad del pastoreo en grandes extensiones por la pobreza de los suelos y sobre- pastoreo a que han sido sometidos.

4.5 IMPLICACIONES

Estas adversas circunstancias del entorno geográfico son de por sí un grave riesgo para la comunidad y sólo una efectiva promoción y adecuación de la salud podrá atenuar en algo las consecuencias.

Accidentes, terremotos, deslizamientos e inundaciones son muy improbables en el territorio de la Alta Guajira. Otras características son potenciales factores de riesgo. La localización dispersa dificulta enormemente actividades que en un momento dado requieren de población concentrada para acciones de promoción, prevención y asistencia, haciendo imposible la localización de servicios para provisión de agua, saneamiento básico e instituciones asistenciales, educativas u otras.

El idioma no permite una comunicación eficaz y fluida para los procesos de educación en salud. El fenómeno migratorio obstaculiza la optimización de los programas, la inmuo prevención y toda actividad que exija un seguimiento periódico.

La aculturación ha introducido en las sanas costumbres ancestrales modificaciones nocivas en la alimentación autóctona, primitivamente bien conformada y balanceada, además de la introducción de hábitos extraños, como el consumo de bebidas alcohólicas foráneas, el hábito de fumar (desconocido para ellos). La consecución de alimentos en el comercio los ha alejado de la caza, la pesca, la recolección de frutos y aún de las siembras.

La oferta de dos tipos de cultura médica produce eventualmente indecisiones, ansiedad y deserción, dejando los procesos de prevención, terapéuticos y de rehabilitación incompletos.

De todas maneras, estos factores condicionantes del comportamiento, si bien pueden oponerse al concepto moderno de territorios saludables, deben ser abordados a través de disciplinas sociales que articulen o adicione elementos al

propósito general, que en último término es el Wayúu sano y en armonía con su tierra y su cultura. Salud y armonía son criterios que tan sólo él puede definir.

4.6 VIAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTES

No existen en la Alta Guajira vías para el transporte de vehículos; sólo trochas carretables en pésimas condiciones, abiertas por mismos Wayuu, que permiten el penoso paso de vehículos que rápidamente se deterioran y que ocupan grandes lapsos de tiempo en su recorrido para distancias pequeñas, ya que las trochas sólo permiten mínimas velocidades.

El transporte de mercancías se hace desde Venezuela por este tipo de trochas y naturalmente, cuando llegan a su destino tienen un precio muy alto.

En cuanto a las comunicaciones, sólo el correo informal y semanal que traen estos vehículos les permite saber algo de sus familiares desde Venezuela y otras alejadas zonas, hasta hace poco se cuenta con el sistema de telefonía rural satelital, y esta por su misma naturaleza representa un costo muy elevado lo cual la hace poco asequible para el wayuu.

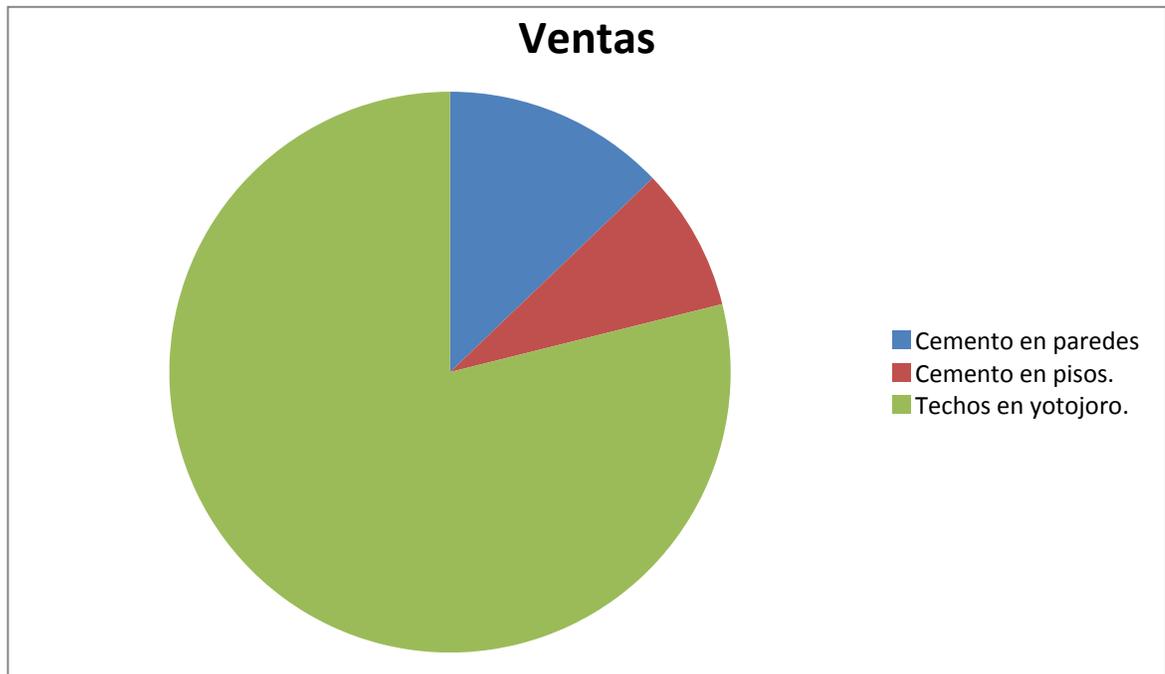
4.7 VIVIENDA Y SANEAMIENTO BASICO

Aún habituados a sus costumbres nómadas, el Wayúu construye viviendas precarias en las que predomina el yotojoro y el bahareque con pisos de tierra. Las condiciones de hacinamiento son obviadas por las enramadas que se sitúan en el exterior de la vivienda. Los hábitos higiénicos y la escasez de agua producen un medio de alto riesgo para toda la familia, careciendo naturalmente de todas las necesidades básicas.

Sólo el **14%** de las viviendas tienen material de cemento en sus paredes.

Sólo el **9%** de los pisos contienen cemento.

El **86%** de los techos son contruidos en yotojoro.



4.8 SUMINISTRO DE AGUA

Causa directa de todos los problemas del Wayuu es el inadecuado, por no decir nulo, suministro de agua insuficiente hasta para sus necesidades primarias. Sequías permanentes y pobreza acuífera de los subsuelos son el cotidiano problema del Wayúu.

Los insuficientes molinos instalados no funcionan y no hay ninguna empresa o entidad responsable de la instalación de nuevos molinos, o por lo menos del mantenimiento de los ya instalados. De idéntica manera los jagüeyes, contruidos sin ninguna planificación, programación ni estudio, permanecen colmatados. De esta

forma el Wayúu vive en medio de la escasez de agua y con el riesgo de enfermarse y morir por el consumo de la que consigue, agua absolutamente contaminada.

4.9 DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

El Wayúu hace la disposición de excretas a campo abierto ya que no tiene otra alternativa. Solamente en Nazareth y Puerto Estrella, en sus pequeños núcleos urbanos, poseen taza sanitaria aproximadamente un 80% de las casas.

4.10 DISPOSICIÓN DE BASURAS

El 90% de los wayuu queman la basura. El 10% restante las entierra.

4.11 TIEMPO EMPLEADO POR CADA UNA DE LAS FAMILIAS PARA ACUDIR AL ORGANISMO DE SALUD MÁS CERCANO.

Una problemática que surge en este contexto de la Alta Guajira es la cantidad de tiempo que requiere una persona en condición de enfermedad para que con algún familiar llegue hasta el organismo de salud más cercano. El estudio realizado dio los siguientes resultados:

Mayor de 3 horas	2.589	41%
2 a 3 horas	2.337	37%
1 a 2 horas	695	11%
½ a 1 hora	253	4%
Más de ½ hora	442	7%

TOTAL	6.315	100%
--------------	--------------	-------------

Fuente: Trabajo de campo realizado por la E.S.E Hospital de Nazaret, 2007.

4.11 TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA ACUIR A LOS SERVICIOS DE SALUD

TIPO DE TRANSPORTE	Nº FAMILIAS	%
A pie	1452	23
Burro	2526	40
Carro (70% no es propio)	1895	30
Moto	63	1
Bicicleta	316	5
Lancha	63	1
TOTAL	6.315	100

Fuente: Trabajo de campo realizado por la E.S.E Hospital de Nazaret, 2007.

5. LA NOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR EN LA ETNIA WAYUU

INTRODUCCIÓN

Al referirse a la noción que una comunidad tiene respecto de algún tópico, es necesario tomar en cuenta su cultura en general. En el caso de la etnia wayuu se impone el hecho de registrar varios aspectos que determinan la noción de salud existente entre ellos y que surge de una visión cosmogónica pasada de generación en generación.

5.1 VISTAZO A LA COSMOGONÍA WAYUU

Quien desee interactuar con miembros de la etnia wayuu deberá tener en cuenta un aspecto fundamental arraigado en la cosmovisión de este pueblo, tal como lo registra Michel Perrin, en sus obras, quien para mostrar la realidad existente para el wayuu nos deja el relato siguiente:

“Glicero Pana Uriana, mestizo guajiro que años después fuera guía e informante de Milcíades Chaves, se mecía adormilado en el chinchorro que el anciano indio Kamamuich le había ofrecido en en su rancho, un gesto común de hospitalidad entre los guajiros.

-Me siento feliz por tu llegada- le dijo el anciano a Glicero en aquella ocasión.

-Creo que vas a satisfacer un gran deseo que tengo.

-Siendo tú un mestizo, con dos naturalezas, la blanca y la india, cuéntame cuál es el origen de los aljunas.

El hombre se enderezó en el chinchorro y, sin más ni más, de su boca salió aquella frase que, cuando estaba en la misión capuchina de Nazaret, tenía que repetir en coro con los otros niños:

“Dios tomó un poco de barro e hizo al primer hombre, luego le sacó una costilla, e hizo a la mujer”.

El viejo guardó silencio por un momento.

-No lo puedo creer -dijo- no puedo creer que el hombre alijuna haya salido del barro, que venga de algo tan sucio. Yo creía que siendo tan orgulloso tuviera un origen más puro.

El visitante abandonó el chinchorro y tomó del brazo a Kamamuinch.

-Pero, entonces, ¿cuál es el origen de ustedes, los guayúes?

El viejo sacudió de su brazo las manos del hombre, y paseando lentamente, con arrogancia desafiante, le contestó:

-Nosotros los guayúes nacimos de *Jepirech*, el viento del nordeste, y de *Igua*, la diosa de las lluvias. *Juyap*, el invierno, hermano de *Igua*, es nuestro tío materno y representa a todos los guajiros⁷.

El viento del nordeste, la lluvia y el invierno fuerzas incontrolables, pero que aportan vida y muerte. El viento representa la fuerza espíritu que tiene gran importancia a la hora de curar.

Los Wayuu se refieren a sí mismos simplemente como wayuu. Usan el término Kusina para denominar a otros grupos indígenas y el término Alijuna para designar al blanco y, más generalmente, a toda persona que no sea Wayuu. Los indígenas rechazan la interpretación de Wayú como indio. Prefieren traducir

⁷Biblioteca Luis Ángel Arango del Banco de la República. "Humboldt 200 años"
Publicación digital en la página web de la Biblioteca Luis Ángel Arango del Banco de la República. <http://www.lablaa.org/blaavirtual/humboldt/bio.htm> Búsqueda realizada el 8 abril de 2012

Wayuu por persona o gente, mientras traducen Alijuna como "civilizado" y Kusina como indio." (Vergara, 1987).

5.2 LENGUAJE WAYUU

La familia lingüística de la lengua Wayuu es la Arawak. Esta lengua presenta algunas diferencias dialectales dependiendo de la zona de habitación (alta, media o baja Guajira), pero son mínimas. Un buen número de Wayuu, sobre todo los jóvenes entiende el español y lo habla con holgura, pero su lengua materna sigue representando para ellos un factor importante de identidad étnica y cultural.

Con este trasfondo es mas perceptible la noción de salud y bienestar de los wayuu.

5.3 VISIÓN WAYUU DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD

Según Perrín, Los wayuu dividen las enfermedades en dos categorías: ayuulee y wanülüü. Las primeras son enfermedades naturales y están consideradas como benignas, de síntomas no angustiosos, de evolución lenta. La segunda categoría corresponde a una patología considerada por ellos ya como una enfermedad, y que, por tanto, es susceptible de recibir un tratamiento específico.

5.3.1 El Diagnóstico

En la Alta Guajira, el diagnóstico normalmente es realizado por una mujer de la ranchería quien por su ascendencia dentro de la misma ha alcanzado cierto

nivel de autoridad y quien de acuerdo a los síntomas procura determinar el tipo de gravedad presente. Si estos síntomas son del tipo ayuulee proceden al tratamiento sin mayores complicaciones en la misma ranchería, mientras que si los síntomas son observados como acción de espíritus y el enfermo presenta condiciones de valoración mayor, se acude a la piachi o al chamán quienes consultan al mundo trascendental de los espíritus para saber que tipo de tratamiento se debe continuar.

5.3.2 Tratamiento De Las Enfermedades Entre Los Wayuu

5.3.2.1 Tratamiento de las dolencias ayuulee:

En el tratamiento de las dolencias ayuulee interviene el propio enfermo o sus allegados. Son tratadas mediante la aplicación de plantas medicinales o drogas de origen mineral o animal. Es una medicina pragmática, totalmente popular, no especializada, basada en masajes e infusiones, principalmente.

5.3.2.2 Tratamiento de las enfermedades wanûluu:

Las enfermedades wanûlûü se distinguen de las ayuulee por el mayor nivel de afección que suponen. Sólo los chamanes pueden establecer un diagnóstico para ellas, comunicándose con el mundo sobrenatural o suprahumano donde residen los seres y las cosas que son la causa del mal que padece el enfermo. A partir de esta concepción de la enfermedad y de la salud, los estados, colombiano y venezolano, a pesar de tener sistemas de salud diferentes, se han propuesto construir un modelo de salud que garantice una prestación sanitaria de alta calidad complementando el sistema sanitario convencional con el tradicional wayuu.

5.4 EL REPOSO Y LA RECUPERACIÓN DE LOS ENFERMOS

Hay aspectos que revisten suma importancia para el wayuu mientras que para el alijuna no tienen mayor implicación. Uno de ellos corresponde al protocolo referente al reposo y la recuperación del enfermo en la cultura wayuu.

El wayuu reposa culturalmente adaptado a la hamaca o chinchorro y sus sandalias son colocadas en alguna parte por encima del suelo, lo que tiene el significado de depender de *Jepirech*, el viento del nordeste; dejar los zapatos o sandalias sobre el piso significa estar atado a fuerzas sucias, como lo expresa el relato citado por Perrín. Es entonces costumbre que el enfermo tratado en la ranchería repose en la hamaca con lo cual tiene una sensación de seguridad y sus zapatos o sandalias al estar altos del piso o de la tierra le da la seguridad de no estar atado a alguna influencia o espíritu del mal.

Para el alijuna, el descanso del enfermo, que se hace en casa o en el hospital se efectúa en la cama y el lugar donde reposen sus zapatos no tiene importancia, al fin y al cabo depende del tratamiento que le apliquen y con frecuencia se aferra espiritualmente a Dios.

El alijuna con su cosmovisión, que en la mayoría de los casos es de orden cristiano, equipara al Dios cristiano con Maleigua dios del bien de los wayuu, sin embargo tal comparación no es exacta⁸, por lo que la comunicación es distorsionada en muchas ocasiones.

Milciades Chaves, citado por Perrin, nos lleva a otra diferencia que marca esta dinámica cultural:

“Maleigua dispuso además que, en la descendencia, las mujeres prevalecieran sobre los hombres y que los hijos tomaran el nombre del clan al que perteneciera la madre. La familia esencial estaría representada por la

⁸Estudios

mano, con su dedo pulgar simbolizando a la abuela materna; el índice a la madre, el corazón al tío materno; el anular al hijo; el meñique al nieto, y la palma al tronco que une a estos familiares.

Todos los estudiosos que se han interesado por la Guajira coinciden en señalar que ese tronco que une a los familiares es el parentesco por línea materna. Para empezar, la unidad doméstica básica o familia nuclear idealmente debe regirla, en su funcionamiento y organización, el hermano de la madre. Las familias nucleares se agrupan en familias extensas, o sea en conjuntos de unidades domésticas emparentadas por línea materna, dentro de las cuales el tío materno más viejo y la abuela desempeñan papel preponderante”⁹.

El enfermo debe descansar y recuperarse al interior de la familia, sin abstraerlo de su entorno, el o la piachi, en los casos delicados viajan desde los distintos lugares hasta donde está quien necesita ser tratado.

Esta diferencia marca seriamente los procesos de atención y prestación de servicios de salud, en el contexto wayuu, porque en realidad la prestación de servicios centralizada en edificios hechos de concreto es un confrontar dos cosmovisiones. En su mayoría las personas que capacitan a los líderes de las rancherías informan sobre los procesos de carácter médico ubicados en un lugar central, pero no percatan los aspectos cosmogónicos y sociológicos de trasfondo, dado que los desconocen, e incluso influyen sobre los líderes comunitarios wayuu que sin darse cuenta sonaculturados.

Esta realidad hace que el wayuu desprecie la información que se le brinda, por cuanto está vinculada a los espíritus del barro y consecuentemente no aportan lo correcto. Si bien lo mítico hace su presencia en esta dinámica, no puede ser ignorada por el alijuna que pretende contribuir a la mejora de bienestar del wayuu.

⁹Ibid. Biblioteca Luis Angel Arango.

5.5 LA S PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA

Es bien sabido que la mayoría de los ranchos de las rancherías wayuu tienen dos puertas que permiten entrar y salir, un hecho que parece insignificante, pero que al entrar en contacto con la cultura wayuu nos deja percibir otra concepción subyacente para la cultura wayuu.

Varias investigaciones se adelantan respecto de una mitología subyacente en la etnia respecto de la importancia de las puertas de entrada y salida del enfermo. Si el diagnóstico determinado por el o la piachii es de una enfermedad causada por un espíritu, se hace necesario realizar una serie de pasos, entre otros caminar siempre de frente o de espaldas hacia un punto del norte o una puerta del rancho y no voltear hasta que se haya purificado, incluso eliminando las ropas que tiene en ese momento la persona. Esta es una de las razones por las que los ranchos tradicionales wayuu¹⁰ tienen generalmente dos puertas, con direcciones específicas.

Para el occidental o alijuna la posición de las puertas, y si existen entradas y salidas no tiene importancia mayor, en cuanto que no influye para el tratamiento de alguna enfermedad, sin embargo, no significa igual para el wayuu tradicional, es decir aquel que no se ha establecido alguna vez en los contextos urbanos de Colombia o de Venezuela, donde las viviendas responden a otras necesidades y no a aspectos de salud relacionados con las enfermedades y curación de las mismas.

¹⁰MORILLO, Alonso y PAZ, Carmen. Los sueños y su importancia en el pronóstico y tratamiento de la vivienda de los wayuu en Venezuela, en la *Gazeta de Antropología*, No 24 de 2008, Venezuela. Los autores ponen de presente en su estudio que la tradición onírica de los wayuu tiene gran importancia respecto de sus viviendas, y claramente dejan ver como existe una tensión entre la forma y materiales de las viviendas que los wayuu tienen en lo tradicional, con los modelos de vivienda urbanos, sin ahondar en más detalles.

Algunos centros de salud e incluso sedes hospitalarias ubicadas en la Guajira han sido construidos con criterios puramente alijunas, con una sola puerta de entrada y salida, lo que de hecho es una imposición que al wayuu le motiva a no acceder a los servicios que allí se prestan. Preferencialmente el wayuu espera ser atendido en su ranchería porque allí no se le confrontan sus creencias y valores, hecho en cierta forma probado por el Hospital Nazaret de Uribia, al manejar atención ambulatoria al interior de las comunidades.

5.6 MEDICINA NATURAL Y MEDICINA ALOPATICA

El uso de la medicina natural frente al uso de la medicina alopática también genera confrontación en la realidad de las familias wayuu de la Alta Guajira. Específicamente son metodologías que abordan procesos diferentes. El wayuu acostumbrado a infusiones, extractos, tratamientos con plantas y elementos naturales, ve con sospecha y hasta ingenuo el uso de agujas, pastillas y demás tecnología aportada por la medicina alijuna u occidental. Sólo recurre a ellas cuando las condiciones del enfermo son muy delicadas y en muchas ocasiones bajo presión de familiares que aceptan los procedimientos alijuna.

5.7 LA NOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR WAYUU

Bajo la cosmovisión wayuu, dos polos opuestos luchan y se desequilibran para generar salud o enfermedad (mal).

Los *Wanülüü* o *enfermedades graves*:

Las fuerzas que acompañan a *Wanülüü* son el hambre, la sequía, las pestes y las “enfermedades” o mal¹⁰. También tiene entre sus aliados a los *Yolujas* o espíritus de los muertos que sale en las noches para tratar de robar el *Aa'in* de los Wayüu vivos.

Visto así, el nivel del mal considerado agudo o “grave” para los Wayüu, se le hace frente en un rito de curación bajo la acción de símbolos considerados esenciales para su cultura, a saber, seres míticos que forman parte de la primera generación y que constituyen y generan las características específicas que conforman hoy día la identidad del Wayüu. Por lo tanto, deben contener y englobar lo bueno como lo malo, lo positivo como lo negativo, lo perjudicial como lo benigno. Es decir, como símbolos generadores de la vida Wayüu, los símbolos primigenios de su cultura deben encerrar la totalidad de los elementos que identifican al Wayüu y la dinámica de oposiciones y ambivalencias que hacen y han generado la vida de éste. De este modo, por ejemplo, tenemos a seres míticos como *Juya* quien simboliza la lluvia como la sequía y la humedad; *Pulowi*, Dios de la tierra y el mar, se le asocia a lo frío y a lo caliente, como a lo claro y a lo oscuro, y también produce las enfermedades *Pülowisiraa* a la vez que está asociado indirectamente a los bienes y riquezas naturales y a su control”.

Aunque ciertamente no es un concepto plenamente Wayüu, la idea de mal nos permite acercarnos lo más próximo posible a lo que posiblemente concibe el Wayüu como enfermedad. Es un concepto que encierra y nos acerca a condiciones y aspectos religiosos, sagrados y espirituales con los que el Wayüu enfrenta los estados de inestabilidad y desorden del cuerpo”¹¹

¹¹BALZA, Rafael. El mal, jerarquía y función socio-simbólica en la cultura Wayüu. investigación: “El pueblo Wayüu: continuidades, dinámicas de vida y negociación de identidades. Universidad de Zulia.2010.

Estados de inestabilidad y desorden del cuerpo como noción general de la enfermedad podrían entonces jerarquizarse de acuerdo a su patología con la siguiente clasificación hecha por la Organización Panamericana de la Salud:

- Enfermedades Producidas por irrespeto a la naturaleza:
- Por talar árboles sin comunicarse con el protector espiritual o dueño de los árboles.
- Por no realizar los rezos antes de comer pescado.
- Por consumo de animales sin permiso (a través del chamán) de sus dueños espirituales.
- Descuido por parte del Payé, del movimiento de los astros, las estaciones, las tempestades.
- Por uso de lombrices, grillos, avispas, abejas, etc. en la pesca.
- Por no respetar sitios sagrados y saladeros donde se congregan los animales.
- Enfermedades producidas por maldiciones, venganzas, celos o envidias.
- Enfermedades producidas por maleficios o malos rezos de agentes de la medicina tradicional.
- Enfermedades producidas por invocación del payé de: rayos y truenos, tigre, serpientes, etc. que se roban el espíritu o energía de las personas.
- Enfermedades producidas por la violación de normas tradicionales o pautas de comportamiento culturales.
- Enfermedades producidas por venenos¹².

Tener buena salud, de manera opuesta al mal, a la enfermedad, para los wayuu tradicionales significa entonces estar en medio de su familia, en su ranchería o la de su familia extendida, dentro del territorio que le da seguridad, y mantener relaciones de equilibrio consigo mismo y con la naturaleza.

¹²ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud: Equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza. Agosto 6 de 2004, en <http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/01indigenas.asp>

De hecho, es una noción mítico-religiosa que no distingue la noción de enfermedad como científicamente el occidente la percibe y esto a su vez genera tensión a la hora de la prestación de servicios con enfoque multicultural para los que el alijuna debe estar preparado.

5.8 LA POLÍTICA RELACIONAL DE LOS WAYUU

Para todo visitante de una comunidad wayuu, no es extraño que al llegar apenas encuentre uno de sus miembros cerca del rancho, especialmente un adulto, los demás pueden estar a su lado prácticamente pero no los puede ver, porque desde lugares estratégicos le observan.

Si el visitante gana la confianza, poco a poco verá como miembros de la misma familia van llegando al lugar de encuentro, la enramada que está siempre cerca del rancho y de la cocina.

Esto deja entrever otra dinámica del wayuu, quien normalmente es hospitalario, pero desconfiado, la política relacional establecida implica no dejarse ver y mucho menos fotografiar. Es una política de anonimato social, que le permite tener control de sí mismo y de los elementos que le circundan.

Muchas de las misiones médicas han sido frustradas por esta política relacional.

6. FACTORES PREVALENTES E INCIDENTES EN LOS PROCESOS DE SALUD DE LA ETNIA WAYUU

6.1 CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO DE LA ALTA GUAJIRA

El Hospital de Nazareth está integrado a la red de servicios públicos y privados del Departamento de la Guajira y desempeña un papel fundamental en la atención a

las comunidades Wayúu de la Alta Guajira dado que no existen en la zona otros centros de atención.

El hospital cuenta con: su centro sede, 2 centros de salud y los puestos de salud estratégicamente ubicados en la amplia extensión de estos territorios, además con un grupo de agentes de salud y con líderes comunitarios previamente adiestrados que realizan vigilancia epidemiológica. Las referencias y contra referencias se realizan con las entidades de mas complejidad del sistema nacional de salud. Es asesorado, controlado y vigilado por la Secretaría Departamental de salud y se guía con las normas nacionales que dictan el Ministerio de la Protección Social y los entes de control nacional. Manteniéndose así en armonía con el sistema sin perjuicio de las condiciones propias de un entorno cultural especial y muy particular determinado por la cultura en que se ocupa.

6.2 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

Según informe del Hospital Nazaret, en el año 2007 los habitantes de la Alta Guajira presentaban una morbilidad con el siguiente perfil:

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

CAUSA	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 49	50 a 59	60 y +	TOTAL
Enfermedades de la cavidad bucal	25	589	5138	6923	547	462	763	14447
I.R.A.	1104	2385	3548	2503	248	227	556	10571
Parasitosis	645	1264	2435	1822	217	253	448	7084

intestinal								
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	128	124	174	1792	212	189	352	2971
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1	3	49	746	203	283	735	2020
E.D.A.	455	568	314	245	35	61	135	1813
Enfermedades del sistema circulatorio	0	1	5	152	146	329	917	1550
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y Metabólicas	90	353	72	74	62	157	385	1193
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO Subcutáneo	155	184	194	385	45	42	72	1077
ENFERMEDADES DEL SISTEMA Nervioso	0	4	38	652	111	90	120	1015
TOTAL DEL AÑO	2603	5475	11967	15294	1826	2093	4483	43741

Fuente: Diagnóstico institucional del Hospital Nazaret, municipio de Uribe, 2010

6.3 MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO

Una vez han sido atendidos los casos de consulta externa, y dados de alta, los casos de morbilidad establecidos por el Hospital Nazaret presentan el siguiente perfil:

	< 1 AÑO	5 A 14 AÑOS	15 A 45 AÑOS	50 A 59 AÑOS	60 Y +	TOTAL
--	---------	-------------	--------------	--------------	--------	-------

		AÑO	AÑO	H	M	H	M	AÑO		
		S	S					S		
PARTO Y PUERPERIO			2		20 5	0	2	0	0	20 9
ENF. SIST. GENITOURI	9	5	5	1	26	0	10	12	16	84
ENF. SIST. RESP	21	26	9	4	4	0	0	2	12	78
EDAY PARASITOSIS	10	18	4	1	8	1	0	1	4	47
ENF. SIST. DIGESTIVO	0	1	6	5	11	0	2	6	14	45
TRAUM,ENVENAMIENTO	0	2	15	17	1	1	0	3	3	42
ENF. SIST. CIRC	0	0	0	7	1	3	2	6	13	32
ENF. DE LA PIEL Y DEL T. SUB	1	4	7	5	8	1	0	2	3	31
ENF. DEL OJO Y SUS ANEXOS	1	1	4	4	2	0	0	1	10	23
DESNUTRICION	10	12	0	0	0	0	0	0	0	22

Fuente: Diagnóstico Institucional Hospital Nazaret, municipio de Uribí, 2010

6.4 TASA DE MORTALIDAD

Para el año 2010 la E.S.E Hospital Nazaret informa las siguientes estadísticas:

EDAD	POBLACION	No. DE MUERTOS	TASA x 1.000
< 1 año	842	31	36.8
1 a 4 años	2.343	3	1.3
5 a 14 años	10.038	0	0,0
15 a 44 años	20.134	4	0,2

45 a 59 años	3.899	2	0,5
60 y más	4.697	15	3.2
TOTAL	41.953	55	1,3

Fuente: Diagnóstico Institucional Hospital Nazaret, municipio de Uribía, 2010

6.5 PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORTALIDAD

Para el año 2010, las causas reconocidas de mortalidad en el contexto de la Alta Guajira son:

6.6 MORTALIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO

CAUSAS	GRUPOS ETAREOS									
	< 1 AÑO	1 A 4	5 A 14	15 A 44		45 A 49		50 A 59	60 Y +	TOTAL
				H	M	H	M			
AFECC. EN P. PERINATAL	17	0	0	0	0	0	0	0	0	17
I.C.C.	1	0	0	1	0	0	0	2	7	11
DESNUTRICION	6	1	0	0	0	0	0	0	0	7
EDA Y PARASITOSIS	3	1	0	0	0	0	0	0	2	6
NEUMONIA	2	0	0	0	0	0	0	0	2	4
TBC PULMONAR	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
ECLAMPSIA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
BRONQUIOLITIS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
INSUF. RENAL AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
BRONCOASPIRACIÓN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	31	3	0	2	2	0	0	2	15	55

El Hospital reportó las siguientes cifras para este ítem, en el año:

EDAD	EGRESOS	No. DE MUERTOS	% x N° DE EGRESOS
< 1 año	52	4	7.7
1 a 4 años	69	1	1.4
5 a 14 años	52	0	0

15 a 44 años	310	2	0.6
45 a 59 años	55	1	1.8
60 y más	75	7	9.3
TOTAL	613	15	2.45

Fuente: Diagnóstico Institucional Hospital Nazaret, municipio de Uribía, 2010

De esta información se puede concluir que las mujeres embarazadas, los menores de un año y las personas de la tercera edad son quienes presentan mayor índice de mortalidad, lo que deja en evidencia que uno de los criterios a tener en cuenta es la atención primaria de estos grupos.

En un esfuerzo por tener mayor claridad del contexto de salud en la Alta Guajira las estadísticas para el año 2011 presentan datos, que según el diagnóstico del Hospital Nazaret son las siguientes:



CAUSA	GRUPOS ETAREOS								TOTAL	
	< DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 14 AÑOS	15 A 44 AÑOS		45 A 49 AÑOS		50 A 59 AÑOS		60 Y MAS
				HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER			
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA									5	5
DESNUTRICION	4									4
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION									3	3
OTRO TIPO DE CANCER									3	3
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA								1	1	2
TRAUMA O TRAUMATISMO NO ESPECIFICADOS				2						2
HIPOXIA INTRAUTERINA, NO ESPECIFICADA	2									2
TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA									2	2
AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO,					2					2
EDEMA PULMONAR	1								1	1
TOTAL	7	0	0	2	2	0	0	1	15	27

Diagnóstico Institucional Hospital Nazaret, municipio de Uribía, 2011

Esta tabla permite confirmar el dato de 2010 acerca de la vulnerabilidad de los menores de un año en el contexto de la Alta Guajira, por lo que amerita saber más acerca de esta realidad.

El estudio dio la siguiente información respecto de las causas de mortalidad infantil:

	NUMERO DE MUERTES	
CAUSAS		TASA PORCENTUAL
DESNUTRICION	2	2,9
HIPOXIA INTRAUTERINA	1	1,4
EDEMA PULMONAR	7	0,7
TOTAL		5,1

Diagnóstico Institucional Hospital Nazaret, municipio de Uribía, 2011

7. LOS DERECHOS, DEBERES Y BENEFICIOS A QUE TIENEN DERECHO LOS WAYUU

7.1 CONTEXTO LEGAL

Todas las acciones del sistema de servicios en salud dentro del territorio Colombiano están enmarcadas por la Constitución Política vigente, con lo cual la etnia wayuu es sujeto de aplicación de las mismas y tiene una serie de derechos y deberes que le asisten en su calidad de ciudadanos colombianos. Estos pueden ser sintetizados en los siguientes apartes

Artículo. 11. El derecho a la vida es inviolable.

Artículo. 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 18. Prevé garantizar la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia. De igual manera el Artículo 19. Garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley.

El Artículo 42. Dice que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes.

Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley. Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica,

tienen iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progenitura responsable. La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos. Las formas del matrimonio, la edad y capacidad para contraerlo, los deberes y derechos de los cónyuges, su separación y la disolución del vínculo, se rigen por la ley civil. Los matrimonios religiosos tendrán efectos civiles en los términos que establezca la ley. Los efectos civiles de todo matrimonio cesarán por divorcio con arreglo a la ley civil. También tendrán efectos civiles las sentencias de nulidad de los matrimonios religiosos dictadas por las autoridades de la respectiva religión, en los términos que establezca la ley. La ley determinará lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes derechos y deberes.

El Artículo 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

El Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus

derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

En cuanto al **Artículo 45**. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

El **Artículo 46**. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

A su vez el **Artículo 47**. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

El **Artículo 48**. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 50. Estipula que todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones establece que La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El objeto principal es garantizar los derechos irrenunciables de la

persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Decreto 4127 del 2005 por el cual se define el número mínimo de afiliados que deban acreditar las ARS o EPS indígenas.

Acuerdo 0303 del 2005 por el cual se ajustan unas condiciones de operación regional del régimen subsidiado establecidos en el acuerdo 294 300 del CNSSS.

Decreto 1088 DE 1993 (junio 10) por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas.

Ley 691 de 18-09-2001 mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Decreto 4747 de 2007.Acuerdos de voluntad medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones."

Resolución 3047 de 2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Todos estos derechos tienen aplicabilidad en el caso de la etnia wayuu, sin embargo en territorios como La Alta Guajira es un reto hacer que se alcancen todos ellos en cada ciudadano

7.2 LOS WAYUU SUJETOS DE DERECHOS Y COMPLEJIDAD DE APLICACIÓN

Debido a las peculiares características culturales de la Etnia Wayuú, los asentamientos humanos derivados de estas tienen condiciones propias constituyendo comunidades dispersas y por ende no hay presencia estatal significativa en la organización de los grupos. La presencia estatal solo está allí en los sectores de la salud y la educación.

Otras organizaciones sociales autóctonas y espontaneas no existen dentro de la Etnia, y solo Yanama constituye una especie de organización comunitaria transitoria para realizar trabajos en algunas actividades especiales como por ejemplo construcción de pozos, limpieza de huertas.

Tradicionalmente los Wayúu nunca han formado organizaciones comunitarias amplias; líderes familiares manejan grupos de apushi (descendientes uterinos), ancestralmente dispersos. En su historia nunca fue posible identificar "Caciques" con poder sobre comunidades mayores; de allí derivó su irreductibilidad ante la conquista, pero también su debilidad actual para el reclamo reivindicativo de sus derechos.

La distribución demográfica de los Wayuu en la península está íntimamente relacionada con los estacionales; durante la estación seca muchos Wayuu buscan trabajo en Maracaibo o en otras ciudades o pueblos, pero cuando llegan las lluvias un gran número de ellos retorna a sus rancherías.

Entre los Wayuu, el nacimiento de un niño ocurre en la ranchería, asistido por la madre de la mujer o una pariente próxima. Mientras la supervivencia del niño no sea segura, los miembros de su familia se alimentan con una dieta estrictamente reducida.

No se destaca la pubertad en los varones, pero las niñas están sometidas a un severo rito de paso. Cuando la muchacha empieza a menstruar, es sometida a un período de reclusión, al término del cual se ha convertido en mujer equipada para casarse. Durante el inicio de esta reclusión, la joven es completa o parcialmente rapada y luego instalada en una hamaca colgada cerca del techo de la casa. Durante los días siguientes es cuidada con alimentos vegetales especiales, llamados jaguapi, y observa una dieta rigurosa. En ese tiempo la bañan con frecuencia y la instruyen en las tareas femeninas, tejido, hilado, le imparten conocimientos sobre los procesos tradicionales de control natal, embarazo y quizás algunas técnicas eróticas.

Los Wayuu, no concluyen el ciclo de vida con la muerte, ya que la gente continúa relacionada con los huesos del difunto. Los entierros son acontecimientos importantes en los que los parientes del muerto actúan determinada manera. Esta relación con los muertos tiene su contrapartida en su sentido de pertenencia e identidad, en su noción misma del territorio, pues como lo afirma Rosario Epiyú, “ los wayuu son de donde son sus muertos”. Los entierros se hacen en dos etapas: primero se sepulta el cadáver con algunas pertenencias y luego, dos años después, se hace una exhumación del cuerpo, se incinera y se sepulta nuevamente en el cementerio clánico, dentro de ollas de barro o tumbas.

En cada asentamiento hay un hombre mayor que ejerce la autoridad, administra los bienes colectivos y dirige las labores cotidianas. Así mismo, a nivel del linaje, existe un hombre que lo representa y dirige. En el ordenamiento jurídico de los wayuu, cuando se produce un agravio contra una persona es la familia a quien se

ofende. Cuando esto ocurre, los afectados recurren al “palabrero”-pütchipü-, mediador y concededor de las leyes internas, para que intente buscar un acuerdo equitativo entre las partes. Existen varios tipos de palabreros.

En este medio y con base en la Ley 691 de 2001, se pueden resaltar varios aspectos del presente trabajo, para efectos de determinar los criterios relevantes para implementar un modelo multicultural de servicios de salud al interior de la etnia wayuu de la Alta Guajira, por lo cual se citan los apartes mas significativos en el sentido de la investigación.

7.3LEY 691 DE 2001¹³

ARTÍCULO 1o. APLICACIÓN. La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1o. de la Ley 21 de 1991.

ARTÍCULO 2o. OBJETO. La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.

¹³CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Diario Oficial No 44558 de 21 de septiembre de 2001.

ARTÍCULO 3o. DE LOS PRINCIPIOS. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la Ley 100 de 1993, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

ARTÍCULO 4o. AUTORIDADES. Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa.

CAPITULO II.

FORMAS DE VINCULACIÓN.

ARTÍCULO 5o. VINCULACIÓN. Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos:

1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo.
2. Que sea servidor público.
3. Que goce de pensión de jubilación.

Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los

subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud vinculará a toda la población indígena del país en el término establecido en el artículo 157 literal b, inciso segundo de la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO 2o. La unificación del POS–S al POS del régimen contributivo se efectuará en relación con la totalidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y acorde con las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas.

CAPITULO III.

DEL RÉGIMEN DE BENEFICIOS.

ARTÍCULO 6o. DE LOS PLANES DE BENEFICIOS. Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la Ley 100 de 1993, así:

1. Plan Obligatorio de Salud.
2. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).
3. Plan de Atención Básica.
4. Atención Inicial de Urgencias.
5. Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos.

Las actividades y procedimientos no cubiertos por ninguno de los anteriores Planes y Programas, serán cubiertos con cargo a los recursos del Subsidio a la

Oferta en las Instituciones Públicas o las Privadas que tengan contrato con el Estado.

ARTÍCULO 7o. EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO P.O.S.S. El Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para los Pueblos Indígenas será establecido de manera expresa por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como un paquete básico de servicios, debidamente adecuado a las necesidades de los Pueblos Indígenas, en concordancia con el artículo anterior y la Ley 100 de 1993.

ARTÍCULO 8o. SUBSIDIO ALIMENTARIO. Debido a las deficiencias nutricionales de los Pueblos Indígenas, el P.O.S.S. contendrá la obligatoriedad de proveer un subsidio alimentario a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años. El Instituto de Bienestar Familiar –o la entidad que haga sus veces– el Programa Revivir de la Red de Solidaridad (o el organismo que asuma esta función), los departamentos y los municipios darán prioridad a los Pueblos Indígenas, para la asignación de subsidios alimentarios o para la ejecución de proyectos de recuperación nutricional, a partir de esquemas sostenibles de producción.

ARTÍCULO 9o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO P.O.S.C. Para efectos de la aplicación de este plan a los miembros de los Pueblos Indígenas con capacidad de pago, las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas, estarán obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios de P.O.S.C., en igualdad de condiciones de acceso y respetando sus derechos con relación al resto de la comunidad en la que habita. Es decir, tales EPS se sujetarán estrictamente al principio de la no discriminación en contra de los miembros de las comunidades de los Pueblos Indígenas, en materia de criterios, fines, acciones, servicios, costos y beneficios.

ARTÍCULO 10. PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA. La ejecución del P.A.B., será gratuita y obligatoria y se aplicará con rigurosa observancia de los principios de diversidad étnica y cultural y de concertación.

Las acciones del P.A.B., aplicables a los Pueblos Indígenas, tanto en su formulación como en su implementación, se ajustarán a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos, de tal manera que la aplicación de los recursos garantice su permanencia, cultural y su asimilación comunitaria.

El P.A.B. podrá ser formulado por los Pueblos Indígenas, en sus planos de vida o desarrollo, para lo cual las Entidades Territoriales donde estén asentadas prestarán la asistencia técnica y necesaria. Este Plan deberá ser incorporado en los planes sectoriales de salud de las Entidades Territoriales.

El P.A.B. se financiará con recursos asignados por los Programas Nacionales del Ministerio de Salud, los provenientes del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, y con los recursos que, para tal efecto, destinen las Entidades Territoriales, así como los que destinen los Pueblos Indígenas.

En la ejecución del P.A.B., se dará prioridad a la contratación con las autoridades de los Pueblos Indígenas, sus organizaciones y sus instituciones creadas explícitamente por aquellas comunidades para tal fin.

ARTÍCULO 11. ATENCIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS. Para la aplicación de este Plan, a los miembros de los Pueblos Indígenas, se considera evento catastrófico el desplazamiento forzado, bien sea por causas naturales o hechos generados por la violencia social o política.

DE AFILIACIÓN Y MOVILIDAD EN EL SISTEMA.

ARTÍCULO 16. CONTINUIDAD EN LA AFILIACIÓN. Las entidades territoriales y el Fondo de Solidaridad y Garantías, deben garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado de todos los miembros de los Pueblos Indígenas y en especial de sus niños desde el momento de su nacimiento.

ARTÍCULO 17. ESCOGENCIA DE LA ADMINISTRADORA. Cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionará la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad.

Cualquier hecho conducta manifiesta orientada a distorsionar la voluntad de la comunidad, para la afiliación o el traslado de que trata el presente artículo, invalidará el contrato respectivo y en este evento se contará con 45 días hábiles para el traslado.

ARTÍCULO 18. LIMITACIONES. Las autoridades de los Pueblos Indígenas, en atención a las facultades que les confiere la Ley y de conformidad con sus usos y costumbres, podrán establecer limitaciones a la promoción de servicios o al mercadeo de las administradoras del régimen subsidiado dentro de sus territorios, en el espíritu y propósito de preservar su identidad e integridad socioculturales.

ARTÍCULO 19. GARANTÍA DE ATENCIÓN POR MIGRACIÓN. Las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado están en la obligación de garantizar la continuidad del subsidio y de la atención en salud, en las condiciones inicialmente pactadas, a los miembros de los Pueblos Indígenas que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional, previa certificación de la autoridad tradicional.

ARTÍCULO 20. EXENCIÓN. Los servicios de salud que se presten a los miembros de pueblos indígenas del régimen subsidiado estarán exentos del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

ARTÍCULO 21. DE LOS CRITERIOS DE APLICACIÓN. Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

CAPITULO VII.

DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN DEL SISTEMA.

ARTÍCULO 22. PRINCIPIO DE CONCERTACIÓN. El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto 6ª.) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades.

El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.

ARTÍCULO 23. REPRESENTATIVIDAD. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.

ARTÍCULO 24. CONTROLADORES. Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado.

CAPITULO VIII.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 25. DE LA CONTRATACIÓN CON IPS PÚBLICAS. Para efectos, de la contratación que de manera obligatorio deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 26. PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN. En los organismos de inspección y vigilancia o las entidades que cumplan estas funciones, deberán existir programas regulares de capacitación de los funcionarios en aspectos relacionados con la legislación relativa a los Pueblos Indígenas.

Los programas de capacitación se harán extensivos tanto a las autoridades tradicionales indígenas, como a los servidores públicos que directa o indirectamente atiendan asuntos con los Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 27. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. El Ministerio de Salud adecuará los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de

una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.

ARTÍCULO 28. COMUNICACIONES. El Ministerio de Salud asignará un porcentaje no menor del cinco (5%) de los recursos destinados al fortalecimiento de la Red de Urgencias, para el financiamiento de los sistemas de comunicación, transporte y logísticas que sean necesario, en zonas donde se encuentren asentados Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 29. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Para garantizar el acceso a los niveles superiores de atención médica, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia permitirá la remisión y atención pronta y oportuna de los Indígenas que lo requieran.

PARÁGRAFO. En las ciudades con hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, se dispondrán las acciones pertinentes para organizar casas de paso, en las cuales se hospedarán los acompañantes o intérpretes de los remitidos. Estas casas podrán ser asignadas y adjudicadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes de aquellas incautadas en desarrollo de su actividad.

ARTÍCULO 30. COMPLEMENTARIEDAD JURÍDICA. Los aspectos no contemplados en la presente ley relativos a la prestación de servicios de salud a los grupos indígenas, se regularán en todo caso por las normas existentes pertinentes o por las que se desarrollen con posterioridad a la expedición de ésta, pero de manera especial atendiendo la Ley 100 de 1993, la Ley 21 de 1991, la Ley 60 de 1993, el Decreto 1811 de 1990 y demás normas sobre la materia.

8. COMPLEMENTARIEDAD Y POSIBLES ANTAGONISMOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN EN SALUD INDÍGENA EN COLOMBIA.

La normativa aplicable a los procesos de prestación de servicios de salud en comunidades indígenas deja claro el criterio de complementariedad exigida por la misma Ley en el artículo 21 de la Ley 691 de 2001, cuando expresa:

ARTÍCULO 21. DE LOS CRITERIOS DE APLICACIÓN. Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

Esta complementariedad terapéutica de la que habla la Ley de hecho tiene múltiples lecturas, sobre todo porque las nociones de salud y enfermedad en las dos cosmovisiones involucradas son divergentes en muchos casos.

Sin embargo se pueden tomar iniciativas que realmente acerquen los dos modelos y los complementen, tales como los que la misma Ley prevee respecto de la capacitación de líderes bilingües y la inversión en medios de comunicación y atención in situ, con el 5% determinado en la norma.

ARTÍCULO 28. COMUNICACIONES. El Ministerio de Salud asignará un porcentaje no menor del cinco (5%) de los recursos destinados al fortalecimiento de lo Red de Urgencias, para el financiamiento de los sistemas de comunicación, transporte y logísticas que sean necesario, en zonas donde se encuentren asentados Pueblos Indígenas.

En referencia a la capacitación la Ley prevé aspectos necesarios para que el modelo de prestación de servicios sea realmente eficiente, tal como lo cita el Artículo 26.

ARTÍCULO 26. PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN. En los organismos de inspección y vigilancia o las entidades que cumplan estas funciones, deberán existir programas regulares de capacitación de los funcionarios en aspectos relacionados con la legislación relativa a los Pueblos Indígenas.

Los programas de capacitación se harán extensivos tanto a las autoridades tradicionales indígenas, como a los servidores públicos que directa o indirectamente atiendan asuntos con los Pueblos Indígenas.

Igualmente la participación puede ser un elemento complementario de ayuda, la norma establece en el Artículo 23 la forma de participación.

ARTÍCULO 23. REPRESENTATIVIDAD. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos

Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.

8.1 ASPECTOS ANTAGONICOS DEL MODELO PROYECTADO POR LA NACION Y LAS CONDICIONES WAYUU

La participación de en los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud con un miembro puede ser un elemento antagónico, en el fondo, porque limita la participación étnica a un solo miembro de la comunidad dado el caso wayuu, que no existe un modelo jerárquico que abarque todas las familias para que estas nombren su representante, lo que hará que muchos queden sin representación limitando quizá el impacto de los procesos.

El Artículo 19, igualmente en el contexto guajiro tiene un aspecto antagónico que debido a la organización social wayuu de clanes y familias, y a su constante migración territorial y estacional puede resultar evidente.

ARTÍCULO 19. GARANTÍA DE ATENCIÓN POR MIGRACIÓN. Las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado están en la obligación de garantizar la continuidad del subsidio y de la atención en salud, en las condiciones inicialmente pactadas, a los miembros de los Pueblos Indígenas que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional, previa certificación de la autoridad tradicional.

Acudir a la autoridad tradicional en la Alta Guajira puede representar días y hasta semanas, cuando las lluvias causan atolladeros de los vehículos y transitar de un lugar a otro es difícil. Como lo expresa el Dr. Uribe, llamado cariñosamente por los pobladores de la Alta Guajira, el barbudo, y quien ha aportado mucho para que los servicios de salud lleguen hasta esas familias en vulnerabilidad tan distantes:

“El Hospital Menonita de Puerto Rico realiza cirugías de alto turmequé. Lo que es aún más increíble dado que está ubicado literalmente en el fin del mundo. Nadie puede decir con certeza cuánto se tarda en llegar a Nazareth desde Riohacha. Dicen que entre siete horas y una semana. Atollarse en medio del camino o encontrar un río crecido en invierno es algo normal para los wayúu, que parecen nunca tener afán”.

No obstante los modelos que parecen complementarse y antagonizar en teoría, al apropiarse los elementos relevantes tienen la capacidad de generar un modelo realmente multicultural como se propone en este estudio.

9. CRITERIOS RELEVANTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON ENFOQUE MULTICULTURAL EN EL HOSPITAL DE NAZARETH.

Hablar de criterios o condiciones relevantes, o de importancia implica hacer escogencias de los elementos que se consideran pertinentes y abandono de algunos elementos que no son esenciales.

Tres criterios generales se consideran importantes en los modelos existentes: La Organización y los servicios que presta, la infraestructura tanto física como técnica y las políticas con sus estrategias.

El modelo tradicional impuesto por la fuerza de la costumbre de conformidad con la visión occidental o con base en la visión wayuu, debe ser remplazado por el modelo multicultural. Los parámetros de medición no son realmente el objeto de esta propuesta, ya que los indicadores de la salud han ido alcanzando un nivel global, y al fin de cuentas los indicadores son apenas elementos de medición de la eficiencia y eficacia de los modelos aplicados, que en caso de Colombia están dados por el CONPES 140 de 2011 y tienen relevancia nacional y global.

Por ello y con base en toda la investigación anterior, la pregunta obligada es, ¿cómo debe ser un modelo de prestación multicultural de servicios de salud en la Alta Guajira?

Con la sola de idea de prestar promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a una comunidad indígena wayuu específicamente, actuando sobre un acervo cultural de siglos de existencia y que se mantiene y refuerza a pesar de las influencias foráneas de la cultura blanca, se ha desarrollado cuidadosamente este modelo de atención que devendrá entre los pueblos Wayúu tratando de optimizar su desempeño para conservar la salud individual y colectiva sin afectar para nada las condiciones ancestrales de la etnia y al contrario investigando y compartiendo los saberes propios para incorporarlos a nuestra misión en el mundo Wayuu.

9.1 LA ORGANIZACIÓN Y SUS SERVICIOS

9.1.1 Presentación Del Hospital En La Red De Servicios

La E.S.E. Hospital de Nazareth fue constituida como tal por acuerdo del Concejo municipal de Uribia N° 037 del 15 de diciembre de 1995 y actúa como tal desde el 28 diciembre de 2007 cuando entro en pleno funcionamiento su junta directiva. Su NIT es el N° 892115347-1

Fue inscrito en el proceso de habilitación con radicado N° 00401 y el código N° 4484700401-01 para habilitación de los siguientes servicios dentro de la red nacional.

9.1.2 Servicio Hospitalario

CODIG O	SERVICIO	MODALIDA D	GRADO DE COMPLEJIDAD
------------	----------	---------------	-------------------------

101	GENERAL ADULTOS	HOSP	BAJA
102	GENERAL PEDIATRICO	HOSP	BAJA
112	OBSTETRICIA	HOSP	BAJA

9.1.3 Servicio De Consulta Externa

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	GRADO DE COMPLEJIDAD
312	ENFERMERIA	AMBULATORIO	BAJA
320	GINECOOBSTETRICIA	AMBULATORIO	BAJA
328	MEDICINA GENERAL	AMBULATORIO	BAJA
334	ODONTOLOGIA	AMBULATORIO	BAJA

9.1.4 Atención Extramural

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	GRADO DE COMPLEJIDAD
402	SERVICIO EXTRAMURAL	AMBULATORIO	BAJA

9.1.5 Servicio De Urgencias

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	GRADO DE COMPLEJIDAD
501	SERVICIO DE URGENCIAS	AMBULATORIO	BAJA

9.1.6 Apoyo Diagnóstico Y Complementación Terapéutica

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	GRADO DE COMPLEJIDAD
706	LABORATORIO CLINICO	AMBULATORIO	BAJA
707	LAB.	AMBULATORIO	BAJA

	CITOPATOLOGIA		
710	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	AMBULATORIO	BAJA
714	SERVICIO FARMACEUTICO	AMBULATORIO	BAJA

9.1.7 Transporte Especial De Pacientes

CODIG O	SERVICIO	MODALIDAD	GRADO DE COMPLEJIDAD
601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	AMBULATORI O	BAJA

SERVICIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA BASICA

El Hospital cuenta con los siguientes servicios

- A. Consulta externa Médica y Odontológica intra y extramural
- B. Consulta de programas especiales
- C. Servicio de restauración oral.
- D. Servicio de Urgencias
- E. Servicio de Atención Obstetricia y Atención en Cirugía de Urgencia y pequeña cirugía.
- F. Servicio de hospitalización occidental con 25 camas distribuidas de la siguiente manera.
 - Medicina 13 camas
 - Pediatría 8 camas
 - Obstetricia 4 camas
- G. de hospitalización modalidad tradicional Wayúu con capacidad para 30 camas (chinchorros)

- H. Servicio de Nutrición
- I. Servicio de Laboratorio
- J. Servicio de Rayos X
- K. Servicio de Ecografía de baja complejidad
- L. Servicio de Citología.
- M. Servicio de traslado de pacientes local e intermunicipal.
- N. Servicio de atención extramural
 - Consulta médica
 - Consulta odontológica.
 - Vacunación
 - Citología
 - Actividades de promoción y prevención
 - Vigilancia Epidemiológica.
 - Farmacia
 - Laboratorio clínico

SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN

- Gerencia
- Asesoría Jurídica
- Oficina de Control interno
- Auditoría Interna
- Administración general
- Información
- Informática
- Almacén
- Farmacia
- Alimentación
- Mantenimiento
- Ambulancias (4)

- Transporte de personal a las áreas rurales
- (2 vehículos)
- Servicio de distribución de agua con tres carro tanques (3)

El Hospital posee servicio de acueducto y energía propia, planta de energía solar y un sistema de comunicaciones de radio que permite la comunicación con Centros y Puestos de Salud, y con sus vehículos. Además ya fue instalado en la región el sistema de telefonía celular que nos permite la comunicación con las ciudades donde están los centros de acopio, bancarios financieros, de asesoría y supervisión, centros normativos, de poder político y las E.P.S RS.del sistema.

El hospital está además completamente sistematizado en todos sus servicios y goza del servicio de internet para la comunicación información y capacitación y educación continuada

9.2 LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y TÉCNICA

9.2.1 Vinculación Técnica

El Hospital de Nazareth está integrado a la red de servicios públicos y privados del Departamento de la Guajira y desempeña un papel fundamental en la atención a las comunidades Wayúu de la Alta Guajira ya que no existen en la zona otros centros de atención, para ello el hospital cuenta con: su centro sede, 2 centros de salud y los puestos de salud estratégicamente ubicados en la amplia extensión de estos territorios, además con un grupo de agentes de salud y con líderes comunitarios previamente adiestrados que realizan vigilancia epidemiológica. Las referencias y contra referencias se realizan con las entidades de mas complejidad del sistema nacional de salud. Es asesorado, controlado y vigilado por la Secretaría Departamental de salud y se guía con las normas nacionales que dictan el Ministerio de la Protección Social y los entes de control nacional.

Manteniéndose así en armonía con el sistema sin perjuicio de las condiciones propias de un entorno cultural especial y muy particular determinado por la cultura en que se ocupa El Hospital de Nazareth y su sistema de Centros, Puestos de Salud y promotores presta actualmente los siguientes servicios y realiza las siguientes actividades:

9.2.2 Infraestructura Física

La E.S.E. Hospital de Nazareth cuenta: Con su centro hospitalario ubicado en el corregimiento de Nazareth del Municipio de Uribia con un área construida de aproximadamente 2.500 metros cuadrados.

Una vieja frase en el ambiente médico dice: No basta la mera buena voluntad, es necesario contar con los elementos necesarios para poder intervenir de manera positiva frente a una problemática de salud.

Bajo la coordinación técnica y administrativa del Hospital de Nazareth funcionan en la Alta Guajira las siguientes Instituciones:

- A. Centro de Salud de Pto. Estrella.
- B. Centro de Salud Siapana
- C. Centro de Salud Paraíso
- D. Puesto de Salud Warpana
- E. Puesto de Salud Villa Fátima
- F. Puesto de Salud de Poropo

Existen construidos sin dotación y sin personal los puestos de salud de:

- A. Tres bocas
- B. Tawaira
- C. Flor de la Guajira
- D. Ichipá
- E. Arepiapá

- F. Guarerpá
- G. Guarerpá Chiquito
- H. Sta. Rosa
- I. Buenos Aires
- J. Italia
- K. Paraguaipoa
- L. Marquetalia
- M. Romana
- N. Flor del Paraíso
- Ñ. Bahía Honda

9.2.3 Capacidad Técnico Administrativa

Esta es coordinada y administrada desde el Hospital de Nazareth de acuerdo a las normas y pautas vigentes del Ministerio de Salud, el Departamento Administrativo de Salud y de las organizaciones comunitarias.

La planta actual de personal del Sector en la Alta Guajira está constituida por:

PERSONAL TECNICO

- | | |
|---------------------------|----|
| • MEDICOS | 4 |
| • MEDICOS S.S.O | 3 |
| • ENFERMERAS | 2 |
| • ODONTOLOGOS | 4 |
| • BACTERIOLOGO | 2 |
| • CITOLOGA | 1 |
| • AUXILIAR ENFERMERIA | 18 |
| • AUXILIAR DE ODONTOLOGIA | 4 |
| • AUXILIAR LABORATORIO | 2 |

- AUX. IMAGEN DIAGNOSTICA 1
- PROMOTORES DE SALUD 12

PERSONAL ADMINISTRATIVO

- DIRECTOR 1
- JEFES DEPARTAMENTO 1
- JEFES DE SECCION 2
- TECNICO INFORMATICA 1
- AUXILIAR DE INFORM. SALUD 1
- AUXILIARES ADMINISTRACION 4
- ALMACENISTA 1
- PAGADOR 1
- AUXILIAR DE MANTENIMIENTO 1
- OPERARIO SERV. GENERALES 16
- CONDUCTORES 7
- CELADORES 2

AUTOMOTORES

- AMBULANCIAS 4
- CARROTANQUES 2
- TRANSPORTE DE PASAJEROS 2
- TRANSPORTE DE CARGA 3

No obstante las limitaciones del ambiente, las restricciones del desarrollo socio-económico y las dificultades interculturales, se posee personal calificado, suficiente, en su gran mayoría de la etnia Wayúu, bilingüe y una infraestructura adecuada con equipos modernos que permitan implementar procesos y actividades para la atención en salud de las comunidades de Alta Guajira Con

calidad accesibilidad oportunidad, universalidad y con una gran capacidad de resolución.

9.3 CRITERIO ESTRATEGICOS DEL MODELO MULTICULTURAL

El modelo multicultural que se propone, pretende influir en ambos hacia los dos componentes culturales presentes en la Alta Guajira con los siguientes criterios estratégicos que implican trabajar con los equipos médicos, administrativos y asistenciales desde la perspectiva multicultural, es decir con les respeto por la diferencia y la complementariedad de procesos y protocolos implicados en cada caso de atención al interior de las comunidades wayuu.

Fundamental será en el proceso de salud la actuación a través de acciones sobre los actores médicos, administrativos y asistenciales, así como sobre la comunidad por:

9.3.1 Información: Implica no sólo compartir y aprender de las diferencias y convergencias de los dos modelos de atención en salud, sino que de manera dialógica que se alcance un lenguaje común a la hora de realizar procesos que modifican, procedimientos y protocolos.

Este punto es de especial relevancia por cuanto a mayor información en los actores mayor es la posibilidad de complementar esfuerzos de diagnóstico, atención, e intervención médica.

9.3.2 Promoción: En este modelo multicultural se tendrán en cuenta los aspectos referentes a las nociones de salud y enfermedad de la etnia y la mirada que desde el ámbito occidental y científico se da a los temas que refieren a la salud, la sexualidad, el desarrollo humano, etc. Es de vital importancia que la mirada occidental acoja los aspectos de conservación del medio ambiente y de la naturaleza que la etnia posee.

9.3.3 Motivación: Es un proceso que implica las dos caras del modelo, tanto desde el lado alijuna, como desde el lado wayuu, debe existir una motivación común con base en la ciudadanía de derechos que se comparten como ciudadanos, y obviando las diferencias religiosas de las partes.

9.3.4 Concienciación: Como los anteriores no se trata de imposición de la cosmovisión dominante como expresa Argibay.

La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles. En los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo¹⁴.

La concienciación es un proceso mutuo donde el diálogo y el respeto por la diferencia es la característica. Si bien la ciencia occidental lleva bastante trecho adelante respecto de las concepciones mítico-religiosas presentes en la sociedad, esta ventaja debe ser usada con mesura y negociación social en equidad.

9.3.5 Educación en Salud: La educación como elemento estratégico hacia una noción de salud integral basada en el equilibrio del ser y de sus relaciones con la naturaleza es valiosa, en este momento histórico en que los dos paradigmas de diagnóstico e intervención han ido alcanzando su complementariedad. Creer que la medicina alopática, es la única forma de contrarrestar síntomas y patologías es tan soberbio como pensar que la única vía de atención es la medicina naturista. Todo un proceso educativo está implicado en este modelo multicultural, del cual las partes aprehenderán los puntos de convergencia.

¹⁴HEGOA "Sociedad democrática, sociedad multicultural". Dossier inmigraciones y racismo. Bilbao. 1997.

9.3.6 Liderazgo: La formación de un liderazgo raizal, endógeno y de un liderazgo exógeno que comprenda los puntos débiles y asuma como un reto el bienestar y la superación de las condiciones de vulnerabilidad existentes entre los wayuu es quizá el mayor de los retos en este modelo multicultural.

La dificultad consiste en la superación de los antagonismos y de los temores de ambas partes. No es este un escenario de conquista, sino un escenario de construcción de nuevos tinglados de trabajo para los wayuu y para los alijuna. Los wayuu tienen el reto, del que son capaces, para capacitarse y ayudar a sus comunidades sin que prevalezca el espíritu avaro de poder sobre los demás, que lamentablemente ha caracterizado a algunos de los líderes y por su parte los líderes occidentales, alijuna, deben estar capacitados para dejar en manos de los raizales el manejo de su salud, una vez estos hayan sido entrenados y capacitados para tales tareas desde la perspectiva multicultural.

Una utopía quizá, será ver un chamán graduado de médico pero debe ser la aspiración ideal de un modelo multicultural como el propuesto en este trabajo.

9.3.7 Asesoría: Este punto corresponde al uso de conocimientos, técnicas y tecnologías que pueden realmente contribuir al modelo.

9.3.8 Concertación: Los antagonismos de las cosmovisiones exigen concertar puntos de acción a fin de favorecer a los beneficiarios. Por eso dentro del presente modelo se propone usar como marco teórico para las partes “la ciudadanía de derechos”, es decir centrar las acciones en la aplicación real y eficiente de los derechos a todos los ciudadanos que como tales tienen que recibirlos, lo que implica centrar la atención en las personas, en las gentes, en los ciudadanos sin discriminación alguna por causa alguna.

9.3.9 Apoyo y Gestión: El modelo multicultural supone el apoyo de las partes y la gestión conjunta de los procesos de salud y de servicios de salud. En este punto se debe superar la inequidad que puede resultar de la aplicación de la representatividad que la Ley norma, donde un delegado está, por obvias razones, supeditado a las decisiones de los otros miembros del Consejo Territorial elegido.

9.3.10. Continuidad: Colombia apenas está entrando en la conciencia de hacer continuidad a los procesos que implica el desarrollo social. La vieja costumbre de los gobernantes y dirigentes de turno de aplicar el adagio “borrón y cuenta nueva” no es la opción de un modelo multicultural. Lo que supone que los procesos, protocolos y procedimientos, si bien requieren de revisiones constantes, exigen ser consecuentes, flexibles y mantener una gran dosis de entusiasmo y de interés con base en el derecho de los ciudadanos.

Además del trabajo comunitario, son elementos del papel del sector:

1. Una gestión permanente en torno a ofrecer servicios para la demanda efectiva, que tenga:

- Recursos Humanos suficientes
- Recursos físicos: Infraestructura y dotación adecuada
- Servicios que sean oportunos y pertinentes.
- Con el nivel necesario, de acuerdo con los perfiles del desarrollo tecnológico y científico.
- Un alto grado de eficiencia.
- Servicios de referencia y contra referencia oportunos de alta calidad, garantizando factibilidad de acuerdo a cualquier posibilidad del demandante.
- Servicios que generen programas creativos, que motiven hacia la investigación para el conocimiento de nuevas formas de acción.

- Servicios armónicos, solidarios, estimulantes y articulados con todos los quehaceres, formas y valores de la cultura tradicional del Wayúu.
- Capacidad de proporcionar a todos los funcionarios del sector salud comprometidos en la tarea, el más alto nivel de vida posible, a través de justa remuneración, reconocimientos en concordancia con el desarrollo actual y las aspiraciones individuales, para que así disfruten de todos los bienes materiales e intelectuales ya alcanzados por la sociedad y a los cuales tienen pleno derecho.

Para el mejoramiento del desarrollo hospitalario y al final una óptima calidad de la atención en todos sus aspectos, son fundamentales las siguientes acciones dentro de estas estrategias:

- Educación continuada
- Mejoramiento de la planta física del centro hospitalario y sus organismos satélites que incluye la remodelación y dotación de los pequeños puestos de salud que aun no están funcionando.
- Modernización de Equipos.
- Introducción de personal calificado y tecnologías nuevas para mejorar la capacidad resolutive.
- Para fortalecer los programas de calidad de vida, promoción y prevención se fortalecerá el grupo de promotores con la capacitación de 34 nuevos promotores que vincularan posteriormente a la E.S.E.

Además en su intervención para promocionar, prevenir y recuperar la salud, debe la institución priorizar las siguientes estrategias :

A. Identificación exhaustiva de todos los factores de riesgo

- B. Seleccionar y priorizar los grupos vulnerables
- C. Armonizar las actitudes de la medicina occidental y tradicional que necesariamente concurrirán en las intervenciones sobre la comunidad.
- D. Minimizar hasta lo máximo los efectos adversos que la intervención occidental produzca sobre la cultura ancestral, el entorno de su paisaje, de su pensamiento y de su vivir cotidiano..

Descripción

Este enfoque de hecho tiene un punto eje central que se halla en la atención primaria que es la puerta de entrada al servicio de salud. Esta atención está soportada sobre las bases legales de la ciudadanía de derechos y con énfasis en los fundamentos teóricos de la multiculturalidad encaminada al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Un punto débil de este modelo, está desafortunadamente ubicado en los recursos destinados para este enfoque que son mínimos en comparación a otros sectores del SGSSS.

Operación

La operación de actividades del modelo contempla como ya se ha reiterado las prioridades en la atención de acuerdo a la normatividad nacional y que son definidas y ordenadas así:

La Salud Infantil.

La Salud Sexual y Reproductiva.

La Salud Oral.

La Salud Mental y las lesiones violentas y evitables.

Las Enfermedades Transmisibles y las Zoonosis.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La Nutrición.

La Seguridad Sanitaria y del Ambiente.

La Seguridad en el trabajo y las Enfermedades de origen laboral.

La operación del modelo se inicia con la divulgación amplia de los derechos y deberes que tiene la comunidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud.

Difusión en toda la población de las fortalezas e instrumentos, capacidad instalada y amplia promoción del diseño operativo que tiene el modelo de atención.

Mejoramiento continuo de las competencias del Talento Humano y en capacitación en salud pública.

La Gestión para el desarrollo oportuno y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Implementación y actualización del plan de mejoramiento de la calidad de los servicios

9.4 EL PROCESO OPERATIVO

Basados en la estructura descrita, en los procesos implementados y en la idea de mantener la salud individual y colectiva y actuando como una I.P.S exclusivamente indígena.

Se opera sobre los riesgos predecibles y modificables con el equipo de trabajo en el territorio de la Alta Guajira y sobre la comunidad wayuu.

Desde el Hospital de Nazaret los centros y puestos de salud y con los agentes estratégicamente ubicados en todo el territorio.

9.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTE MÓDELO.

Con una amplia difusión de un cronograma de actividades en toda la Alta Guajira se permitirá el acceso oportuno a la oferta de servicios.

El primer nivel es la puerta de entrada a todo el sistema en sus demás niveles de complejidad.

Acceso inmediato el mismo día de la consulta, no es necesaria la cita previa.

Totalmente gratuito para todas las modalidades.

No existen cuotas de recuperación ni copagos.

No existe para la operación ninguna distinción entre subsidiados o vinculados.

Todos serán atendidos de igual manera y con todos los recursos disponibles.

Cuando un indígena aun no afiliado requiera otra capacidad resolutive o un diferente nivel de atención la IPSI hará todo el proceso de acompañamiento y gestión ante el ente territorial responsable.

La IPS indígena gestionará acompañará y asesorará a la comunidad indígena en el proceso de ampliación de cobertura hasta lograr la totalidad de ella.

9.6 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

Vacunación casa a casa con todos los biológicos normalizados por el P.A.I. con un equipo wayuu bilingüe entrenado de 4 vacunadores con una experiencia, destreza y conocimiento del territorio adquirida durante más de 15 años en esta actividad.

Actividades de educación en salud durante todo el tiempo a través de agentes de salud en sus zonas respectivas, ya sea actividades casa a casa o por convocatorias comunitarias en las cuales se hace además de conferencias de fomento de la salud el apoyo nutricional y el control del crecimiento y el desarrollo en cooperación con el I.C.B.F. Idénticas actividades se realizan en los centros de atención.

Actividades de promoción de las redes sociales de apoyo.

Capacitación para el conocimiento de los deberes y derechos que tienen las comunidades indígenas en general y las que tienen dentro del S.N.S.S.

Información sobre el desarrollo de la I.P.S.I. De la red prestadora de salud y del modelo de atención existente.

Vigilancia epidemiológica sensible y oportuna a través de los promotores de Salud, los líderes comunitarios ya capacitados, las actividades extramurales y las actividades por demanda que se realizan en los centros de atención.

Valoración mediante encuestas formales de la satisfacción de cliente ya sea el externo o el cliente interno.

Implementación de programas especiales para la demanda inducida y los programas regulares de promoción y prevención. Esto se implementa en todos los centros y en las actividades extramurales permanentes. Tales como:

- Crecimiento y desarrollo.
- TBC.
- Diabetes.
- Hipertensión.
- Epilepsia.
- Desnutrición.
- Apoyo nutricional materno-infantil y del adulto mayor.
- Del VIH.
- Lupus y otras enfermedades autoinmunes.
- Control del carcinoma del cuello uterino.
- Que incluye educación para la demanda inducida
- Estrategias de captación conscientes de las dificultades culturales.
- Realización intensiva de citologías.

- Tratamientos locales con ATCA y cauterización eléctrica
- Colposcopias.
- Biopsias.
- Atención preventiva de la salud oral.
- Control oral de la gestante
- Control de placa.
- Fluorización tópica.
- Aplicación de sellantes.
- Detartraje supra gingival.
- Detección de alteraciones del embarazo:.
- Diagnóstico
- Consulta de primera vez
- Consulta de control por medicina general.
- Consulta de control por enfermería.
- Consulta inmediata de odontología general.
- Ultrasonografía pélvica obstétrica con evaluación de circulación.
- Exámenes de laboratorio.
- VDRL
- Hemograma completo
- Hemoclasificación.
- Uroanálisis.
- Prueba de VIH
- Glicemia
- Toxoplasma IGG.
- Vacunación con DT.
- Suministro de vitaminas y suplementos.
- Clasificación del riesgo y sugerencia del parto institucional.
- Atención del parto normal y del recién nacido.

- Atención a la gestante.
- Atención del parto espontaneo normal.
- VDRL
- VIH (si no tiene)
- Vacunación combinada triple viral.
- Educación sobre la lactancia la nutrición y la salud oral.
- Consulta de control.
- Atención del Recién Nacido.
- Valoración TSH neonatal.
- Hemoclasificación.
- Vacunas.
- BCG.
- Anti-polio.
- Antihepatitis B.
- Vitamina K
- Consulta de control y seguimiento.
- Ingreso al programa de crecimiento y desarrollo.
- Planificación general a mujeres y a hombres.
- Mujeres:
- Verificación de uso de métodos tradicionales.
- Consulta de primera vez con elección del método.
- Métodos ofrecidos.
- DIU Inserción.
- Anticonceptivo oral.
- Intervención de trompas.
- Hombres:
- Consulta de primera vez.
- Consulta de seguimiento.

DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO

- Consulta de primera vez.
- Exámenes de laboratorio.
- Glicemia
- Uro- análisis.
- Creatinina en suero.
- Perfil lipídico triglicéridos LDH.
- Actividades de recuperación de la salud

CONSULTA DE MEDICINA GENERAL

Atención personalizada al ingreso.

Adjudicación de número de historia clínica si es de primera vez. La historia clínica será documento obligatorio donde se registrará el estado de salud del paciente, las atenciones que recibió, los servicios a los cuales acudió y los procedimientos de P y p, curativos, diagnósticos y prescriptivos, de rehabilitación y seguimiento. Cada uno con la fecha y el nombre y la firma del responsable del servicio prestado. Debe estar siempre en la IPSI correspondiente y disponible las 24 horas del día. Debe ser integral, secuencial, racional, disponible y oportuna.

Realización de la consulta con acompañamiento siempre bilingüe.

Ordenes de laboratorios pertinentes con resultados en el mismo día.

Si es necesario Radiología e imágenes diagnósticas de baja complejidad.

HOSPITALIZACION

Si es necesario Hospitalización inmediata de acuerdo a los requerimientos y de acuerdo a las circunstancias con dos modalidades, modalidad Occidental 25 camas o modalidad tradicional con capacidad para 30 pacientes.

Alimentación adecuada a las costumbres de la etnia, acompañamiento permanente de un familiar con hotelería suministrada por el hospital y visitas permanentes de los demás familiares con acceso las 24 horas del día.

Eventos de mayor complejidad incluye: atención diagnóstico y suministro de material médico quirúrgico de laboratorio y productos farmacéuticos algunos de estos eventos son:

- Atención del parto de bajo riesgo.
- Quemaduras
- Cesáreas de urgencia.
- Apendicetomías de urgencia.
- Legrados.

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Suministro de medicamentos en todas las atenciones médicas que lo requieran. Mediante el suministro total y supervisado de la formulación prescrita. Se hace por intermedio de la farmacia del hospital que suministra medicamentos en Nazareth y que envía una farmacia ambulante a los lugares a donde se desplaza el equipo de actividad extramural, asistida por un auxiliar destinado específicamente para la tarea. Además el hospital contrata con farmacias en Siapana, Puerto Estrella y El Paraíso, farmacias particulares que despachan bajo la supervisión del de la IPSI con su propia logística.

URGENCIAS

Durante las 24 horas del día en el hospital y los centros de salud atienden urgencias médicas y de trauma con disposición inmediata de traslado si el caso lo amerita. Ya que estos centros y el hospital disponen permanentemente del vehículo adecuado. Además se resuelven urgencias medicadas domiciliarias informadas por promotores o agentes voluntarios de salud mediante el sistema de comunicaciones por radio implementado por la IPS en la Alta Guajira. Esto hace posible el traslado del paciente inmediatamente a la unidad más cercana o con la capacidad resolutive requerida.

La atención por urgencias incluye el examen y valoración los exámenes diagnósticos y los medicamentos requeridos. Además la referencia a centros de mayor complejidad de acuerdo a los manuales de referencias y contra-referencia elaborados por las EPS.RS contratantes de nuestra IPSI. Y el transporte y acompañamiento del paciente vinculado a la entidad territorial responsable.

ATENCION ODONTOLOGICA.

Intramural y extramural.

Incluye:

- Integralidad con la historia clínica existente o apertura de ella si el paciente es nuevo.
- Consulta a toda mujer gestante con examen clínico completo y tratamientos requeridos.
- Estudio radiológico inmediato si es necesario.
- Obturaciones con resina por fotocurado
- Obturaciones con amalgama.
- Tratamientos por endodoncia.

- Curetaje y alisado de raíces.
- Extracciones dentales sencillas.
- Cirugía odontológica. Incluye extracciones complicadas.
- Educación en salud oral.
- Restauraciones parciales y completas.
- Profilaxis.

PROCEDIMIENTOS EN ODONTOLOGIA.

1. amalgama de una y varias superficies.
2. resina de fotocurado de una y varias superficies.
3. obturación en ionomero de vidrio de una y varias superficies.
4. reconstrucción de ángulo en resina de fotocurado.
5. detartraje supragingival y subgingival.
6. tratamiento de conductos uniradiculares.
7. tratamiento de conductos biradiculares y multi radicales.
8. radiografías periapicales.
9. exodoncia método simple uniradiculares.
10. exodoncia método simple biradiculares.
11. exodoncia método simple multiradiculares.
12. exodoncia método abierto uniradiculares, biradiculares y multiradiculares (levantamiento de colgajo).
13. exodoncia de dientes temporales.
14. exodoncia de diente supernumerario.
15. exodoncia de dientes incluidos (tercer molar).
16. drenaje de abscesos gingivales.
17. drenaje de abscesos periodontales.
18. drenaje de abscesos de origen dentario.
19. regularización de reborde alveolar.

20. odontosección.
21. control de hemorragia post exodoncia.
22. irrigación alveolar para control de alveolitis.
23. resección del capuchón pericoronario.
24. prótesis total superior e inferior.
25. prótesis parcial superior e inferior.
26. pulpotomía en dientes temporales.
27. pulpectomía en dientes temporales.
28. control de placa bacteriana.
29. educación en salud oral.
30. aplicación tópica de flúor en niños.

PROCEDIMIENTOS EN LABORATORIO CLINICO

AREA DE HEMATOLOGIA INMUNOHEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO COMPLETO METODO AUTOMATIZADO

CUADRO HEMATICO COMPLETO METODO MANUAL

RECuento DE GLOBULOS ROJOS

RECuento Y FORMULA LEUCOCITARIA

RECuento PLAQUETARIO

RECuento DE RETICULOCITOS

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA

HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y RH

PRUEBA DE COOMBS

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

AREA DE QUIMICA SANGUINEA

AREA DE URINANALISIS

AREA DE PARASITOLOGIA

AREA DE SEROLOGIA

AREA DE MICROBIOLOGIA
SERVICIO DE TRANSFUSION DE URGENCIAS
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONCLUSIONES

Con base en todo el trabajo investigativo se han podido determinar tres criterios o condiciones relevantes que se constituyen pilares para brindar un servicio multicultural en salud para la etnia wayuu desde el Hospital Nazareth del municipio de Uribia en la Alta Guajira a saber: La organización y sus servicios actuando en torno a la visión multicultural, la infraestructura y el personal técnico formado en el servicio multicultural y las estrategias con sus políticas y actividades realizadas desde el enfoque multicultural.

En el contexto wayuu de la Alta Guajira las mujeres embarazadas, los niños menores de un año y las personas de la tercera edad están en el más alto nivel de vulnerabilidad y son los grupos etnicos que presentan tasas de mortalidad preocupantes a nivel regional y nacional.

Dada la cultura wayuu, su noción de salud y enfermedad, su organización y sus políticas relacionales es necesario que se reorienten procesos que implican la puesta en marcha de los servicios que ya tienen las instituciones de salud, con

inversión en elementos que permitan el ingreso in situ a las comunidades, pero esta acción que pone en juego la capacidad técnica del Hospital y todas sus dependencias requiere de todo un proceso estratégico que ha sido propuesto, donde la información, la motivación, la educación y otros factores contribuyen a la formación de un liderazgo endógeno.

Así las cosas se hace necesario que:

- Que el equipo médico y administrativo conozca los elementos y cosmovisión wayuu respecto de la salud y la enfermedad.
- Que además de la buena voluntad, existan los equipos y el entrenamiento técnico multicultural para la intervención en los casos de primer nivel, que es la puerta de entrada de los usuarios al sistema.
- Que los lugares de hospitalización cuenten con las dos posibilidades de atención, la de orden tradicional wayuu y la de orden científico occidental, para atender los casos según los requerimientos del caso.
- Que se gestione un proceso de formación en liderazgo con enfoque hacia la salud y el bienestar de los miembros de la etnia dirigido a los chamanes, piachis, mujeres de autoridad y demás líderes de la etnia con base en su lenguaje y sus creencias para que puedan distinguir las patologías que presenten los enfermos de la etnia, y de esta manera construir un sistema de referencia y contrareferencia compatible con el sistema de salud de la nación. El sueño utópico del chamán-graduado de medicina occidental como ideal.
- Que igual que la medicina tradicional occidental ha invertido grandes esfuerzos en la compilación del conocimiento científico, se propongan

procesos de investigación, motivados desde los entes de salud de la región con respecto a los conocimientos de cura de enfermedades por parte de los chamanes y líderes wayuu.

- Que se enfoquen las enfermedades del sistema digestivo, del sistema respiratorio y las infecciosas y parasitarias que ocupan las tres primeras causas de morbilidad que afectaban a la población en edad de 0 hasta 14 años.
- Que igualmente que las mujeres embarazadas, los menores de un año y las personas de la tercera edad son quienes presentan mayor índice de mortalidad, puedan ser tratados in situ.

BIBLIOGRAFIA

Ardila, Calderón Gerardo. "Cuando el progreso se enfrenta a la vida: los Wayuu de la Guajira", en: Diversidad es Riqueza, ensayos sobre la realidad colombiana, Ican, Instituto Colombiano de Cultura y Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Santa Fe de Bogotá, 1992.

Dane: Censo 1993 -Proyección 2001-.

Dane. Resultados Preliminares Censo Wayuu, Bogotá,

Guerra, Weidler. Los Conflictos Interfamiliares Wayuu, Tesis de Grado, Departamento de Antropología, Universidad de Los Andes, Santa Fe de Bogotá, 1998.

Guerra, Weidler. La disputa y la palabra, la ley y la sociedad wayuu, Jiménez D., Néstor. Comunidad Indígena Wayuú, Ministerio de Educación Nacional, Fascículo 1, Bogotá, s.f.

Sanín, Patricia. Tesoro Negro, tesoro blanco y MMA. Tesis de grado Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes, Bogotá, 2001.

Los Pueblos Indígenas de Colombia en el umbral del Nuevo milenio – DNP – Departamento Nacional de Planeación.

s.wikipedia.org/

www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/

juliorcorrea.wordpress.com/.../normas-de-seguridad-y-salud-ocupacio

www.hospitalnazareth.com/

ANEXOS

VISTA DE NAZARETH DESDE EL AIRE



E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH



CHARLAS EN EL KIOSKO DEL HOSPITAL



LO DIFICIL DEL CAMINO



CONSULTA DE PYP EN CENTRO DE SALUD DE PARAISO



SALIDAS EXTRAMURALES A LAS COMUNIDADES

